Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Maria João Bermudes Pereira da Silva

Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre funcionalidade familiar

abril de 2026

Maria João Bermudes Pereira da Silva **Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre funcionalidade familiar**

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Maria João Bermudes Pereira da Silva

Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre funcionalidade familiar

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Claúdia Cristina Vieira Carvalho Oliveira Ferreira Augusto
e da
Doutora Ana Catarina da Silva Pinto Duarte

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório UM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço à Professora Doutora Claúdia Augusto e à Doutora Ana Duarte cuja orientação rigorosa, disponibilidade e incentivo constante foram fundamentais para o desenvolvimento deste relatório.

À Enfermeira Especialista Carla Carvalho pela simpatia, preocupação, disponibilidade e apoio durante todo o estágio.

À equipa multiprofissional da unidade do estágio, em particular à equipa de enfermagem, pelo acolhimento e colaboração.

Aos colegas da minha unidade e restante equipa multiprofissional pela compreensão durante este período.

Aos restantes colegas de mestrado, pelo apoio moral, solidariedade e incentivo nesta jornada.

Ás pessoas que aceitaram participar no estudo de investigação pela colaboração e pelo seu contributo.

À minha família, especialmente ao meu marido Filipe e ás minhas filhas Filipa e Luísa, agradeço pela paciência, compreensão e força inabalável ao longo de todo o processo.

A todos, deixo o meu sincero agradecimento por terem tornado esta etapa possível e significativamente mais gratificante.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.
Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.
Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.
Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

PERCEÇÃO DO INDIVÍDUO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SOBRE FUNCIONALIDADE FAMILIAR

RESUMO

Este documento integra a caracterização do contexto onde se realizou o estágio e da respetiva Unidade Local de Saúde, a reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECAESF) e o estudo de investigação sobre a perceção dos indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) sobre funcionalidade familiar. A relevância do contexto familiar na condição de saúde da pessoa com DPOC foi patente ao longo do estágio, pelo que foi desenvolvido um estudo de investigação que emergiu de uma problemática identificada na prática clínica. O relatório teve como principais objetivos descrever e analisar, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em ECAESF e descrever a perceção dos indivíduos com DPOC acerca da funcionalidade expressiva das suas famílias, bem como a sua condição de saúde e as caraterísticas familiares. Adotou-se uma metodologia descritiva e reflexiva, sustentada na análise crítica da experiência clínica e na integração da evidência científica. Desenvolveu-se um estudo observacional, transversal e descritivo, em que foi utilizado um instrumento de recolha de dados que incluiu uma caracterização sociodemográfica, clínica e familiar do indivíduo com DPOC e o Questionário de Funcionalidade Expressiva da Família (QFEF). A análise crítica-reflexiva realizada ao longo do estágio evidenciou um desenvolvimento progressivo das competências do Enfermeiro Especialista em ECAESF. A prática clínica permitiu consolidar a capacidade de avaliação e intervenção global e sistémica da família. No estudo de investigação participaram 93 pessoas com DPOC, sendo 65 (69,9%) homens, a faixa etária predominante é a dos 65-79 anos com 49 (52,7%) pessoas. 85 (91,4%) pessoas apresentava comorbilidades, 32 (34,4%) eram fumadores e 52 (55,9%) referiram dispneia. 64 (68,8%) das famílias era nuclear e 41 (44,1%) auferia um rendimento mensal até duas vezes o salário mínimo nacional. A média da pontuação global do QFEF foi de 4,14 (0,78), o que revela boa perceção da funcionalidade expressiva da família. O percurso desenvolvido contribuiu significativamente para o fortalecimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em ECAESF. A avaliação sistemática da funcionalidade familiar permite ao enfermeiro identificar padrões relacionais e fatores de vulnerabilidade que podem comprometer a capacidade da família para responder eficazmente às exigências do ciclo vital e às transições de saúde-doença.

Palavras – chave: DPOC, enfermagem, família, funcionalidade familiar

PERCEPTION OF THE INDIVIDUAL WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ABOUT FAMILY FUNCTIONALITY

ABSTRACT

This document includes the characterization of the context in which the internship took place and of the respective Local Health Unit, a critical reflection on the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, and the research study on the perception of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) about family functionality. The relevance of the family context of the health condition of the person with COPD was evident throughout the internship, which led to the development of a research study that emerged from a problem identified in clinical practice. The report had as its main objectives to describe and analyze, in a critical-reflective way, the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing e describe the perception of individuals with COPD about the expressive functionality of their families, as well as their health condition and family characteristics. A descriptive and reflective methodology was adopted, supported by the critical analysis of clinical experience and the integration of scientific evidence. An observational, cross-sectional, and descriptive study was developed, in which a data collection instrument was used that included a sociodemographic, clinical, and family characterization of the individual with COPD and the Family Expressive Functionality Questionnaire (FEFQ). The reflective critical analysis carried out throughout the internship evidenced a progressive development of the competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing. Clinical practice allowed the consolidation of the ability to carry out a global and systemic assessment of the family. The research study involved 93 people with COPD, of whom 65 (69.9%) were men, the predominant age group was 65-79 years with 49 (52.7%) people. 85 (91.4%) people had comorbidities, 32 (34.4%) were smokers, and 52 (55.9%) reported dyspnea. 64 (68.8%) of the families were nuclear and 41 (44.1%) had a monthly income of up to twice the national minimum wage. The mean overall score of the QFEF was 4.14 (0.78), which reveals good perception of the expressive functionality of the family. The path developed contributed significantly to the strengthening of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing. The systematic assessment of family functionality allows the nurse to identify relational patterns and vulnerability factors that may compromise the family's ability to respond effectively to the demands of the life cycle and health-disease transitions.

Keywords: COPD, nursing, family, family functionality

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS ii

AGRADECIMENTOS iii

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE iv

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA) iv

RESUMO v

ABSTRACT vi

ÍNDICE DE FIGURAS ix

ÍNDICE DE TABELAS x

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS xi

DEDICATÓRIA xii

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO 4

1.1 Perfil demográfico dos concelhos 6

1.2 Plano Local de Saúde (PLS) da ULS 7

1.3 Caracterização da USF 7

CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS 10

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 11

2.1.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal 11

2.1.2 Melhoria contínua da qualidade 13

2.1.3 Gestão dos cuidados 15

2.1.4 Desenvolvimento de aprendizagens profissionais 16

2.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em ECAESF 18

2.2.1 Cuida a Família enquanto Unidade de Cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção 18

2.2.2 Lidera e Colabora em Processos de Intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar 24

CAPÍTULO III – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO 27

3.1 Metodologia 29

3.1.1 Caracterização do estudo 29

3.1.2 Caracterização da amostra 30

3.1.3 Variáveis de condição de saúde e de caracterização familiar 30

3.1.4 Avaliação de funcionalidade expressiva da família 31

3.1.5 Análise estatística 31
3.1.6 Questões éticas e deontológicas 32
3.2. Resultados 33
3.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra 33
3.2.2 Caracterização clínica da amostra 34
3.2.3 Caracterização da família 35
3.3 Discussão 38
3.4 Conclusões do estudo 43
CONSIDERAÇÕES FINAIS 45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 47
ANEXOS 53
ANEXO I - Autorização para utilização do questionário 54
ANEXO II – Autorização dos coordenadores das USF da ULS 56
ANEXO III – Autorização da Comissão de Ética da ULS 63
APÊNDICES 65
APÊNDICE I – Instrumento de recolha de dados 66
APÊNDICE II – Consentimento informado, livre e esclarecido 71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da população inscrita na USF em setembro 2025 8

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das unidades funcionais prestadoras dos CSP da ULS..... 6
Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra 33
Tabela 3 - Caracterização clínica da amostra..... 34
Tabela 4 - Caracterização da família..... 35
Tabela 5 - Médias e desvio padrão por item e valor total do questionário QFEF 36

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECAESF – Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

ICE-EFFQ – Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire

IFNA - International Family Nursing Association

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

PLS - Plano Local de Saúde

QFEF - Questionário de Funcionalidade Expressiva da Família

SMN – Salário Mínimo Nacional

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

VIH - Vírus Imunodeficiência Humana

DEDICATÓRIA

À minha família, pelo amor, pelo incentivo e pela presença constante em cada etapa deste percurso. Esta conquista também é vossa.

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório", elemento integrante do plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, ministrado na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho durante o ano letivo 2025/2026. Este documento constitui o culminar de um percurso de aprendizagem clínica, servindo como veículo de demonstração da transição de um enfermeiro de cuidados gerais para um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECAESF), capaz de dar resposta às complexas necessidades das famílias na atualidade e à obtenção do grau de mestre, decorrente da discussão e aprovação em provas públicas.

A especialização revela-se particularmente estratégica no atual contexto de reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde a generalização das Unidades Locais de Saúde (ULS) visa uma maior integração entre os cuidados primários e hospitalares. Neste cenário, o Enfermeiro Especialista em ECAESF emerge como um pilar essencial na gestão de processos familiares, na garantia do acesso e na prestação de cuidados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), assegurando a proximidade e a continuidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF), integrada numa ULS da região norte do país, abrangendo no período compreendido entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026. Este percurso formativo foi enriquecido pelo acompanhamento e orientação pedagógica da Professora Doutora Cláudia Augusto e da Doutora Ana Duarte, em articulação estreita com a Enfermeira tutora Especialista em Enfermagem Comunitária, cuja supervisão permitiu a integração progressiva em contextos reais de trabalho, promovendo a articulação entre a evidência científica mais recente e a prática clínica de excelência.

A prática clínica foi alicerçada na operacionalização do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e no Modelo de Calgary Intervenção Familiar (MCIF), de Wright e Leahey (2019), que permitiu uma abordagem sistémica e multidimensional à unidade familiar, aprofundando o domínio científico e técnico necessário para cuidar da família enquanto unidade e sistema. No decorrer do estágio foi identificada como necessidade de intervenção a vigilância da condição de saúde das pessoas com

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). A análise dos dados da unidade revelou valores baixos nos indicadores de acompanhamento destes doentes, pelo que foi decidido intervir nesta área, com o objetivo de melhorar a vigilância e o acompanhamento destas pessoas.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) constitui a terceira principal causa de morte a nível mundial, representando igualmente uma das maiores causas de morbilidade crónica, segundo dados do relatório da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) (GOLD, 2026). De acordo com o Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2024), em Portugal, estima-se que a prevalência da DPOC seja de 14,2% na população com mais de 40 anos, afetando sobretudo indivíduos do sexo masculino.

A DPOC é uma doença crónica e progressiva que compromete de forma significativa a qualidade de vida da pessoa, exigindo uma abordagem interdisciplinar e centrada na família (Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2024). O impacto da doença ultrapassa o indivíduo, estendendo-se ao quotidiano dos familiares e amigos, que constituem a principal rede de apoio e assumem um papel fundamental no tratamento e evolução da doença (Schmitt et al, 2021). Neste sentido, a avaliação da funcionalidade familiar torna-se relevante na compreensão da influência que a família exerce sobre o processo de doença, bem como das repercussões que a própria doença produz no sistema familiar (Alfaro-Diaz et al, 2024). Surgiu assim a seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos indivíduos com DPOC acerca da funcionalidade expressiva da sua família e quais as características da sua condição de saúde e do seu contexto familiar?

Foram delineados os seguintes objetivos para este relatório: (i) apresentar a reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências especializadas do enfermeiro especialista em ECAESF, nomeadamente as comuns e específicas, (ii) caracterizar o contexto onde decorreu o estágio e (iii) descrever a perceção dos indivíduos com DPOC acerca da funcionalidade expressiva das suas famílias, bem como a sua condição de saúde e as caraterísticas familiares.
A finalidade deste relatório é contribuir para a produção de evidência na área da ECAESF com o trabalho de investigação sobre a perceção do indivíduo com DPOC sobre funcionalidade familiar e contribuir para a integração dos referenciais teóricos de ECAESF no contexto da prática clínica.

Este documento encontra-se dividido em três capítulos: o primeiro refere-se a uma breve caracterização do contexto de estágio e da respetiva ULS; o segundo descreve uma análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências especializadas, em concreto as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em ECAESF e o último apresenta o estudo de investigação sobre a perceção dos indivíduos com DPOC sobre a funcionalidade familiar, os resultados, a discussão e conclusão, assim como as implicações para a prática clínica.

Este Documento encontra-se redigido segundo as normas de formatação das teses de mestrado e de doutoramento da Universidade do Minho, regulado pelo despacho RT 38/2026 (Universidade do Minho, 2026).

CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A criação da Unidade Local de Saúde (ULS) decorre do Decreto-Lei n.º 102/2023 (Portugal, 2023), de 7 de novembro, que determinou a integração do Centro Hospitalar com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A ULS (2025) constitui um estabelecimento público do SNS, com natureza empresarial, dotado de personalidade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial, conforme o regime jurídico do setor público empresarial e o artigo 63.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Na sua atuação, a ULS (2025) orienta-se pela concretização de objetivos estratégicos estruturados em pilares essenciais: Cultura Organizacional Centrada no Utente, Integração de Cuidados, Ganhos em Saúde, Governança e Sustentabilidade, Inovação, Investigação e Formação, bem como o desenvolvimento das respetivas Infraestruturas.

A sua área de influência abrange municípios da zona norte do país, servindo uma população superior a 150.000 habitantes e integra as seguintes áreas funcionais:

- Área Assistencial de Cuidados de Saúde, englobando os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários
- Área de Saúde Pública (ULS, 2025).

A ULS (2025) tem por missão garantir a prestação de cuidados de qualidade dirigidos às necessidades de saúde da população de abrangência, identificadas no Plano Local de Saúde (PLS), otimizando a utilização de recursos, com vista à obtenção de ganhos em saúde. Assume também o propósito de se afirmar como uma organização de referência na promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

Durante a execução de suas atividades, a ULS (2025) e seus colaboradores são orientados pelos seguintes valores:

- Acessibilidade e Equidade;
- Qualidade e Segurança;
- Ética e Transparência;
- Eficácia e Eficiência;
- Inovação e Rigor;
- Cooperação e Trabalho de Equipa;

- Responsabilidade Social e Ambiental.

Na sua atuação, a ULS (2025) pauta-se pela prossecução dos objetivos estratégicos, assentes nos seguintes eixos:

- Cultura Organizacional centrada no utente;
- Integração de cuidados;
- Ganhos em Saúde;
- Governança e Sustentabilidade da ULS;
- Inovação, Investigação e Formação;
- Infraestruturas da ULS.

De acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008 (Portugal, 2008), os centros de saúde constituem a principal porta de entrada dos cidadãos no sistema de cuidados de saúde, assumindo um papel central na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de proximidade. Paralelamente, garantem a articulação com outros níveis de cuidados, assegurando a continuidade das intervenções ao longo do percurso do utente (Portugal, 2008). Esse mesmo decreto, define a reorganização dos CSP em Portugal, que se traduziu na criação dos ACES, estruturas públicas com autonomia administrativa que integram várias unidades funcionais, entre as quais as USF, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A sua missão consiste em assegurar a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica definida, garantindo proximidade, acessibilidade e continuidade assistencial (Portugal, 2008).

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, dotada de autonomia organizativa e técnica, promovendo uma atuação integrada e colaborativa. A articulação entre as diferentes unidades do centro de saúde e do ACES assegura a intercooperação necessária para uma resposta eficaz e coordenada às necessidades da população (Portugal, 2008).

O crescimento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associado ao envelhecimento demográfico, ao aumento da carga de doença e às expectativas cada vez mais elevadas dos cidadãos, impõe ao SNS o reforço contínuo do acesso e da eficiência na prestação de cuidados (Portugal, 2023). Este contexto exigiu a implementação de modelos organizacionais que favoreçam a gestão integrada

entre os CSP e os cuidados hospitalares (Portugal, 2023). Assim, foi alargado o modelo das ULS a todo o território do continente, promovendo uma organização integrada dos cuidados de saúde, reforçando a articulação entre cuidados primários, hospitalares e continuados garantindo maior coordenação, eficiência e continuidade assistencial para as populações abrangidas (Portugal, 2023).

1.1 Perfil demográfico dos concelhos

A prestação de CSP à população é garantida pelo Departamento de Saúde Familiar e Comunitária da ULS e pelo Departamento de Saúde Pública e das Populações, constituído por 21 unidades funcionais (distribuídas segundo a tabela 1) que assumem um papel essencial, assegurando à população o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, promovendo a saúde e prevenindo a doença (ULS, 2025).

Tabela 1 - Distribuição das unidades funcionais prestadoras dos CSP da ULS

Departamento de Saúde Familiar e Comunitária	
Unidades Funcionais	**Nº unidades**
Unidade de Saúde Familiar	14
Unidade de Cuidados da Comunidade	2
Serviços Partilhados dos Cuidados de Saúde Primários	1
Serviço de Atendimento Complementar	1
Departamento de Saúde Pública e das Populações	
Unidades Funcionais	**Nº unidades**
Unidade de Saúde Pública	1
Centro de Vacinação Internacional	1
Serviço de Investigação, Epidemiologia e Saúde Pública	1

A área de influência da ULS abrange dois concelhos da zona norte do país. O território abrangido tem uma superfície de 231,4 Km2 e uma população residente estimada em 145.088 indivíduos, (Campos et al., 2022), dos quais cerca de 13,5% (19643) com idade inferior a 15 anos, 20,4% (29652) com idade superior a 65 anos e cerca de 66% (95785) com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

Os dois concelhos apresentam uma densidade populacional de 703,2 e 543,4 indivíduos por km2 respetivamente, representando em conjunto cerca de 0,30% da população de Portugal e aproximadamente, 1,10% da população da Região Norte, com um índice de envelhecimento, referente ao número de idosos por cada 100 jovens, de 141,4 e o nível de escolaridade mais comum é o nível básico (Campos et al., 2022).

1.2 Plano Local de Saúde (PLS) da ULS

O Plano Local de Saúde (PLS) constitui um instrumento estratégico destinado a identificar, priorizar e responder às necessidades de saúde de uma população específica, orientando a definição de estratégias e a implementação de intervenções dirigidas aos problemas identificados a nível local (Campos et al., 2022). A sua elaboração baseia-se em análises epidemiológicas e na caracterização demográfica, social e económica de cada região. A finalidade central é promover a saúde e o bem-estar da comunidade de forma equitativa, eficiente e ajustada ao contexto local, sendo a USP a responsável pela sua elaboração, implementação e avaliação (Leiras e Castro, 2022).

Os 5 problemas identificados com maior mortalidade no PLS 2023-2030 foram: tumores malignos; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; transtornos mentais e comportamentais e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Campos et al., 2022).

No Plano Nacional de Saúde 2021-2030 também foi identificada como necessidade de saúde, entre outras, a redução da morte prematura e evitável associada a doenças do aparelho respiratório, nomeadamente a DPOC (Direção Geral de Saúde, 2021).

1.3 Caracterização da USF

O ensino clínico é uma oportunidade para refletir sobre a prática clínica, partilhar conhecimentos e um ambiente propício para o desenvolvimento das competências especializadas do enfermeiro especialista em ECAESF.

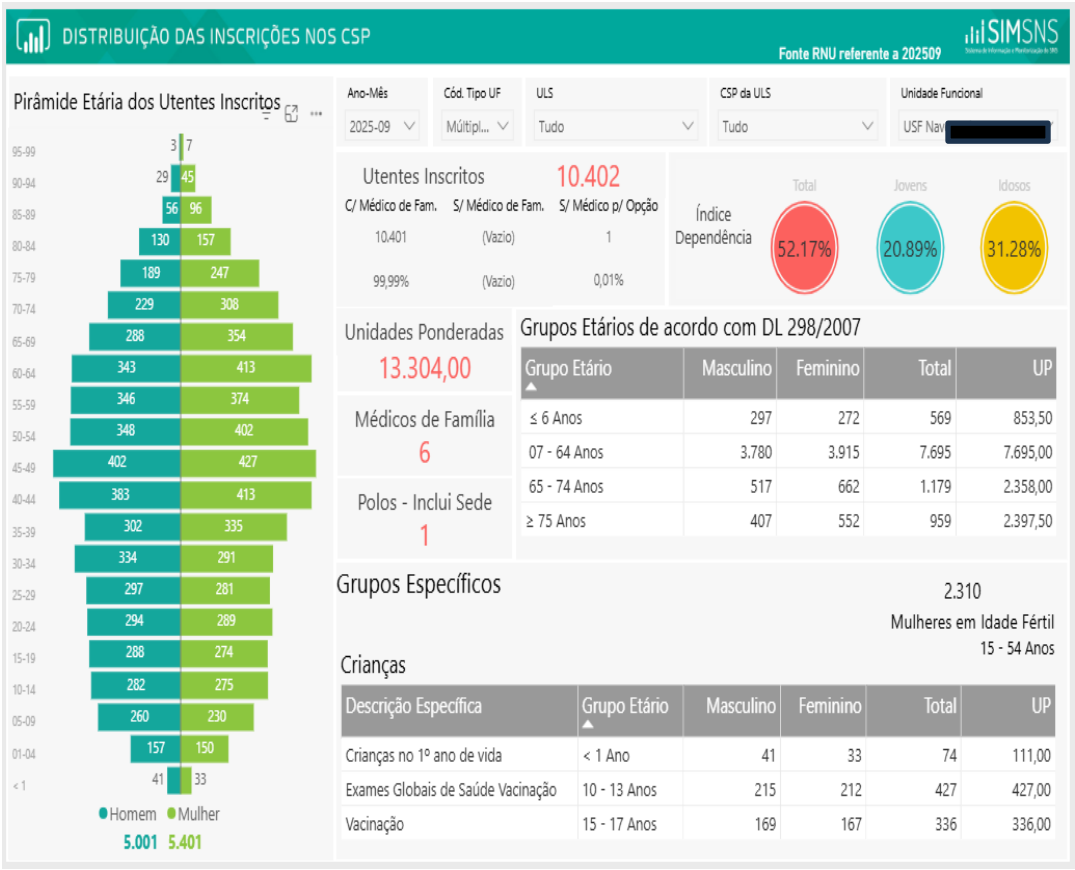
A USF onde decorreu o estágio é uma unidade de prestação de cuidados individuais e familiares com autonomia organizativa, funcional e técnica. Está localizada na zona norte do país e é uma das 14 USF do Departamento de Saúde Familiar e Comunitária integrada na ULS. Iniciou a sua atividade como modelo A em 2011, obtendo o parecer positivo para modelo B em 2014, como refere o seu Manual de Acolhimento.

A equipa é constituída por seis médicos de família, seis enfermeiras e quatro secretárias clínicas. Existem internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar e uma aluna de enfermagem. Contribuem também para o normal funcionamento da unidade duas assistentes operacionais e um segurança.

A USF tinha 10402 utentes inscritos em setembro de 2025 que corresponde a 13304 unidades ponderadas, segundo dados do Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (Serviço Nacional de Saúde, s.d.) e a sua área de atuação envolve cinco localidades que formam uma área aproximada de 1,5 Km de diâmetro médio e têm alta densidade populacional, conforme descrito no Manual de Acolhimento da USF. A enfermeira tutora tem a seu cargo 733 famílias, o que ultrapassa o limite de 350 famílias ou 1550 utentes, estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento nº 743/2019 (OE, 2019b), onde está definido o cálculo de dotações seguras em cuidados de enfermagem que visa garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Para uma caracterização mais detalhada da população inscrita na USF apresenta-se a Figura 1, disponível na plataforma informática do SNS – BI-CSP (Serviço Nacional de Saúde, s.d.), onde está incluída informação específica e mais completa.

Figura 1 – Distribuição da população inscrita na USF em setembro 2025



Perante os dados apresentados na pirâmide etária da Figura 1, é possível constatar que a esmagadora maioria dos utentes inscritos (99,99%) estão atribuídos ao médico e enfermeiro de família, somente 1 utente não tem equipa de saúde por opção. O nº de utentes inscritos com idade inferior ou igual a 6 anos é de 569 (5,47%), com idade igual ou superior a 65 anos é de 2138 (20,5%). O índice de dependência total da população é de 52,17%, dos quais 31,28% corresponde à dependência da população idosa. Analisando estes dados, pode-se concluir que a USF presta cuidados a uma população envelhecida, de acordo com os dados já apresentados dos dois concelhos, em que mostram o índice de envelhecimento de 141,4 em 2021 (Campos et al., 2022). O envelhecimento da população contribui para o aumento da prevalência de doenças crónicas e na USF o abuso de tabaco, principal causa da doença DPOC, está entre os 5 principais diagnósticos identificados (Administração Central do Sistema de Saúde, s.d.).

CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A qualificação científica e profissional dos profissionais de saúde é apresentada como um pilar fundamental nas *Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training – WHO Guidelines* (2013), que enfatiza que perante a escassez global de profissionais de saúde, não basta aumentar o número de formandos, é essencial garantir que estes possuem competências atualizadas, relevantes e alinhadas com as necessidades reais das populações. Assim, a qualificação científica e profissional é apresentada como um requisito indispensável para assegurar cuidados de saúde seguros, eficazes e equitativos, contribuindo para sistemas de saúde mais fortes e sustentáveis ((World Health Organization, 2013).

De acordo com a OE (2019a), os cuidados de saúde, e em particular os cuidados de enfermagem, assumem atualmente uma relevância crescente, acompanhada por maiores exigências técnicas e científicas. A diferenciação e a especialização tornaram-se uma realidade cada vez mais presente entre os profissionais de saúde. Neste contexto, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros responde a estas exigências através da atribuição do título de Enfermeiro Especialista, reconhecendo e valorizando competências avançadas no exercício profissional, conforme preconizado no Regulamento 140/2019 (OE, 2019a). O mesmo documento define o Enfermeiro Especialista como um profissional de enfermagem que detém competência ao nível técnico, científico e humano e que presta cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade. A sua prática é orientada por um conjunto de competências comuns, transversais a todas as áreas de especialização e por competências específicas, que traduzem o domínio aprofundado de um campo particular da enfermagem (OE, 2019a).

O perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em ECAESF encontra-se definido no Regulamento n.º 428/2018, que visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências desses enfermeiros (OE, 2018).

Este capítulo pretende documentar, refletir e analisar todo o percurso formativo realizado, com a descrição e apreciação crítico-reflexiva das competências adquiridas durante o estágio de natureza profissional, nomeadamente as competências comuns e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em ECAESF.

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As diferentes áreas de especialidade partilham um conjunto de competências comuns que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área, destacando a enfermagem, enquanto profissão especializada e integrando áreas de conhecimento comuns a todas as especialidades no âmbito da formação, investigação e gestão/assessoria. O Enfermeiro Especialista deve ter competências no âmbito dos seguintes domínios: *Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (OE, 2019a).

Estes domínios comuns às competências do enfermeiro especialista serão tratados nos pontos seguintes do presente capítulo.

2.1.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

De acordo com a OE (2019a), as Competências do domínio da *Responsabilidade profissional, ética e legal* são as seguintes: 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 e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O desenvolvimento de competências neste domínio revelou-se transversal a todas as intervenções realizadas ao longo do estágio, evidenciando uma prática sistematicamente orientada pelas normas legais, pelos princípios éticos e pela deontologia profissional, como descrito no Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019a).

A Deontologia Profissional de Enfermagem, (OE, 2015a) refere os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros como sendo: a responsabilidade inerente ao papel assumido perante sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com a pessoa cuidada; a excelência profissional, no geral e na relação com outros profissionais. Procurei integrar os princípios orientadores da deontologia profissional na minha prática diária. Assumi a responsabilidade inerente ao meu papel ao realizar a avaliação familiar nas consultas com a pessoa com DPOC e sua família e assegurar a documentação de cuidados fidedignos. Respeitei os direitos humanos da pessoa com DPOC, promovendo a sua autonomia, assegurando privacidade e adaptando a comunicação ao seu ritmo e literacia. Na relação com a equipa, procurei atuar com excelência profissional, colaborando na uniformização de registos e partilhando evidência científica.

Durante o estágio, tornou-se evidente que a atuação do enfermeiro não se limita à execução de procedimentos técnicos, exigindo uma reflexão ética contínua que oriente a tomada de decisão e garanta o respeito pela dignidade humana. Deste modo, assumi responsabilidade por todas as intervenções realizadas, integrando a capacidade de avaliar, planear e implementar cuidados de enfermagem ajustados às necessidades da pessoa e família. Este processo desenvolveu-se num contexto colaborativo, no qual a tomada de decisão foi construída em parceria e sustentada na melhor evidência científica disponível, constituindo o alicerce para uma prática especializada, segura e eticamente responsável. Em contexto de consulta familiar com uma pessoa com DPOC, foi relatado pela esposa que o casal passava pouco tempo junto, o que evidenciava comprometimento da satisfação conjugal. Foi sugerido aos dois que poderiam incluir nas suas rotinas um ritual que seria fazer um passeio/caminhada, sugestão que ambos aceitaram.

Foi crucial a colaboração da enfermeira orientadora na reflexão sobre a prática diária desenvolvida numa perspetiva de promover o desenvolvimento profissional e na melhoria dos cuidados prestados à pessoa e família.

Todas as ações desenvolvidas em consulta de enfermagem com a pessoa e a sua família foram orientadas pelos princípios de privacidade, confidencialidade e respeito pelos valores, crenças e preferências familiares. Esta abordagem é sustentada pela *International Family Nursing Association* (IFNA, 2017), que enfatiza a importância de uma prática culturalmente sensível, ética e centrada na família, reconhecendo-a como parceira ativa no processo de cuidado. Ao integrar estes princípios, garanti um ambiente terapêutico seguro e colaborativo, promovendo a participação da família e reforçando a tomada de decisão partilhada, tal como preconizado pelas competências avançadas da enfermagem de família. Um exemplo concreto ocorreu durante o acompanhamento de um utente com DPOC, em que foi identificada baixa adesão ao regime medicamentoso, na medida em que o utente utilizava o inalador de forma incorreta, esquecia doses e por vezes, suspendia a medicação por se sentir melhor. A esposa, cuidadora principal, verbalizava grande preocupação, referindo medo de que a má utilização da medicação agravasse a doença. Utilizei perguntas circulares para perceber como cada um via o comportamento do outro e outros instrumentos de avaliação familiar. A partir desta avaliação conjunta, foram definidas em conjunto estratégias simples e adaptadas à realidade da família, que passaram por treino da prática inalatória envolvendo ambos, lembretes para toma da medicação e reforço da importância do cumprimento da terapêutica. A esposa referiu sentir-se mais tranquila por compreender melhor a doença e saber como apoiar o marido. O utente mostrou maior motivação para cumprir o plano terapêutico, sentindo-se respeitado e envolvido no processo. Esta abordagem reforçou

a tomada de decisão partilhada e promoveu um ambiente terapêutico colaborativo, alinhado com as competências avançadas da enfermagem de família descritas pela *IFNA* (2017).

Saliento o apoio prestado à equipa de enfermagem no esclarecimento de dúvidas relacionadas com a documentação de cuidados na aplicação informática dos processos de tomada de decisão em conjunto com a família, evidenciando o exercício de um papel consultivo no âmbito da prática especializada em enfermagem de saúde familiar.

Importa referir a realização do estudo de investigação sobre a perceção das pessoas com DPOC acerca da funcionalidade familiar, aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ULS, a qual respeitou em todas as suas fases, os princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo. Neste âmbito também se insere o consentimento informado (Apêndice II) na aplicação do instrumento de recolha de dados (Apêndice I) do referido trabalho de investigação.

2.1.2 Melhoria contínua da qualidade

De acordo com a OE (2019a), as Competências do domínio da *Melhoria contínua da qualidade* são as seguintes: 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.

A melhoria contínua da qualidade constitui um elemento central na prática da enfermagem, estando espelhada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012). Em particular na área de saúde familiar, os Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar são um referencial para a prática profissional e cumprem a função de norteadores da prática especializada permitindo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2015b).
No decorrer do estágio, houve preocupação em assegurar a prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar com elevados padrões de qualidade, em consonância com os enunciados descritivos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar: a satisfação da família (OE, 2015b), valorizando o respeito pelas crenças, valores e desejos, promovendo interações empáticas, para desta forma conseguir estabelecer parcerias no planeamento dos cuidados, envolvendo a família no processo terapêutico. A promoção da

saúde, na qual o enfermeiro apoia a família a atingir o seu máximo potencial de saúde (OE, 2015b). Este processo envolveu a identificação de necessidades e recursos da família, o incentivo a estilos de vida saudáveis e a capacitação da família para promoção da sua saúde. A prevenção de complicações, na qual o enfermeiro atua de forma proativa para proteger a saúde da família (OE, 2015b). Este processo envolveu a identificação precoce de problemas potenciais da família e a implementação de intervenções que minimizem esses problemas e a referenciação adequada para outros profissionais quando necessário. Estas intervenções permitiram respeitar o bem-estar e autocuidado, maximizando o bem-estar da família, pela identificação das suas forças, promovendo a capacitação da mesma numa situação em que um membro é dependente (OE, 2015b). A readaptação funcional da família envolve a continuidade de cuidados, garantindo que esta responde às necessidades da família, a capacitação da mesma para gerir o regime terapêutico e o ensino necessário para apoiar a adaptação às exigências da nova condição funcional (OE, 2015b). A organização dos cuidados de enfermagem dirigidos à família, através da promoção da máxima eficácia das suas dinâmicas e necessidades, implica respeitar o quadro de referência que orienta o exercício profissional e assumir um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2015b).

Após a análise do Plano de Ação, do desempenho assistencial da USF e discussão com a enfermeira tutora, foi identificada a necessidade de melhoria na área que constituiu o foco do estudo de investigação desenvolvido com as pessoas com DPOC e suas famílias.

As reuniões de orientação pedagógica, pela partilha e reflexão de todos os desenvolvimentos inerentes ao estágio e adoção de estratégias capazes de responderem aos objetivos do percurso formativo, revelaram-se importantes momentos para fomentar a melhoria contínua da qualidade. Como resultado dessa reflexão conjunta surgiu a apresentação do estudo de caso de uma família segundo o MACF e o MCIF e a formação prática intitulada "Modelo de Avaliação e Intervenção familiar: registos no SClínico" no contexto da formação em serviço. Estas ações foram importantes na medida em que permitiram a sensibilização da equipa para a importância da abordagem familiar, para a demonstração prática dos modelos teóricos e ajudou a promover a reflexão coletiva com o objetivo de melhorar a prática. No conjunto, esta experiência pode ter funcionado como um catalisador para integrar a abordagem familiar na prática quotidiana, mostrando que, mesmo em contextos centrados no doente, é possível ter espaço para intervenções que valorizam a família como unidade de cuidado.

O Enfermeiro Especialista deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que assegure a proteção e a segurança dos indivíduos, participando ativamente na gestão do risco ao nível institucional e das diferentes unidades funcionais (OE, 2019a). Assim, procurei manter um ambiente

terapêutico favorável, recorrendo à conversa terapêutica, elemento integrante da entrevista familiar de 15 minutos (Wright & Leahey, 2019), garantindo condições de segurança e proteção para todos envolvidos no processo de cuidados, o que exigiu a articulação entre conhecimento científico, sensibilidade ética e capacidade de adaptação às especificidades de cada família. Como exemplo, numa consulta constatei que um utente com DPOC com dependência moderada para as atividades de vida diárias, recusava sistematicamente realizar os cuidados de higiene pessoal quando a esposa estava disponível para ajudar. Esta manifestava preocupação, pois temia que a falta de higiene agravasse infeções respiratórias e comprometesse o estado clínico do marido. Ao mesmo tempo, sentia-se emocionalmente desgastada pela recusa constante e pela dificuldade em compreender os motivos do marido. Ao explorar a situação, o marido referiu que sentia frio durante o banho, o que desencadeava dispneia e sensação de perda de controlo. Foram delineadas estratégias em conjunto no sentido de promover um ambiente de cuidado mais seguro, digno e colaborativo, como aquecer previamente a casa de banho, uso de uma cadeira higiénica e planeamento da hora do banho de forma a permitir o envolvimento da esposa.

A valorização dos sistemas de informação disponíveis, constituiu uma medida essencial para garantir a segurança dos dados da documentação de cuidados efetuados. Procurei manter uma participação ativa na gestão do risco institucional através de estratégias como a identificação inequívoca das pessoas e famílias, a confidencialidade dos registos informáticos e a adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção preconizadas na USF.

2.1.3 Gestão dos cuidados

De acordo com a OE (2019a), as Competências do domínio da *Gestão dos cuidados* são as seguintes: 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.

A experiência profissional, prévia a este estágio, no exercício de funções numa USF há vários anos, sendo elemento integrante do Conselho Técnico da USF desde o seu início, tendo responsabilidades na gestão da orientação de alunos e sendo co-responsável na avaliação de desempenho da restante equipa de enfermagem, revelaram-se essenciais na gestão dos cuidados de enfermagem e funcionaram como facilitadores no desenvolvimento desta competência.

O contexto da prática de cuidados e a dinâmica organizacional de cada unidade funcional constituem elementos determinantes para o desenvolvimento de competências neste domínio. A compreensão da estrutura organizacional e das relações humanas e profissionais estabelecidas revelou-se essencial para orientar um percurso formativo bem-sucedido. Esta leitura crítica do ambiente da prática permitiu integrar-me de forma consciente, ajustar intervenções e reconhecer oportunidades de aprendizagem que contribuíram para o fortalecimento das minhas competências enquanto enfermeira especialista. Foi essencial ter acesso a documentos da USF como o Regulamento Interno, o Plano de Ação, o Manual de Procedimentos, os Planos de Acompanhamento Internos, bem como o índice de desempenho global e os indicadores contratualizados. Estes documentos constituíram uma base estruturante para compreender o funcionamento da instituição e orientar a prática. Revelaram-se também importantes para perceber os diferentes papéis e funções dos membros da equipa.

A intervenção na pessoa com DPOC e sua família pela avaliação da perceção da sua funcionalidade, ação central do estágio, através da realização de consultas de enfermagem, surgiu após a análise e reflexão com a enfermeira tutora e restante equipa de enfermagem, onde foi identificada a necessidade de melhorar a vigilância a essas pessoas e famílias. Durante essas consultas a pessoas com DPOC e suas famílias, foi possível fazer referenciação para outros profissionais, nomeadamente médico de família, enfermeiro de família e assistente social.

A consolidação da competência de gestão de cuidados revelou-se essencial para garantir uma prática profissional eficaz, segura e orientada para as necessidades reais das pessoas e das equipas. Ao longo do estágio, tornou-se evidente que a otimização dos recursos, a articulação interprofissional e a promoção de um ambiente colaborativo contribuíram para elevar a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, o desenvolvimento desta competência permitiu-me assumir um papel mais autónomo e estratégico, alinhado com as exigências do Enfermeiro Especialista.

2.1.4 Desenvolvimento de aprendizagens profissionais

De acordo com a OE (2019a), as Competências do domínio do *Desenvolvimento de aprendizagens profissionais* são as seguintes: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, revelou-se fundamental para o meu crescimento enquanto profissional. O autoconhecimento é um processo reflexivo e intencional através do qual o próprio compreende as suas emoções, valores, motivações, características pessoais,

limitações e padrões de comportamento (Dicio, 2026). Esse processo permitiu-me ajustar comportamentos, comunicar de forma mais clara e estabelecer relações terapêuticas mais eficazes. Permitiu também a identificação das áreas onde precisava de aprofundar conhecimentos, necessários para orientar o processo de aprendizagem. Da mesma forma, o exercício da assertividade ajudou a comunicar de forma clara com a equipa, pessoas e famílias em situações em que era necessário esclarecer dúvidas ou pedir orientação. Também permitiu a intervenção com segurança em situações delicadas, como a recusa de cuidados ou a má gestão da terapêutica.

Esta combinação de competências foi um exercício contínuo e transversal a todo o período de estágio e favoreceu uma prática mais consciente, ética e responsável, reforçando a minha autonomia e a qualidade das interações no ambiente de trabalho.

A conciliação entre as dimensões pessoal, profissional e académica foi, por vezes, um exercício de equilíbrio difícil, que exigiu consciência crítica e capacidade de organização. Sabendo que nenhuma delas existe de forma isolada, o desgaste de uma, reflete-se nas outras, portanto o desenvolvimento das habilidades do autoconhecimento e assertividade, revelou-se igualmente crucial. Para conseguir responder de forma eficaz os objetivos de estágio e aos dilemas das três dimensões já referidas, também foi decisivo o apoio da equipa pedagógica, dos colegas e família.

A prática desenvolvida pelo Enfermeiro Especialista deve assentar numa base científica rigorosa, capaz de sustentar e conferir robustez às intervenções realizadas e a todo o trabalho especializado que executa. A investigação em Enfermagem, segundo a OE (2006) constitui um processo sistemático, científico e rigoroso que visa ampliar o corpo de conhecimento da disciplina, permitindo responder a questões relevantes que afetam utentes, famílias e comunidades. O conhecimento produzido através da investigação sustenta a prática baseada na evidência, promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e contribui para a obtenção de melhores resultados em saúde (OE, 2006). Nesta perspetiva, a possibilidade de realização do estudo de investigação sobre a perceção da funcionalidade familiar em pessoas com DPOC, permitiu-me ser um agente ativo na área de investigação, contribuindo para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

A participação em ações de formação foi limitada porque o tempo disponível durante o estágio e a carga assistencial da minha USF não permitiram integrar mais momentos formais de aprendizagem. Destacam-se: II Jornadas de Enfermagem dos CSP da ULS Barcelos/Esposende – "Excelência na Enfermagem-desafios e oportunidades" e "Gestor de referências bibliográficas: Mendeley" do serviço de Documentação e bibliotecas da Universidade do Minho.

A limitação de tempo obrigou a priorizar as oportunidades de aprendizagem, valorizando sobretudo a formação em serviço e a reflexão crítica sobre a prática. Isso permitiu transformar situações reais vivenciadas em consulta em momentos formativos significativos. Na qualidade de formadora, tive oportunidade de apresentar para a equipa de enfermagem da USF o estudo de caso de uma família à luz do MCAF (Wright & Leahey, 2019) e MCIF (Wright & Leahey, 2019), assim como a formação prática sobre os registos, como referido anteriormente.

As competências integradas neste domínio são fundamentais para garantir que o enfermeiro especialista trabalhe as suas próprias competências e mantenha e assegure a prática baseada na evidência pelo seu contributo através da investigação.

2.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em ECAESF

Os CSP têm ganho crescente importância tanto na prevenção e tratamento da doença como, sobretudo, na promoção da saúde. Esta relevância reforça o papel central do Enfermeiro de Família, que deve funcionar como o elemento estruturante e operacional responsável por garantir o acesso e a prestação de cuidados à população no contexto dos CSP (OE, 2018), evidenciando-se com um papel promissor como agente de mudança (Figueiredo, 2020). O Enfermeiro Especialista em ECAESF deve possuir um conjunto de competências específicas que lhe permitem prestar cuidados integrados, considerando as dinâmicas e necessidades específicas das famílias. Assim, o enfermeiro especialista em ECAESF deve deter duas competências específicas: (i) cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e (ii) liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018). Estes domínios de competências serão analisados neste capítulo.

2.2.1 Cuida a Família enquanto Unidade de Cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Ao considerar a família como unidade de cuidados, o enfermeiro especialista em ECAESF deve considerá-la como um sistema interdependente, no qual cada membro influencia e é influenciado pelos restantes (Figueiredo, 2020). Deve promover a sua capacitação, intervindo tanto na família enquanto conjunto como em cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nas diferentes transições (OE,

2018). De seguida, serão analisadas as oito unidades de competência referentes a este domínio de competências.

No âmbito da prestação de cuidados às famílias, uma das competências fundamentais consiste em estabelecer uma **relação terapêutica orientada para a promoção da saúde, a prevenção da doença e o controlo de situações complexas** (OE, 2018). Ao longo das consultas realizadas na USF e nas visitas domiciliárias, foi possível concretizar esta unidade de competência de forma consistente e intencional.

Na prática de Enfermagem, a prestação de um cuidado humano e individualizado exige mais do que a aplicação de conhecimentos científicos; implica o estabelecimento de uma relação terapêutica na qual o enfermeiro se mostra disponível para ouvir a pessoa e família (Feitosa, 2019). O mesmo autor refere que o enfermeiro deve desenvolver uma comunicação adequada e eficaz, recorrendo a técnicas específicas, a escuta ativa e a uma atenção genuína. É fundamental que exista um diálogo contínuo entre profissional, pessoa e família, sustentado na confiança, no respeito e na empatia.

Desde o primeiro contacto, procurei demonstrar disponibilidade para ouvir, adotando uma postura de abertura e respeito que facilitou a criação de um ambiente de confiança entre enfermeira e família. Esta atitude de proximidade revelou-se essencial para compreender as dinâmicas familiares, identificar necessidades e adaptar as intervenções às características específicas de cada agregado. Incentivei a comunicação entre os diferentes membros da família, promovendo a expressão de emoções, expectativas e perceções individuais. Esta estratégia permitiu não só clarificar problemas, mas também conhecer os seus recursos e estimular a construção conjunta de estratégias de coping, reforçando a autonomia familiar na gestão da saúde.

Como refere Gotlieb (2016), todas as pessoas e famílias possuem forças, capacidades e recursos internos e externos que podem ser mobilizados para promover saúde, bem-estar, mesmo em situações de doença, crise ou vulnerabilidade. Assim, dei particular ênfase aos pontos fortes identificados, valorizando competências já existentes e potenciando a capacidade da família para enfrentar desafios ao longo do ciclo vital. Esta abordagem traduziu-se em ações concretas, como reforço das rotinas de autocuidado já estabelecidas pela pessoa com DPOC, ou a comunicação aberta existente entre a mãe e filho, incentivando a continuidade de momentos de partilha.

Esta abordagem centrada nos recursos e potencialidades familiares está em consonância com Gottlieb (2016) e Figueiredo (2020) que sublinham que a mudança terapêutica emerge quando a família é capaz de reconhecer e mobilizar as suas forças e recursos.

A **colheita de dados pertinentes para o estado de saúde da família** constitui uma etapa importante no processo de avaliação da família, permitindo compreender as suas dinâmicas e necessidades. Neste contexto, a utilização de instrumentos estruturados e validados revelou-se essencial para sustentar uma prática baseada na evidência e orientada para a tomada de decisão clínica. Foram usados instrumentos de avaliação familiar como o g*enograma, ecomapa*, considerados por Figueiredo (2020) como muito relevantes na compreensão dos processos familiares, contribuindo para o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa, ao envolver a família na construção e interpretação destes recursos gráficos. Também foi usada a *Escala de Graffar adaptada*. No sentido de responder às necessidades identificadas na avaliação da funcionalidade familiar, procedi à pesquisa de instrumentos validados e selecionei o *Questionário de Funcionalidade Expressiva da Família* (QFEF) (Gouveia et al, 2024). A utilização deste questionário permitiu obter uma compreensão mais estruturada das dinâmicas relacionais e das áreas que necessitavam de maior suporte, contribuindo para orientar a intervenção de forma mais precisa. A aplicação de diferentes ferramentas de avaliação possibilitou identificar os potenciais agentes facilitadores ou inibidores, com a perspetiva de co-construir um plano de cuidados com a família, ajudando-a a manter ou melhorar a sua saúde. Este processo avaliativo permitiu caracterizar a família nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, à luz do MCAF (Wright & Leahey, 2019) e também compreender os fatores que influenciam a sua capacidade de adaptação ao longo do ciclo vital. Simultaneamente, foram colhidos alguns dados clínicos relativos à pessoa com DPOC, como: avaliação da pressão arterial, peso, perímetro abdominal, saturação de oxigénio, frequência cardíaca, adesão ao regime terapêutico, gestão do regime terapêutico e adesão à vacinação. Este processo de avaliação constituiu, assim, a base para a definição de um plano de intervenção ajustado às necessidades identificadas e orientado para a promoção da saúde e do bem-estar familiar.

A complexidade de viver com uma doença crónica, associada à sua natureza frequentemente imprevisível, tem impactos significativos não apenas na esfera individual — física, emocional e psicológica — mas também nos domínios familiar e social (Sousa et al, 2021). Na doença crónica, torna-se fundamental cuidar não apenas da pessoa, mas também da sua família, reconhecendo os fatores psicossociais envolvidos na gestão da doença, entre os quais se destaca o funcionamento familiar. Este constitui um dos principais determinantes da qualidade de vida da pessoa com doença crónica, estando diretamente relacionado com a perceção que esta tem do envolvimento, apoio e participação da família no processo de gestão da doença (Soares et al, 2023).

Monitoriza as respostas às diferentes condições de saúde e da doença em situações complexas

O recurso ao conhecimento teórico de alguns dos modelos e teorias abordados ao longo das unidades curriculares do mestrado - MCAF (Wright & Leahey, 2019), M CIF (Wright & Leahey, 2019), Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças (Gotlieb, 2016), Modelo Dinâmico de Avaliação E Intervenção Familiar (Figueiredo, 2020) - aliado à análise do histórico familiar e das interações estabelecidas entre os seus membros, permitiu compreender de forma mais clara os padrões de resposta da família perante situações complexas. Esta abordagem possibilitou identificar fatores de risco, bem como necessidades individuais e coletivas, revelando aspetos que influenciam a adaptação familiar, a gestão da doença e a capacidade de mobilizar recursos internos e externos. A integração destes elementos no processo de avaliação contribuiu para uma compreensão holística da família, orientando intervenções mais ajustadas às suas características, dinâmicas e vulnerabilidades.

Desenvolve a prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica

A integração da prática baseada na evidência constituiu um elemento central da minha intervenção enquanto enfermeira de família. A capacidade desenvolvida ao longo do curso para realizar pesquisas sistemáticas e sintetizar evidência científica permitiu-me transferir conhecimento para a prática de forma mais clara e fundamentada. Esta competência revelou-se essencial: na seleção do instrumento de avaliação, o QFEF (Gouveia et al, 2024) garantindo que a avaliação da funcionalidade familiar era sustentada por evidência atual; na educação para a saúde realizada no âmbito das consultas, nomeadamente na gestão da DPOC, sinais de alarme, prevenção de exacerbações e estratégias de autogestão, garantindo que a informação transmitida era atual e clinicamente relevante e na utilização dos modelos teóricos já referidos, que orientaram a compreensão das dinâmicas familiares e a definição de intervenções centradas nos recursos e potencialidades da família.

Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas

Nas consultas, procurei adotar uma postura de escuta ativa e promover um diálogo aberto entre todos os membros da família, valorizando não apenas o conteúdo verbal, mas também as expressões da comunicação não verbal, que frequentemente revelam preocupações, tensões e necessidades não explicitadas. Esta atenção às múltiplas dimensões da comunicação permitiu aprofundar a compreensão das dinâmicas familiares e identificar áreas de conflito ou vulnerabilidade que exigiam intervenção. A

entrevista sistémica constituiu uma ferramenta essencial neste processo, pois privilegia a exploração das relações, dos padrões de comunicação, das crenças e das narrativas familiares, recorrendo frequentemente a perguntas circulares que permitem aceder a diferentes perspetivas e compreender a complexidade das interações. A entrevista familiar sistémica traduz, na prática clínica, a visão da família como um sistema relacional, aberto e dinâmico, no qual qualquer alteração num dos seus elementos produz efeitos nos restantes (Dias, 2025). A sua utilização concretiza que a família deve ser entendida como unidade de cuidados, conforme reconhecido no Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018). Intervenções familiares estruturadas, focadas na melhoria da comunicação e no reforço da coesão, têm sido associadas a resultados mais favoráveis no funcionamento global da família e no seu bem-estar (Roman et al., 2025). Ao longo do estágio, deparei-me com diversas situações complexas, nomeadamente na gestão da doença crónica (controlo de sintomas e exacerbações, dificuldades na adaptação de rotinas); sobrecarga da cuidadora informal (fadiga física e emocional); momentos de tensão na comunicação, ou ausência desta, entre os elementos da família; a necessidade de ajustar o ambiente doméstico para facilitar a mobilidade, todos acrescentavam complexidade ao quotidiano familiar. Estas situações envolveram múltiplas dimensões como a emocional, funcional e relacional e exigem do Enfermeiro Especialista em ECAESF uma abordagem sistémica centrada na avaliação, apoio, capacitação e mobilização dos recursos familiares.

Uma das vantagens de estar em estágio foi não estar condicionada pelas limitações de tempo habitualmente presentes nas consultas dos enfermeiros da USF. Esta maior disponibilidade permitiu-me conduzir as intervenções com maior profundidade, dedicar mais atenção às necessidades da família e explorar de forma mais abrangente as suas preocupações e dinâmicas.

Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

Os instrumentos de avaliação, já referidos anteriormente, foram utilizados de forma colaborativa, de forma a desocultar forças familiares e ajudar a família a olhar para si com maior clareza, promovendo o processo de conscientização. A exploração conjunta de estratégias e a identificação de recursos reforçam a autonomia familiar e promovem um papel ativo no alcance dos seus objetivos de saúde. Identificar e analisar, na dinâmica familiar, os elementos que sustentam, mantêm ou criam dificuldades, envolve uma leitura atenta dos padrões de comunicação, das alianças, das regras implícitas que estruturam o funcionamento familiar. Esta análise, materializada na aplicação dos instrumentos de avaliação já referidos e na entrevista familiar sistémica, permitiram compreender o que favorece o equilíbrio e o que contribui para tensões ou bloqueios.

A OE (2007) reforça a ideia de que a informação de enfermagem assume um papel fundamental na governação em saúde, não apenas pelos imperativos legais e éticos associados aos sistemas de informação, mas também pela sua relevância para a tomada de decisões clínicas, para a qualidade e continuidade dos cuidados, para a gestão, formação, investigação e para todos os processos de decisão que sustentam a prática profissional. Contudo, a documentação dos cuidados prestados à família, realizada através dos sistemas de informação atualmente disponíveis na ULS onde realizei o estágio, revelou-se limitada e pouco estimulante para o Enfermeiro Especialista em ECAESF. Esta limitação decorre, sobretudo, do facto de o sistema não permitir o registo estruturado de instrumentos de avaliação familiar, essenciais para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar. A ausência de campos para integrar instrumentos como o *genograma,* o *ecomapa* ou outros instrumentos relevantes para condições específicas da família, impede que o processo clínico reflita, de forma fiel, a complexidade das interações familiares e o raciocínio clínico que sustenta a intervenção. Consequentemente, a documentação torna-se redutora, centrada em dados fragmentados, o que impede a monitorização da condição da família e, em última instância, a visibilidade do trabalho especializado do enfermeiro.

Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

Esta unidade de competências integra um conjunto de objetivos orientadores e transversais à prática de enfermagem especializada, constituindo-se como a base para todas as ações desenvolvidas ao longo do estágio profissional.

A prestação de cuidados foi sempre orientada pelos padrões preconizados para a enfermagem de saúde familiar, assegurando rigor e qualidade. Ao longo do estágio, evidenciou-se um compromisso contínuo com o desenvolvimento profissional, procurando orientação nas reuniões de supervisão criando objetivos pessoais de forma a aprimorar a prática e avaliar de forma sistemática o próprio desempenho. Esta postura reflexiva permitiu analisar criticamente as interações estabelecidas com as famílias, reconhecendo a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados alcançados.

A colaboração com colegas na resolução de situações mais complexas revelou-se limitada no contexto de estágio, uma vez que fui a única estudante do mestrado a realizar estágio na unidade de saúde. Assim, as oportunidades de trabalho colaborativo ocorreram sobretudo durante os seminários na faculdade, onde foi possível discutir casos e partilhar perspetivas. Estes momentos assumiram particular relevância, pois permitiram suprir a ausência de interação diária com outros estudantes de mestrado em estágio.

Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

A avaliação da satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados foi promovida através de momentos informais ao longo de todo o acompanhamento. Para além da possibilidade de agendamento de nova consulta, foram criados espaços para questões abertas no final das consultas, permitindo a todos os membros da família a expressão de perceções sobre o apoio recebido. Esta recetividade sugere que a relação terapêutica estabelecida foi entendida como positiva e útil, reforçando a importância de uma abordagem colaborativa e centrada na família. Adicionalmente, ao analisar se as intervenções implementadas estão a produzir os resultados desejados, consigo reforçar a tomada de decisão informada e verificar se o plano de cuidados permanece alinhado com as prioridades e expectativas da família ou se necessita de ajuste de estratégia ou redefinição de objetivos. Os dados colhidos, nomeadamente através de instrumentos de avaliação familiar validados, permitiram monitorizar a evolução da condição de saúde da família. Contudo, tal como referido no ponto anterior, nem sempre foi possível documentar nos sistemas de informação esta monitorização.

2.2.2 Lidera e Colabora em Processos de Intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

O enfermeiro especialista em ECAESF deve liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar através da gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários à prestação de cuidados à família, tal como referido no Regulamento nº 428/2018 (OE, 2018). De seguida, serão analisadas as duas unidades de competência referentes a este domínio de competências.

Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

Ao enfermeiro reconhece-se a sua contribuição para a promoção da saúde individual, familiar e comunitária, bem como o seu papel de referência enquanto gestor de cuidados de enfermagem, potenciando a saúde do indivíduo no contexto da família como descrito no Decreto-Lei n.º 118/2014 (Portugal, 2014). Deve promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família e referenciar a família para outros profissionais de saúde.

No decorrer das consultas e após a realização da avaliação familiar, tornou-se evidente a necessidade de articular com outras equipas de saúde, recorrendo à referenciação para diferentes profissionais. Esta necessidade emergiu da identificação de situações que ultrapassavam o âmbito exclusivo da intervenção de enfermagem, exigindo uma abordagem mais abrangente e multidisciplinar. Assim, a referenciação foi utilizada como estratégia para garantir que as famílias tivessem acesso a cuidados mais completos, integrados e ajustados às suas necessidades específicas, promovendo simultaneamente a autonomia, o bem-estar e a continuidade do acompanhamento.

A articulação não se restringiu ao processo de referenciação, mas também à reflexão em equipa sobre as principais necessidades de formação. No âmbito da enfermagem de saúde familiar, foi identificada a necessidade de operacionalizar o processo de enfermagem à família. Neste sentido, partilhei com a equipa o estudo de caso que realizei com a integração do MCAF e MCIF (Wright & Leahey, 2019) e discutimos estratégias para a sua documentação, dadas as dificuldades já reportadas. Apercebi-me que esta partilha constituiu um momento de reflexão crítica entre profissionais, essencial para o desenvolvimento profissional contínuo e para a consolidação de práticas baseadas na evidência. Também foi uma oportunidade de atualização teórica e prática, contribuindo para a melhoria da qualidade da avaliação familiar. A análise de um caso real facilita a compreensão da aplicabilidade do modelo no contexto prático, reforçando a importância de uma abordagem sistemática, relacional e centrada nas forças da família.

Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

A utilização de sistemas de informação foi uma prática constante, nomeadamente no registo clínico, na consulta de orientações técnicas e na monitorização de indicadores. Estas ferramentas permitiram melhorar a qualidade dos cuidados, apoiar a tomada de decisão e garantir maior rigor na documentação, mesmo com os constrangimentos identificados anteriormente.

A promoção de uma cultura organizacional assente na formação contínua, na prática colaborativa e na investigação interprofissional não foi plenamente desenvolvida. O facto de ter sido a única aluna de mestrado na USF limitou o envolvimento de outros profissionais, que não a enfermeira tutora, em dinâmicas de partilha de conhecimento ou reflexão conjunta, embora reconheça a importância desta competência para o fortalecimento da prática interdisciplinar.

A criação e sustentação de uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, alinhada com os diferentes níveis de prevenção, foi desenvolvida através da aplicação de modelos teóricos, da reflexão

com a enfermeira tutora sobre as intervenções realizadas e da comunicação clara com as famílias sobre os objetivos dos cuidados.

No que diz respeito à participação no desenvolvimento de legislação e políticas sociais relacionadas com a saúde e os direitos da família, esta competência não pôde ser exercida na sua vertente macroestrutural durante o estágio. Contudo, penso que se concretizou ao nível micro, através da: facilitação do acesso a recursos sociais e comunitários (centros de dia ou equipas de visitação domiciliária para auxílio nos cuidados de higiene); da sinalização de necessidades que exigiam intervenção da equipa multidisciplinar (referenciação para outros profissionais); da promoção da autonomia da família, defendendo o seu direito a participar nas decisões e/ou recusar intervenções propostas; da promoção da literacia em saúde, explicando de forma clara o plano terapêutico, assegurando que a família compreendia a informação e podia participar ativamente nos cuidados.

Por fim, a utilização das tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar ocorreu através da pesquisa de evidência científica, nomeadamente na área do estudo de investigação sobre a perceção da pessoa com DPOC acerca da funcionalidade da sua família, do acesso a recursos digitais institucionais e a reflexão crítica sobre a prática. Apesar de não ter sido possível participar em muitas formações externas devido às limitações de tempo e à dinâmica do serviço, a utilização das tecnologias de informação e comunicação permitiu manter um processo contínuo de aprendizagem.

CAPÍTULO III – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

A DPOC é uma patologia caracterizada por sintomas respiratórios persistentes, como tosse, dispneia e produção de expetoração. Estes sintomas resultam de alterações estruturais nas vias respiratórias — como bronquite crónica e bronquiolite — e/ou nos alvéolos, como ocorre no enfisema, levando a uma obstrução do fluxo aéreo que é progressiva e dificilmente reversível (Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2024). Segundo dados retirados do relatório da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2026), estima-se que a DPOC seja a terceira causa de morte em todo o mundo e seja também a maior causa de morbilidade crónica.

Embora o tabagismo seja o principal fator de risco, a doença também está associada a um desenvolvimento pulmonar inadequado na infância e adolescência, infeções respiratórias de repetição, exposição à poluição atmosférica, fatores genéticos, e ainda a sequelas de tuberculose pulmonar ou infeção por VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) (Observatório Nacional de Doenças Respiratórias, 2024). Ainda assim, o uso de tabaco é responsável por 35% das mortes por DPOC (GOLD 2026).

Em Portugal, estima-se que a prevalência da DPOC seja de 14,2% na população com mais de 40 anos, afetando sobretudo indivíduos do sexo masculino. A frequência da doença aumenta de forma significativa com o envelhecimento (Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2024). Prevê-se o aumento da sua incidência nos próximos anos, devido ao aumento do consumo de tabaco nos países subdesenvolvidos e do envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos, o que resultará em mais de 5,4 milhões de mortes anuais por DPOC e doenças relacionadas em 2060 (GOLD 2026).

A DPOC é uma doença de evolução progressiva que afeta de forma marcada a qualidade de vida, tornando necessária uma intervenção interdisciplinar e com enfoque na família (Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2024). A DPOC não afeta apenas quem vive com a doença, também transforma o quotidiano dos familiares e amigos, que constituem a principal rede de apoio necessária para enfrentar as exigências do tratamento e da evolução da condição (Schmitt et al, 2021).

Uma mudança num membro da família afeta todos os outros (Figueiredo, 2020), evidenciando a natureza dinâmica e relacional do sistema familiar. Esta perspetiva é particularmente relevante no contexto da saúde, uma vez que a doença de um membro pode modificar papéis, rotinas e padrões de interação, influenciando o bem-estar de toda a família.

Na investigação em saúde, a análise do funcionamento familiar assume particular relevância, constituindo um eixo central na compreensão da influência que a família exerce sobre o processo de doença, bem como das repercussões que a própria doença produz no sistema familiar (Alfaro-Diaz et al, 2024). Esta perspetiva reforça a importância de considerar a família como um sistema interdependente no qual a saúde e a doença são experienciadas de forma coletiva.

De acordo com Zhang (2018), o funcionamento familiar é definido como a capacidade dos membros da família de manter relacionamentos coesos entre si, cumprir os papéis familiares, lidar com problemas familiares, ajustar-se a novas rotinas familiares e comunicar efetivamente uns com os outros. Segundo Shamali (2018) o funcionamento familiar desempenha um papel fundamental na adaptação à doença, tanto para o indivíduo como para a própria família.

Na área da enfermagem, o funcionamento familiar constitui um elemento central dos cuidados centrados no doente e na família, uma abordagem que valoriza as necessidades, experiências e perspetivas de ambos (Alfaro-Diaz et al, 2024). Entre os referenciais teóricos que sustentam esta prática, destaca-se o MCAF (Wright e Leahey, 2019), o qual tem desempenhado um papel fundamental na compreensão das dinâmicas familiares no contexto da doença. A funcionalidade expressiva da família, de acordo com este modelo teórico, diz respeito aos padrões de comunicação e interação estabelecidos entre os seus membros. Esta dimensão analisa a forma como cada indivíduo manifesta sentimentos, crenças, necessidades e expectativas no contexto familiar.

A gestão da doença é um processo complexo que envolve a família e pode influenciar o seu funcionamento (Zhang, 2018). O mesmo autor refere que o funcionamento familiar depende do contexto, sendo que famílias com diferentes origens culturais, sociais e políticas podem ter perspetivas diferentes sobre a composição e o significado da família.

Para Galán-González e colaboradores (2021), uma família funcional caracteriza-se pela capacidade de responder de forma adequada às necessidades dos seus membros, demonstrando recursos para enfrentar o stress e os desafios que surgem ao longo da vida. Em contraste, o funcionamento familiar deficitário manifesta-se em contextos marcados por elevados níveis de conflito, desorganização e fraco controlo afetivo e comportamental. O mesmo autor reforça a necessidade da avaliação do funcionamento familiar pois esta avaliação permite identificar fatores que podem comprometer o sucesso do tratamento e ajustá-los ao longo do processo de recuperação e estabilização da saúde do indivíduo.

Um funcionamento familiar ótimo, que integra a qualidade das ligações emocionais, os padrões de comunicação e os mecanismos de coping, constitui um elemento central para o bem-estar dos seus membros (La Rosa, 2024).

Dada a relevância da funcionalidade expressiva da família da pessoa com DPOC, concebeu-se um estudo cujo objetivo geral é descrever a perceção dos indivíduos com DPOC acerca da funcionalidade expressiva das suas famílias, bem como a sua condição de saúde e as caraterísticas familiares, de modo a contribuir para descrever a perceção dos indivíduos com DPOC acerca da funcionalidade expressiva das suas famílias.

O percurso metodológico conduzido para responder a este objetivo será detalhado no item seguinte.

3.1 Metodologia

Neste capítulo será apresentada a questão de investigação, a finalidade, os objetivos, o instrumento de recolha de dados, a caracterização da amostra, as variáveis, o procedimento de tratamento e análise de dados, assim como as considerações éticas deste estudo.

3.1.1 Caracterização do estudo

No contexto do enquadramento realizado no capítulo anterior formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica acerca da funcionalidade expressiva da sua família e quais as características da sua condição de saúde e do seu contexto familiar?

A finalidade deste estudo é contribuir para o conhecimento da funcionalidade expressiva das famílias de pessoas com DPOC, sendo o objetivo geral do estudo descrever a perceção dos indivíduos com DPOC acerca da funcionalidade expressiva das suas famílias, bem como a sua condição de saúde e as caraterísticas familiares. Foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a perceção dos indivíduos com DPOC acerca da funcionalidade expressiva das suas famílias;
- Descrever a condição de saúde dos indivíduos com DPOC, nomeadamente: tempo de diagnóstico, presença de comorbilidades, internamento no último ano, uso de tabaco, necessidade de oxigénio, presença de dispneia;

- Descrever as características familiares dos indivíduos com DPOC, designadamente: rendimento familiar e tipo de família

Tendo em conta os objetivos e a questão de investigação, este trabalho define-se como um estudo observacional, transversal e descritivo.

Para responder à questão de investigação, formulou-se um questionário - instrumento de recolha de dados (Apêndice I) - que incluiu uma caracterização sociodemográfica, clínica e familiar do indivíduo com DPOC (secções 1 e 2) e o *Questionário de Funcionalidade Expressiva da Família* (QFEF) (secção 3) (Gouveia et al, 2024).

A recolha de dados foi realizada entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026, sendo aplicado o questionário elaborado para o efeito. Foi realizado um pré teste do questionário, com 5 pessoas com DPOC de ambos os contextos das USF e o feedback recebido permitiu ajustar o formato e conteúdo do instrumento de recolha de dados.

3.1.2 Caracterização da amostra

A população-alvo deste estudo é constituída por indivíduos com diagnóstico de DPOC inscritos em duas USF do norte do país. Dado não ser exequível incluir todos os indivíduos com DPOC destas unidades, foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência, selecionando-se os participantes com base na sua disponibilidade e acessibilidade no período em que decorreu a recolha de dados. Um total de 93 pessoas participaram no estudo.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduos com diagnóstico de DPOC convocados pelos enfermeiros de família para consulta de enfermagem durante o período de recolha de dados;
- Capacidade de falar, escrever e compreender a língua portuguesa.

3.1.3 Variáveis de condição de saúde e de caracterização familiar

A informação relativa à condição de saúde e caracterização familiar foi recolhida através da aplicação de um questionário (secção 1 e 2 do questionário). A caracterização da condição de saúde incluiu a recolha da seguinte informação: tempo de diagnóstico, presença de comorbilidades, internamento no último ano, uso de tabaco, necessidade de oxigénio, presença de dispneia. Relativamente à

caracterização familiar, foi recolhida informação quanto ao rendimento familiar e à constituição do agregado familiar, sendo posteriormente identificado o tipo de família.

3.1.4 Avaliação de funcionalidade expressiva da família

A terceira secção do instrumento de recolha de dados consiste no QFEF. A perceção de funcionalidade expressiva das famílias dos indivíduos com DPOC foi avaliada pelo QFEF – versão adaptada e validada para a população portuguesa por Gouveia e colaboradores (2024).

O Questionário de Funcionamento Familiar Expressivo Islanda (ICE-EFFQ) foi desenvolvido e avaliado por enfermeiros islandeses peritos em enfermagem familiar (Sveinbjarnardottir et al., 2012) e trata-se de um instrumento que mede a funcionalidade expressiva das famílias que enfrentam doença crónica ou aguda de um dos seus membros e abrange as seguintes dimensões: expressão de emoções (4 questões), colaboração e resolução de problemas (5 questões), comunicação (4 questões) e comportamento (4 questões) (Konradsen et al, 2018). Baseia-se na categoria de avaliação funcional do MCAF desenvolvido por Wright e Leahey (2019). Apresenta 17 questões e 4 dimensões, pontuadas numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre) (Gouveia et al, 2024).

Posteriormente, foi traduzido e validado para português por Gouveia e colaboradores (2024) com uma população de indivíduos com doença mental, tendo resultado na versão portuguesa do QFEF. Este é um instrumento de autopreenchimento que avalia o funcionamento expressivo da família que incluí 4 dimensões, sendo estas: comunicação (7 questões), expressão de emoções (4 questões), resolução de problemas (3 questões) e cooperação (3 questões), num total de 17 questões. As respostas são registadas numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). As pontuações totais da escala e das dimensões são calculadas através da média dos itens correspondentes (Gouveia et al, 2024). Não são conhecidos estudos que tenham usado este instrumento após a sua validação.

3.1.5 Análise estatística

Os dados foram introduzidos e analisados com recurso ao programa IBM SPSS, versão 29.0.1.1. A análise realizada foi de natureza descritiva, tendo como objetivo caracterizar a amostra e descrever as variáveis em estudo. Para as variáveis categóricas, foram calculadas frequências absolutas e relativas.

Para as variáveis contínuas, utilizaram-se medidas de tendência central (média) e medidas e dispersão (desvio padrão) permitindo descrever a distribuição das variáveis na amostra.

3.1.6 Questões éticas e deontológicas

Este estudo respeitou integralmente os princípios éticos e deontológicos que regem a investigação em saúde, nomeadamente a confidencialidade, o anonimato, a voluntariedade e o respeito pelos direitos dos participantes. Os participantes foram previamente informados sobre os procedimentos inerentes à sua participação no estudo. O seu envolvimento ocorreu apenas após a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II) elaborado de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo.

A participação foi voluntária, podendo os indivíduos recusar ou desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os cuidados de saúde que lhes são prestados. Os dados recolhidos foram tratados de forma confidencial e utilizados exclusivamente para fins de investigação. Para garantir o anonimato, os questionários foram codificados, não tendo sido recolhida qualquer informação que permita a identificação direta dos participantes.

O investigador principal foi responsável por esclarecer junto do indivíduo quaisquer dúvidas em relação à sua participação, assim como garantir o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II). Os dados recolhidos serão conservados durante o período necessário ao cumprimento das finalidades para as quais foram recolhidos, até um prazo máximo de 5 anos. Foram colocadas duas urnas em cada USF, uma para inserir os consentimentos informados e outra para colocar os questionários.

O presente estudo teve a autorização do autor que validou a versão para Portugal (Anexo I) para a utilização do instrumento de avaliação da funcionalidade expressiva da família, dos respetivos coordenadores das USF envolvidas na recolha de dados (Anexo II), bem como o parecer favorável da Comissão de Ética da ULS (Anexo III)

3.2. Resultados

Neste capítulo procede-se à apresentação e descrição dos resultados obtidos.

3.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 93 pessoas com DPOC. A tabela 2 descreve as características sociodemográficas da amostra. É possível verificar que 65 pessoas (69,9%) são do sexo masculino e 49 pessoas (52,7%) têm idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos. 64 pessoas (68,8%) são casadas ou vivem em união de facto e 52 (55,9%) completaram o 1º ciclo do ensino básico.

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra

Variável	Valor	Amostra	
		N	%
Sexo	Masculino	65	69,9
	Feminino	28	30,1
Idade	< 34 anos	1	1,1
	35-49 anos	4	4,3
	50-64 anos	25	26,9
	65-79 anos	49	52,7
	80-94 anos	14	15,1
Estado civil	Solteiro	9	9,7
	Casado ou união de facto	64	68,8
	Viúvo	11	11,8
	Separado ou divorciado	9	9,7
Habilitações literárias	1º ciclo do Ensino Básico	52	55,9
	2º ciclo do Ensino Básico	15	16,1
	3º ciclo do Ensino Básico	13	14
	Ensino Superior	13	14

3.2.2 Caracterização clínica da amostra

No que diz respeito à caracterização clínica ou condição de saúde, pode-se verificar pela leitura da tabela 3 que 48 pessoas (51,6%) foram diagnosticadas com DPOC há menos de 5 anos e 85 (91,4%) apresenta comorbilidades identificadas. Destes, 58 (68,2%) apresenta Hipertensão Arterial, 41 (48,2%) Dislipidemia, 31 (36,5%) apresenta Diabetes *Mellitus* e 25 (29,4%) doença cardíaca. A generalidade da amostra (84,9%) não necessitou de oxigénio durante o último ano e 79 pessoas (84,9%) não teve internamentos relacionados com a doença. Relativamente ao uso de tabaco, 32 (34,4%) são fumadores e 61 (65,6%) são não fumadores, mas 39 (41,9%) destas pessoas não fumadoras já foram fumadoras no passado. O tempo médio de fumador é de 31,5 anos e a média do número de cigarros por dia é de 15,11. Verifica-se que 52 pessoas (55,9%) refere ter dispneia e 48 (92,3%) mencionam dispneia quando fazem atividade física vigorosa. Por último, 50 pessoas (53%) fazem 5 ou mais medicamentos por dia.

Tabela 3 - Caracterização clínica da amostra

Variável	**Valor**	**Amostra**	
		N	**%**
Tempo de diagnóstico	< 5 anos	48	51,6
	≥ 5 e < 10 anos	22	23,7
	≥ 10 anos	23	24,7
Comorbilidades	Sim	85	91,4
	Não	8	8,6
	Hipertensão Arterial	58	68,2
	Dislipidemia	41	48,2
	Diabetes *Mellitus*	31	36,5
	Doença cardíaca	25	29,4
	Outras	42	49,4
Necessidade de Oxigénio	Sim	14	15,1
	Não	79	84,9
Internamentos no último ano	Sim	12	12,9
	Não	79	84,9
	Sim	32	34,4
Fumador	Não	61	65,6

Fumador no passado	Sim	39	41,9
	Não	14	15,1
Dispneia	Sim	52	55,9
	Não	39	41,9
Dispneia em repouso	Sim	11	21,2
	Não	41	78,8
Dispneia atividade física moderada	Sim	35	67,3
	Não	17	32,7
Dispneia atividade física vigorosa	Sim	48	92,3
	Não	4	7,7
Nº medicamentos	Até 4	43	46,2
	5 ou mais	50	53,8
		Média	**Desvio padrão**
Tempo fumador		31,5	18,14
Nº cigarros por dia		15,11	17,81

3.2.3 Caracterização da família

Na tabela 4 encontram-se os resultados relativos à caracterização da família dos indivíduos com DPOC. Verifica-se que 41 famílias (44,1%) auferem um rendimento mensal familiar até 1740€ (2 vezes o SMN). Em relação à composição do agregado familiar, constata-se que 66 pessoas (71%) coabitam com o cônjuge. Da análise da composição familiar, constatou-se que 64 (68,8%) das famílias é nuclear. No que diz respeito ao QFEF, a média da pontuação global foi de 4,14 (0,78). Apesar das médias das diferentes dimensões do instrumento apresentarem valores similares, a resolução de problemas foi a dimensão com uma média mais elevada 4,20 (0,83).

Tabela 4 - Caracterização da família

Variável	**Valor**	**Amostra**	
		N	**%**
Rendimento mensal familiar	Menos do que o salário mínimo nacional (SMN) (menos de 870€)	10	10,8
	SMN (870€)	31	33,3
	Até duas vezes o SMN (até 1740€)	41	44,1

	Até três vezes o SMN (até 2610€) e Mais de três vezes o SMN (mais de 2610€)	10	10,8
Constituição do agregado familiar	Cônjuge	66	71
	Filho(s)	40	43
	Irmão(s)	3	3,2
	Mãe	3	3,2
	Pai	5	5,4
	Outro(s)	17	18,3
Tipo de família	Nuclear	64	68,8
	Alargada	13	14
	Sozinho	9	9,7
	Monoparental	7	7,5

	Média	**Desvio padrão**
QFEF pontuação total	4,14	0,78
Comunicação	4,15	0,87
Expressão de emoções	4,10	0,85
Resolução de problemas	4,20	0,83
Cooperação	4,15	0,83

A média e desvio padrão relativas a cada item do QFEF estão descritas na tabela 5 assim como o valor total do QFEF, que é de 70,11. É possível verificar que o item "todos os membros da família têm conhecimento quando surgem problemas" é o que apresenta média mais elevada, 4,30 (0,95) e a média mais baixa é 3,78 (1,24) encontra-se na questão "os membros da família falam sobre os seus sentimentos".

Tabela 5 - Médias e desvio padrão por item e valor total do questionário QFEF

Variável	**Média**	**Desvio padrão**
Os membros da família falam sobre os seus sentimentos	3,78	1,24
Os membros da família expressam-se de forma clara e honesta quando falam uns com os outros	4,29	0,93
Os membros da família encontram formas de ter conversas benéficas e	4,24	0,91

honestas		
Todos os membros da família têm conhecimento quando surgem problemas	4,30	0,95
Sei como todos e cada membro da família procedem quando um de nós está irritado	4,11	1,04
Sei a reação de todos os membros da família quando falam honestamente uns com os outros	4,22	0,92
Sei como os membros da família reagem quando se relacionam uns com os outros	4,02	1,09
Sei quando os membros da minha família expressam os seus sentimentos (ex: alegria, raiva e tristeza)	4,18	0,98
Sei como os membros da minha família reagem quando um de nós se sente triste	4,16	1,01
Sei como os membros da minha família reagem quando digo o que penso	4,09	0,96
Apercebo-me da mudança das relações na família quando os problemas são resolvidos	4,11	0,98
Sei a quem a maioria da minha família recorreria se necessitasse de falar com alguém	4,24	0,99
Se eu e a minha família tivermos outros problemas nas nossas vidas, sei como iremos lidar com eles	4,20	0,99
Sei o que cada membro da família faz em situações difíceis	3,92	1,11
Sei o efeito que causa nos membros da minha família quando nos ajudamos uns aos outros nas tarefas domésticas diárias	4,05	1,08
Sei quem seria o primeiro a perceber se os membros da família funcionaram como uma equipa em vez de competirem uns com os outros	4,07	1,01
Sei como os membros da família se sentem quando todos são responsáveis pelas tarefas domésticas diárias	4,13	1,01
Total QFEF		
70,11		

3.3 Discussão

Neste estudo os resultados indicam uma boa perceção da funcionalidade expressiva da família por parte das pessoas com DPOC. As pontuações elevadas em todas as dimensões podem indicar que as pessoas com DPOC que integraram este estudo têm uma boa perceção sobre a funcionalidade expressiva da sua família, mesmo quando a família integra um membro com uma doença crónica.

A dimensão da funcionalidade familiar com média mais elevada no presente estudo foi a de resolução de problemas, que avalia a perceção dos indivíduos sobre a eficácia com que a família enfrenta desafios, a colaboração entre os membros e a procura de soluções. No MCAF (Wright & Leahey, 2019), a Solução de problemas é uma dimensão estruturante da função expressiva que se refere à forma como a família identifica problemas, mobiliza recursos internos e externos e desenvolve estratégias para lidar com situações adversas do quotidiano. Esta dimensão no QFEF (Gouveia et al, 2024) traduz em indicadores objetivos o processo descrito teoricamente no modelo, permitindo avaliar a capacidade adaptativa da família. O facto de a dimensão resolução de problemas apresentar a pontuação mais elevada sugere que as famílias das pessoas com DPOC desenvolveram competências/estratégias robustas para lidar com as exigências da evolução da doença, que pode ser marcada por períodos de exacerbação e limitação funcional como referido no relatório GOLD (2026). O baixo número de internamentos relacionados com a doença pode ser interpretado como um indicador indireto de que estas famílias, ao demonstrarem uma boa capacidade de resolução de problemas, conseguem atuar precocemente perante sinais de agravamento, reduzindo a necessidade de recurso a cuidados hospitalares. Kanervisto e colaboradores (2003) refere que o tratamento de uma doença pode implicar que a pessoa desenvolva novas competências para cuidar de si e, quando os familiares conseguem oferecer apoio consistente durante esse processo de aprendizagem, o doente fica mais capaz de lidar com a doença e tem maior probabilidade de evitar novos internamentos. A combinação entre uma elevada perceção de resolução de problemas e um número reduzido de internamentos sugere que estas famílias desempenham um papel protetor importante na gestão da doença. Esta dimensão com resultado de valor médio mais alto difere do observado por Gouveia e colaboradores (2024), onde a cooperação apresentou maior pontuação. No entanto, esta diferença deve ser interpretada com cautela, atendendo às diferenças entre as amostras, nomeadamente o facto de o estudo de validação ter sido realizado em famílias com doença mental, o que poderá influenciar os padrões de funcionamento familiar.

As dimensões de comunicação e cooperação obtiveram igualmente uma média elevada. No MCAF ((Wright & Leahey, 2019), a Comunicação é uma das dimensões centrais da função expressiva e analisa a clareza, congruência e reciprocidade das mensagens verbais e não verbais, bem como os padrões de interação que facilitam ou dificultam a compreensão mútua. O QFEF (Gouveia et al, 2024), na sua dimensão Comunicação, avalia a perceção dos indivíduos sobre a abertura comunicacional, a capacidade de escuta e a eficácia na partilha de necessidades e sentimentos. Esta dimensão traduz, de forma mensurável, os aspetos qualitativos descritos no modelo. Assim, a comunicação constitui um ponto de convergência direta entre o modelo teórico e o instrumento validado, permitindo uma avaliação integrada da funcionalidade comunicacional da família. A Cooperação, no MCAF (Wright & Leahey, 2019), manifesta-se tanto na função instrumental (partilha de tarefas e responsabilidades) como na função expressiva (apoio mútuo, solidariedade e reciprocidade). No QFEF (Gouveia et al, 2024), a dimensão Cooperação avalia a perceção da disponibilidade para ajudar, a partilha de responsabilidades e o sentimento de pertença. Esta dimensão reflete diretamente a dinâmica colaborativa descrita no modelo, permitindo identificar níveis de apoio e interdependência familiar. O facto de a maioria dos participantes viverem com o cônjuge constitui um contexto familiar que parece favorecer estas duas dimensões. A presença de mais familiares pode levar a mais oportunidades de comunicação entre si e também de maior colaboração nas tarefas do quotidiano, já que os familiares cuidadores são a principal fonte de apoio para as pessoas com DPOC como referem Cruz et al (2017). Kanervisto et al (2007) refere que em famílias equilibradas, ao longo das diferentes fases do seu ciclo de vida, os membros da família tendem a prestar apoio mútuo, ajustando-se às necessidades que vão surgindo para cada membro.

A dimensão com valor médio mais baixo foi Expressão de emoções, embora com um valor muito próximo das outras dimensões. A Comunicação emocional, no MCAF (Wright & Leahey, 2019), refere-se à forma como os membros da família manifestam sentimentos positivos e negativos, bem como à capacidade de validar e acolher as emoções dos outros. No QFEF (Gouveia et al, 2024), a dimensão Expressão de Emoções avalia a perceção para expressar sentimentos, a aceitação emocional e a capacidade da família para lidar com emoções. Esta dimensão operacionaliza a componente emocional da função expressiva descrita no modelo, permitindo identificar padrões de repressão ou abertura emocional. O resultado com valor médio mais baixo sugere que a expressão emocional, não é tão aberta ou frequente nestas famílias, na ótica da pessoa com DPOC. Pode sugerir que estas privilegiam a estabilidade e apoio prático (resolver problemas) em vez de partilha emocional aberta.

Adicionalmente foram analisadas as médias por item, permitindo uma leitura desagregada das respostas, particularmente relevante tendo em conta o carácter recente da escala. Foi também calculada a soma das médias por item, que resultou no valor de 70,11. Os resultados revelaram-se superiores aos reportados no artigo de validação do instrumento para Portugal. Este resultado poderá ser interpretado à luz de vários fatores como: características da amostra (a amostra deste estudo parece apresentar padrões de comunicação mais eficazes ou relações familiares mais estáveis), momento temporal da recolha de dados (a amostra deste estudo poderia estar num período de maior estabilidade da doença, já que a maior parte dos participantes tem diagnóstico recente com menos de cinco anos ou numa fase com menos conflitos familiares), objetivo/natureza do estudo – no processo de validação o foco é avaliar as caraterísticas psicométricas do instrumento, enquanto que o propósito deste estudo é a aplicabilidade pratica do questionário.

O resultado obtido no presente estudo está também alinhado com o estudo de Hernandez et al (2025) em que foi avaliada a funcionalidade familiar com o instrumento APGAR Familiar de Smilkstein, em pais e alunos do secundário no Chile com pelo menos uma doença crónica num elemento da família, sendo que ambos obtiveram uma boa perceção da funcionalidade familiar. Igualmente Schmitt et al (2021) avaliou a funcionalidade familiar em pessoas com DPOC também com o instrumento APGAR, tendo obtido boa funcionalidade familiar na maioria dos participantes, sendo as menores pontuações encontradas nas dimensões de companheirismo, desenvolvimento e afetividade. Da mesma forma, foi avaliada a funcionalidade familiar em idosos por Ferreira et al (2019) com recurso ao APGAR familiar tendo a maioria referido boa funcionalidade familiar. No estudo de Konradsen et al (2018) foi usado o ICE-EFFQ (Sveinbjarnardottir et al., 2012) em pessoas com doença crónica e o resultado indicou bom funcionamento da família no contexto de doença crónica. O mesmo resultado evidenciou-se também no estudo de Kanervisto et al (2003) em que usou o instrumento Medida de Dinâmica Familiar (FDM2) para avaliar a dinâmica familiar em famílias de pessoas com DPOC grave. No estudo de Kanervisto et al (2007) foi avaliada a dinâmica familiar com recurso ao instrumento de Medida de Dinâmica Familiar 2 (FDM2) e o Questionário de Dinâmica Familiar (FDQ) numa população com DPOC grave e suas famílias com resultado considerado como bom ao nível da dinâmica familiar.

O MCAF desenvolvido por Wright e Leahey (2019), constitui um dos referenciais teóricos mais amplamente utilizados na enfermagem de família e nas ciências da saúde, pois permite uma compreensão sistémica e multidimensional da família enquanto unidade de cuidado. Dentro do domínio funcional, o MCAF distingue entre função instrumental e função expressiva, sendo esta última

particularmente relevante para a análise das dinâmicas relacionais, comunicacionais e emocionais. O QFEF (Gouveia et al, 2024) é um instrumento que operacionaliza quatro dimensões fundamentais da função expressiva: Comunicação, Expressão de emoções, Resolução de problemas e Cooperação. A validação portuguesa reforça a pertinência do instrumento no contexto clínico e comunitário, permitindo avaliar de forma objetiva a perceção dos indivíduos sobre o funcionamento expressivo da sua família.

A relação entre o modelo teórico e as dimensões do QFEF validado para Portugal em 2024 evidencia uma forte complementaridade conceptual e prática. Enquanto o MCAF (Wright & Leahey, 2019) fornece um enquadramento teórico abrangente para compreender a estrutura e o funcionamento da família, o QFEF (Gouveia et al, 2024) oferece uma ferramenta objetiva e culturalmente adaptada para avaliar a perceção individual sobre a funcionalidade expressiva familiar. A articulação entre ambos permite uma avaliação mais completa, rigorosa e sensível às especificidades culturais e relacionais das famílias portuguesas, constituindo um contributo relevante para a prática clínica, a investigação e a intervenção em saúde familiar.

A escassez de estudos que utilizem o questionário QFEF na população portuguesa limita a comparação direta dos resultados, no entanto, não invalida a interpretação dos mesmos. Assim, reforça a importância deste trabalho ao contribuir para o corpo de conhecimento existente e ao evidenciar a utilidade do instrumento na prática clínica em Enfermagem de Saúde Familiar.

No presente estudo também se identificaram as principais co-morbilidades tendo-se verificado que a Hipertensão Arterial (68,2%), as Dislipidemias (48,2%) e Diabetes *Mellitus* (36,5%) são as mais prevalentes, o que vai de encontro ao apresentado no relatório das GOLD (2026), assim como noutros estudos (Rubinstajn e Chazan, 2011; Greulich et al, 2017). Em relação ao uso de tabaco, foi possível verificar que a menor parte dos participantes era fumadora atualmente, mas a maior parte dos não fumadores eram ex-fumadores, o que totaliza 76,3% participantes com história prévia e atual de uso de tabaco. Os resultados deste estudo, em relação aoa número de fumadores, aproximam-se do mencionado no relatório GOLD (2026), onde refere que cerca de 40% das pessoas com DPOC mantêm o consumo de tabaco mesmo após saberem da doença. Por isso, o mesmo relatório salienta que a cessação tabágica é uma intervenção fundamental para todas as pessoas com DPOC que continuam a fumar e deve ser constantemente incentivada pelos profissionais de saúde em todas as oportunidades disponíveis.

O presente estudo apresenta um conjunto de forças que reforçam a utilidade dos resultados para a ECAESF e, de forma mais ampla, para os CSP. Contribui para a exploração da funcionalidade expressiva familiar em pessoas com DPOC, constituindo um dos primeiros estudos a utilizar a versão portuguesa do questionário neste contexto.

Ao centrar-se na funcionalidade expressiva da família, o estudo alinha-se com as necessidades reais dos doentes, aproximando a investigação da prática clínica e das decisões de cuidado em contexto familiar. Uma segunda força reside no enfoque na perspetiva do próprio doente. A opção por captar a perceção do indivíduo com DPOC, coloca a pessoa no centro da análise. Esta abordagem centrada na pessoa valoriza a experiência vivida e permite identificar necessidades subjetivas. Do ponto de vista metodológico, uma força relevante é a utilização de um instrumento estruturado e validado como o QFEF. O uso de uma medida padronizada acrescenta rastreabilidade, fiabilidade e comparabilidade aos resultados, possibilitando que os mesmos sejam monitorizados ao longo do tempo e em diferentes contextos. A estrutura do instrumento permite análises dimensionais (comunicação, expressão de emoções, resolução de problemas e cooperação), permitindo identificar áreas específicas de maior ou menor funcionalidade expressiva. Sendo este foi o primeiro estudo a usar este instrumento de avaliação da funcionalidade expressiva da família validado para Portugal, esse facto confere inovação na investigação em enfermagem. Como a DPOC é uma das doenças crónicas vigiadas nas USF, estudar a funcionalidade familiar destes doentes responde a necessidades reais do contexto dos CSP.

Apesar de o presente estudo fornecer contributos importantes, é essencial refletir criticamente sobre as suas limitações, de modo a compreender o alcance e a robustez dos resultados obtidos. Uma primeira limitação prende-se com o tamanho reduzido da amostra. Este facto pode condicionar a representatividade dos resultados, dificultando a generalização para toda a população de doentes com DPOC. A isto associa-se o facto de a amostragem ser não probabilística por conveniência, que pode introduzir viés de seleção, uma vez que os participantes podem não refletir a diversidade de experiências vividas por outros doentes com DPOC. A funcionalidade familiar foi avaliada pela perceção individual, pelo que a subjetividade das respostas pode ter sido influenciada pelo estado emocional ou pela fase da doença em o participante se encontra. O carácter transversal do estudo é outra limitação relevante. A recolha num único momento pode não permitir compreender a evolução da perceção ao longo do tempo, especialmente numa doença crónica marcada por fases de estabilidade e exacerbação, como a DPOC. Os doentes poderiam sentir-se constrangidos em expor fragilidades ou conflitos familiares, respondendo de forma mais favorável por receio de gerar tensões familiares. Este

enviesamento pode ter tido impacto nas respostas positivas obtidas. A escassez de estudos que utilizem este questionário na população portuguesa limita a comparação direta dos resultados, pelo que não foi possível analisar os resultados à luz do mesmo questionário. Assim, foi necessário usar estudos para discussão em que foi avaliada a funcionalidade familiar com outros instrumentos que não o QFEF.

Este trabalho poderá sensibilizar os enfermeiros de família para a importância de avaliar a funcionalidade familiar, que é importante para o conhecimento da saúde e dinâmica familiar. Este estudo contribui ainda para o fortalecimento da prática baseada na evidência, ao demonstrar que o QFEF é adequado para captar aspetos essenciais da funcionalidade familiar em contexto de doença crónica respiratória. A sua utilização pode apoiar avaliações mais completas e fundamentar intervenções mais ajustadas às necessidades individuais de cada família. Ao aplicar o QFEF, o enfermeiro dispõe de um instrumento objetivo que orienta intervenções direcionadas à melhoria das relações familiares, pela deteção precoce de fragilidades familiares que podem interferir na gestão da doença. Fortalece também a prática interdisciplinar, pela partilha dos seus resultados em reuniões de equipa e posterior articulação com outros profissionais de saúde como médico de família, assistente social ou psicólogo e fundamenta decisões clínicas mais ajustadas, contribuindo para cuidados mais humanizados e eficazes.

Os instrumentos de avaliação da funcionalidade familiar são úteis para os profissionais de saúde, pois fornecem o conhecimento necessário, permitindo-lhes melhorar os aspetos familiares que dificultam a gestão da doença e o bem-estar das pessoas com doença crónica (Gonzalez et al, 2021).

É importante reforçar a necessidade de futuras investigações que ampliem a amostra, diversifiquem o contexto de recolha, a diversidade de problemas e integrem metodologias complementares como entrevistas qualitativas que permitam aprofundar a compreensão da realidade familiar vivida por estes doentes.

3.4 Conclusões do estudo

A funcionalidade familiar constitui um elemento central na prática da ECAESF, uma vez que a família é reconhecida como unidade fundamental de cuidado. A avaliação sistemática da funcionalidade familiar permite ao enfermeiro identificar padrões relacionais, bem como fatores de vulnerabilidade que podem comprometer a capacidade da família para responder eficazmente às exigências do ciclo vital,

nomeadamente as transições de saúde-doença. A avaliação da funcionalidade familiar, sustentada em modelos teóricos consistentes e instrumentos validados, constitui uma prática essencial e diferenciadora na ECAESF e reforça a qualidade e a profundidade da avaliação realizada pelo Enfermeiro Especialista em ECAESF.

A integração entre o modelo teórico e o instrumento validado permitiu uma avaliação mais rigorosa e sensível, contribuindo para a identificação de necessidades específicas e para a definição de intervenções de enfermagem orientadas para o fortalecimento das competências familiares.

O QFEF revela-se um instrumento de grande utilidade no contexto clínico, permitindo ao Enfermeiro Especialista em ECAESF obter uma leitura rigorosa do modo como a família funciona num determinado momento. A sua aplicação facilita a identificação de áreas de maior solidez e de dimensões mais fragilizadas da funcionalidade expressiva, possibilitando intervenções dirigidas tanto ao funcionamento global da família, como aos aspetos específicos que necessitam de reforço, promovendo assim cuidados mais ajustados, integrados e centrados no sistema familiar.

A incorporação do QFEF na prática de ECAESF representa um ganho concreto para a gestão da doença crónica porque torna visível o que frequentemente permanece implícito nas dinâmicas familiares, orienta decisões clínicas informadas e promove cuidados mais próximos da realidade do doente, sustentados por evidência.

A operacionalização da funcionalidade expressiva como dimensão mensurável, oferece aos profissionais uma possibilidade para integrar a família no plano terapêutico, acompanhando e avaliando o impacto das intervenções ao longo do tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório procurou apresentar uma análise crítica e reflexiva do processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em ECAESF e de uma prática sustentada na melhor evidência disponível. Este percurso formativo e profissional culminou no desenvolvimento das condições necessárias à atribuição do título de Enfermeiro Especialista e Mestre em ECAESF.

A análise crítica das atividades realizadas demonstrou que a proximidade com as famílias, aliada a uma abordagem sistémica e colaborativa baseada na evidência científica promovem intervenções mais eficazes e ajustadas às necessidades reais das famílias.

O estágio permitiu concretizar os objetivos delineados, evidenciando o desenvolvimento progressivo das competências especializadas do Enfermeiro Especialista em ECAESF, tanto nas dimensões comuns como nas específicas. A implementação sistemática da avaliação e intervenção na família consolidou uma prática centrada nas suas necessidades e potencialidades, reforçando a capacidade de promover respostas adaptativas ao longo do ciclo vital. Paralelamente, a realização do trabalho de investigação sobre a perceção do indivíduo com DPOC relativamente à funcionalidade familiar contribuiu para a produção de evidência científica relevante, aprofundando o conhecimento nesta área e fortalecendo a integração da prática baseada na evidência no contexto da ECAESF.

Este trabalho trouxe contributos para melhorar a prática do Enfermeiro Especialista em ECAESF, na medida em que a utilização do QFEF pode reforçar o papel do enfermeiro na avaliação da funcionalidade familiar, permitindo uma compreensão mais profunda da dinâmica e das necessidades das famílias que vivem com doença crónica respiratória. Sendo o QFEF um instrumento objetivo e sensível que permite identificar precocemente fragilidades familiares, pode orientar intervenções mais ajustadas, fundamentadas e humanizadas. A sua aplicação promove ainda a prática baseada na evidência e fortalece o trabalho interdisciplinar, ao facilitar a partilha de resultados e a articulação com outros profissionais de saúde, contribuindo para decisões clínicas mais adequadas e para cuidados mais eficazes e centrados na família.

Este percurso formativo representou igualmente um espaço de crescimento pessoal e profissional. A reflexão contínua sobre a prática, sustentada por evidência científica, fortaleceu a capacidade de atuar de forma crítica, responsável e inovadora. Reconheço a importância de integrar a família no processo de cuidados, tal como preconizado pelos referenciais teóricos da ECAESF, nomeadamente o MCAF. Este foi relevante porque ofereceu uma estrutura teórica sólida para compreender a família como um sistema, permitindo analisar não apenas os indivíduos, mas também as relações, os padrões de comunicação e os recursos internos e externos que influenciam a forma como a doença é vivida. Desta forma, o MCAF não só orientou a leitura clínica da dinâmica familiar, como também fundamentou a pertinência de utilizar instrumentos como o QFEF para avaliar aspetos essenciais da funcionalidade familiar. Assim, integrar a família nos cuidados não é apenas desejável, mas essencial para promover intervenções mais eficazes, contextualizadas e alinhadas com as necessidades reais das famílias. No entanto, reconheço os constrangimentos dessa implementação e consolidação. Estes constrangimentos surgem da perceção de limitações organizacionais, de tempo e de cultura institucional, que podem dificultar a abordagem familiar de forma sistémica e sistemática. Ainda assim, mantenho o compromisso de procurar oportunidades, para envolver a família e promover uma prática mais alinhada com os princípios da ECAESF.

Assim, conclui-se que este percurso formativo que culmina com a elaboração deste relatório e posterior defesa em provas públicas, constituiu uma oportunidade determinante para o desenvolvimento de competências avançadas, que se traduzem numa prática mais segura, sustentada, humanizada e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (s.d.). *MIM@UF – Monitorização e informação para as unidades funcionais*. Recuperado em setembro de 2025, de https://mim-acss.min-saude.pt

Alfaro-Diaz, C., Esandi, N., Clausen, A. M., Canga-Armayo, N., Pueyo-Garrigues, M., & Dieperink, K. B. (2024). Instruments for assessing family functioning in adult patients with cancer: A systematic review of measurement properties. *Seminars in Oncology Nursing, 40*, 151729. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151729

Campos, L., Silva, C., Caetano, R., Pedro, S., Pais, M., Monteiro, J., & Leiras, G. (2022). *Plano local de saúde 2023–2030*. ACeS https://drive.google.com/file/d/1TW4gE3DbAgHFPVRY96ZZs5UPROKLCOwq/view

Cruz, J., Marques, A., & Figueiredo, D. (2017). Impacts of COPD on family carers and supportive interventions: A narrative review. *Health and Social Care in the Community, 25*(1), 11–25. https://doi.org/10.1111/hsc.12292

Dias, S. F. (2025). *O valor da entrevista familiar sistémica à família com criança a iniciar o ensino básico* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde do Norte – Cruz Vermelha Portuguesa. https://repositorio.esenfc.pt/handle/123456789/9999

Dicio. (2026). *Autoconhecimento*. Dicionário Online de Português. https://www.dicio.com.br/autoconhecimento

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional de saúde 2021–2030*. Ministério da Saúde. https://pns.dgs.pt

Feitosa, M. (2019). *A comunicação na enfermagem relacionada ao desafio no processo de cuidar*. https://pt.linkedin.com/pulse/comunicação-na-enfermagem-relacionada-ao-desafio-processo-feitosa

Ferreira, Y., Santos, L., Brito, T., Rezende, F., Neto, L., Osório, N., & Nunes, D. (2019). Funcionalidade familiar e sua relação com fatores biopsicossociais. *Humanidades & Inovação, 6*(11), 158–166. https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1582

Figueiredo, M. (2020). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Sabooks.

Galán-González, E., Martínez-Pérez, G., & Gascón-Catalán, A. (2021). Family functioning assessment instruments in adults with a non-psychiatric disease: A systematic review. *Nursing Reports, 11*(2), 341–355. https://doi.org/10.3390/nursrep11020033

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2026). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2026 report*. GOLD. https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/

Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: Saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta.

Gouveia, M. do C. L. V., Sveinbjarnardottir, E. K., Rodrigues, M. J. B., Silva, R. M. L. B., Baptista, M. S., & Henriques, M. A. P. (2024). Translation, cultural adaptation, and psychometric validation of the European Portuguese version of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ). *Journal of Family Nursing, 30*(1), 7–29. https://doi.org/10.1177/10748407231205038

Greulich, T., Weist, B. J. D., Koczulla, A. R., Janciauskiene, S., Klemmer, A., Lux, W., Alter, P., & Vogelmeier, C. F. (2017). Prevalence of comorbidities in patients with COPD by disease severity in a German population. *Respiratory Medicine, 132*, 132–138. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2017.10.007

Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2024). *Guia prático de gestão da DPOC nos cuidados de saúde primários (versão interativa 2024)*. Springer Healthcare Communications. https://apmgf.pt/2024/03/18/guia-pratico-de-gestao-da-dpoc-nos-cuidados-de-saude-primarios-versao-interativa-2024/

Hernández, A., Astorga, T., Leyton, N., Lafferte, N., Peralta, F., Muñoz, C., & Alfaro, M. (2025). Funcionamento familiar e doenças crónicas: Uma análise preventiva da sobrecarga do cuidador antes da dependência. *Atención Primaria, 57*, 103355. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103355

International Family Nursing Association. (2017). *IFNA position statement on advanced practice competencies for family nursing*. IFNA. https://internationalfamilynursing.org/wp-content/uploads/2017/05/APC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021: Índice de envelhecimento (n.º) por local de residência à data dos censos [2021] (NUTS 2013) e sexo; decenal*. INE.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011610&contexto=bd&selTab=tab2

La Rosa, V. L., Tornatore, M., & Commodari, E. (2024). Exploring the interplay between individual and family functioning during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Current Psychology, 43*, 33578–33591. https://doi.org/10.1007/s12144-024-06058-6

Leiras, G., & Castro, L. (2022). *Diagnóstico de situação e de saúde de Plano local de saúde 2023–2030*. ACeS

Kanervisto, M., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2003). Impact of chronic obstructive pulmonary disease on family functioning. *Heart & Lung, 32*(6), 360–367. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2003.07.003

Kanervisto, M., Paavilainen, E., & Heikkilä, J. (2007). Family dynamics in families of patients with severe COPD. *Journal of Clinical Nursing, 16*(8), 1522–1530. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01804.x

Konradsen, H., Lauridsen, J., Sorknæs, A., Østergaard, B., & Dieperink, K. (2018). Validity and reliability of the Danish versions of the ICE Expressive Family Functioning and ICE Family Perceived Support questionnaires. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(4), 1447–1457. https://doi.org/10.1111/scs.12591

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2024). *12.º relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: Resumo dos dados*. https://ondr.pt/files/12_%20relatorio_ondr_resumo_dos_dados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. O.E. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3964/tomadadeposicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de informação de enfermagem (SIE): Princípios básicos*. O.E. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. O.E. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 367/2015 – Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República, 2.ª série*(124). https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/367-2015-69790624

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho: 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*(135). https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115528399

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2.ª série*. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-123873047

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República, 2.ª série*(186).

Portugal. Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro: 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*(38). https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-522655

Portugal. Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto: Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários. *Diário da República, 1.ª série*(149). https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-571933

Portugal. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República, 1.ª série*(214). https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-222873535

Roman, N. V., Balogun, T. V., Butler-Kruger, L., Danga, S. D., de Lange, T., Human-Hendricks, A., Khaile, T., October, K. R., & Olabiyi, O. J. (2025). Strengthening family bonds: A systematic review of factors and interventions that enhance family cohesion. *Social Sciences, 14*(6), 371. https://doi.org/10.3390/socsci14060371

Rubinstajn, R., & Chazan, R. (2011). Mortality and comorbidity in hospitalized patients with COPD. *Pneumonologia i Alergologia Polska, 79*(5), 343–346.

Schmitt, C., Souza, S., Brinques, C., Silva, T., Silva, A., & Trimer, R. (2021). Funcionalidade da família dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Fisioterapia em Movimento, 34*, e333280. https://doi.org/10.1590/1809-2950/19033328022021

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *BI CSP – Indicadores das unidades de saúde familiar*. https://bicsp.min-saude.pt

Shamali, M., Konradsen, H., Lauridsen, J. T., & Østergaard, B. (2018). Translation and validation of the Danish version of the Brief Family Assessment Measure III in a sample of elderly acute patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(3), 1247–1253. https://doi.org/10.1111/scs.12541

Sveinbjarnardottir, E., Svavarsdottir, E., & Hrafnkelsson, B. (2012). Psychometric development of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ). *Journal of Family Nursing, 18*(3), 353–377. https://doi.org/10.1177/1074840712449204

Soares, V. L., Lemos, S., Barbieri-Figueiredo, M. d. C., Morais, M. C. S., & Sequeira, C. (2023). Ferramentas de avaliação da família no diabetes mellitus: Uma revisão sistemática das propriedades de medição. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(2), 1325. https://doi.org/10.3390/ijerph20021325

Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção. In *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 15–26). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39477/1/e-book-a.pdf

Unidade Local de Saúde da (2025). *Regulamento interno da ULS da (REG.ULS .001.V03)*. https://www.uls min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/34/2025/02/REG.ULS .001.V03-Regulamento-Interno-da-ULS .pdf

Universidade do Minho. (2026). *Despacho RT 38/2026*. https://alunos.uminho.pt/PT/estudantes/Formataes/1_Despacho_RT-38_2026.pdf

World Health Organization. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO guidelines 2013*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/93635

Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis.

Zhang, Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing, 27*(15–16), 3205–3224. https://doi.org/10.1111/jocn.14500

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para utilização do questionário

Carmo Gouveia<carmo.gouveia@gmail.com>

Responder | Responder a todos | Reencaminhar | ...

Para: Maria João Bermudes Pereira da Silva

qui, 10/07/2025 14:54

Cc: Cláudia Cristina Vieira Carvalho Oliveira Ferreira Augusto

Cara Maria João Bermudes Pereira da Silva,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.
Autorizo a utilização do Questionário de Funcionamento Expressivo da família (QFEF), desde que o referencie corretamente em publicações futuras desta investigação:

Gouveia M do CLV, Sveinbjarnardottir EK, Rodrigues MJB, Silva RMLB, Baptista MS, Henriques MAP. Translation, Cultural Adaptation, and Psychometric Validation of the European Portuguese Version of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ). *Journal of Family Nursing*. 2023;30(1):7-29. doi:10.1177/10748407231205038

Com os melhores cumprimentos,

Desejo-lhe os melhores sucessos

Maria do Carmo Lemos Vieira Gouveia

ANEXO II – Autorização dos coordenadores das USF da ULS

Exmo. Sr.

Coordenador da Unidade de Saúde Familiar

Da ULS
E.P.E.

Dr.

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Maria João Bermudes Pereira da Silva, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 55129, a exercer funções na ULS E.P.E. e simultaneamente a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola de Enfermagem da Universidade do Minho, vem por este meio, solicitar a V. Exª autorização para a realização do estudo de investigação "Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre a funcionalidade familiar".

Pretende-se descrever a perceção de funcionalidade expressiva das famílias dos indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e analisar a sua associação com a condição de saúde do individuo (comorbilidades, internamento no último ano, uso de tabaco, necessidade de oxigénio) e com as caraterísticas da família (tipo de família, etapa do ciclo de vida familiar), no sentido de produzir evidência para melhorar as intervenções de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

É um estudo de carácter exploratório, descritivo e correlacional de natureza quantitativa. A recolha dos dados será feita através da aplicação um questionário para a recolha de informação, incluindo a caracterização sociodemográfica, clínica e familiar.

Em todas as etapas serão salvaguardados os procedimentos éticos e assegurada a proteção dos dados dos participantes no estudo. Os participantes serão esclarecidos acerca dos objetivos do estudo, sendo informados das condições da sua participação. A participação no estudo é voluntária, podendo desistir do estudo em qualquer fase do processo de investigação.

Mais se informa, que o presente requerimento é parte integrante do processo submetido à Comissão de Ética para a Saúde da ULS

Pede-se a colaboração dos(as) profissionais de Enfermagem da unidade que coordena, na aplicação do questionário ao indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, mediante o consentimento informado do participante.

Grata pela colaboração,

Pede deferimento.

O investigador principal:

Maria João Bermudes Pereira da Silva

Mestranda Maria João Bermudes Pereira da Silva

mjbpsilva@ min-saude.pt

92

Declaro para os devidos efeitos que autorizo a realização do estudo de investigação "Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre a funcionalidade familiar", assegurando que esta unidade reúne as condições logísticas e humanas para a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Para a realização do referido estudo nesta unidade funcional, o elemento de ligação será o Enfermeiro

Dr. Coordenador

Coordenador da USF

ULS

(Vila do Conde, 15, Julho, de 2025)

Exmo. Srª.

Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar

Da ULS E.P.E.

Drª.

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Maria João Bermudes Pereira da Silva, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 55129, a exercer funções na ULS E.P.E. e simultaneamente a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola de Enfermagem da Universidade do Minho, vem por este meio, solicitar a V. Exª autorização para a realização do estudo de investigação "Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre a funcionalidade familiar".

Pretende-se descrever a perceção de funcionalidade expressiva das famílias dos indivíduos com DPOC e analisar a sua associação com a condição de saúde do indivíduo (comorbilidades, internamento no último ano, uso de tabaco, necessidade de oxigénio) e com as caraterísticas da família (tipo de família, etapa do ciclo de vida familiar), no sentido de produzir evidência para melhorar as intervenções de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

É um estudo de carácter exploratório, descritivo e correlacional de natureza quantitativa. A recolha dos dados será feita através da aplicação um questionário para a recolha de informação, incluindo a caracterização sociodemográfica, clínica e familiar.

Em todas as etapas serão salvaguardados os procedimentos éticos e assegurada a proteção dos dados dos participantes no estudo. Os participantes serão esclarecidos acerca dos objetivos do estudo, sendo informados das condições da sua participação. A participação no estudo é voluntária, podendo desistir do estudo em qualquer fase do processo de investigação.

Mais se informa, que o presente requerimento é parte integrante do processo submetido à Comissão de Ética para a Saúde da ULS E.P.E.

Pede-se a colaboração dos(as) profissionais de Enfermagem da unidade que coordena, na aplicação do questionário ao indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, mediante o consentimento informado do participante.

Grata pela colaboração,

Pede deferimento.

O investigador principal:

Maria João Bermudes Pereira da Silva

Mestranda Maria João Bermudes Pereira da Silva

mjbpsilva@ulsmin-saude.pt

92

Declaro para os devidos efeitos que autorizo a realização do estudo de investigação "Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre a funcionalidade familiar", assegurando que esta unidade reúne as condições logísticas e humanas para a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Para a realização do referido estudo nesta unidade funcional, o elemento de ligação será a Enfermeira

Del / A Coordenadora da USF

ULS

(Vila do Conde, 29, julho, de 2025)

ANEXO III – Autorização da Comissão de Ética da ULS

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Conselho de Administração

DELIBERAÇÃO

Projeto Investigação 24/25 - Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre funcionalidade familiar.

Pareceres, Despachos e Deliberação:

Deliberação do **Conselho de Administração da ULS**
27 de Novembro de 2025 às 11:21:11

O Conselho de Administração autorizou nos termos propostos. 2025-3823-ULSI - Projeto Investigação 24/25 - Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre funcionalidade familiar..

Resultado: Proposta Aprovada

Exposição:

Remete-se para aprovação proposta de implementação do Projeto Investigação 24/25 - Perceção do indivíduo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sobre funcionalidade familiar, o qual tem pareceres favoráveis da Comissão de Ética e Encarregado de Proteção de Dados.

ULS 27-11-2025

Autorizado em Reunião de CA 27 NOV. 2025

Presidente C.A. | Diretor Clínico CSH

Diretora Clínica CSP | Jurídico

Jurídico | Enfermeira Diretora

Impresso em ULS

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de recolha de dados

|__|__/__|__/__|__|DD MM AA Código |__|__|__|__|__|__|

Queira, por favor, responder às seguintes questões. Nas questões com mais do que uma opção de resposta, por favor, selecionar somente uma delas, assinalando com (X) a opção pretendida. Tenha em consideração que não existem respostas certas ou erradas.

Caracterização do Indivíduo

1. Qual é o seu sexo?
☐ Feminino
☐ Masculino

2. A sua idade está entre:
☐ 0 – 19 anos
☐ 20 – 34 anos
☐ 35 – 49 anos
☐ 50 – 64 anos
☐ 65 - 79 anos
☐ 80 - 94 anos
☐ + de 95 anos

3. Qual é o seu estado civil?
☐ Solteiro/a
☐ Casado/a ou em união de facto
☐ Viúvo/a
☐ Separado/a ou Divorciado/a

4. Qual o grau de ensino mais elevado que completou?
☐ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
☐ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
☐ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
☐ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
☐ Ensino Superior - Bacharelato
☐ Ensino Superior - Licenciatura
☐ Ensino Superior - Mestrado
☐ Ensino Superior - Doutoramento
☐ Outro (qual?) _____

Condição de Saúde

5. Qual é o ano de diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)? _____

6. Tem outra(s) doença(s)?
☐ Sim
☐ Não

6.1. Se sim, indique qual/quais:

- ☐ Diabetes *Mellitus*
- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Doença cardíaca
- ☐ Outras: _____

7. Teve necessidade de utilização de oxigénio no último ano?

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Nº de internamentos no último ano relacionados com a doença (DPOC): _____

19. É fumador?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9.1. Se não é fumador, já foi fumador no passado?

- ☐ Sim (indique há quanto tempo parou de fumar: _____)
- ☐ Não

9.2. Se é fumador, há quanto tempo? _____ (anos)

9.3. Se é fumador, quantos cigarros por dia, em média, consome? _____ cigarros

10. Habitualmente sente "falta de ar"?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10.1. Se sim, tem falta de ar em algum destes momentos?

- Em repouso (quando não está a fazer nenhuma atividade física)?
  - ☐ Sim
  - ☐ Não

- Quando faz atividade física moderada (por exemplo, andar, fazer tarefas domésticas...)
  - ☐ Sim
  - ☐ Não

- Quando faz atividade física vigorosa (fazer desporto, subir escadas, correr...)
  - ☐ Sim
  - ☐ Não

11. Quantos medicamentos faz habitualmente?

- ☐ até 4 medicamentos
- ☐ 5 ou + medicamentos

12. Qual é o rendimento mensal familiar?

☐ Menos do que o salário mínimo nacional (SMN) (menos de 870€)
☐ SMN (870€)
☐ Até duas vezes o SMN (até 1740€)
☐ Até três vezes o SMN (até 2610€)
☐ Mais de três vezes o SMN (mais de 2610€)

13. O agregado familiar é constituído por (considere como agregado familiar todas as pessoas que vivem na mesma casa consigo):

☐ Cônjuge
☐ Filho(s) (indique a(s) idade(s)): _____
☐ Irmão(s)
☐ Mãe
☐ Pai
☐ Outro(s), quem: _____

14. Nas seguintes questões, assinale com (X) a afirmação que melhor descreve a forma como a sua família tem reagido e habitualmente funcionado nas **últimas quatro semanas**. (Quando nos referimos à sua família, referimo-nos aos seus familiares que considera mais próximos).

	Quase sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Quase nunca
1. Os membros da família falam sobre os seus sentimentos.					
2. Os membros da família expressam-se de forma clara e honesta quando falam uns com os outros.					
3. Os membros da família encontram formas de ter conversas benéficas e honestas (ex: cara a cara, por telefone ou por correio eletrónico).					
4. Todos os membros da família têm conhecimento quando surgem problemas.					
5. Sei como todos, e cada membro da família, procedem quando um de nós está irritado.					
6. Sei a reação de todos os membros da família quando falam honestamente uns com os outros.					
7. Sei como os membros da família reagem quando se relacionam uns com os outros (isto refere-se ao comportamento, ex. bater portas, ficar em silêncio, oferecer qualquer coisa para comer, dar um tempo).					

	Quase sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Quase nunca
8. Sei quando os membros da minha família expressam os seus sentimentos. Ex: alegria, raiva e tristeza.					
9. Sei como os membros da minha família reagem quando um de nós se sente triste.					
10. Sei como os membros da minha família reagem quando digo o que penso.					
11. Apercebo-me da mudança das relações na família quando os problemas são resolvidos.					

	Quase sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Quase nunca
12. Sei a quem a maioria da minha família recorreria se necessitasse de falar com alguém.					
13. Se eu e a minha família tivermos outros problemas nas nossas vidas, sei como iremos lidar com eles.					
14. Sei o que cada membro da família faz em situações difíceis.					

	Quase sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Quase nunca
15. Sei o efeito que causa nos membros da minha família quando nos ajudamos uns aos outros nas tarefas domésticas diárias.					
16. Sei quem seria o primeiro a perceber se os membros da família funcionaram como uma equipa em vez de competirem uns com os outros.					
17. Sei como os membros da família se sentem quando todos são responsáveis pelas tarefas domésticas diárias.					

- OBRIGADA -

APÊNDICE II – Consentimento informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsinquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a informação que se segue. Em caso de dúvida ou se considerar que algo não está claro não hesite em solicitar as informações que considere necessárias. Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

Designação do Estudo: "Perceção do individuo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) sobre a funcionalidade familiar"

Enquadramento: Este estudo de investigação insere-se no âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, pela Enfermeira Maria João Bermudes Pereira da Silva (investigadora principal), sob a orientação da Professora Doutora Claúdia Augusto.

Explicação do estudo: Este estudo será realizado com os individuos com DPOC inscritos na e da Unidade Local de Saúde E.P.E. Este estudo apresenta como principais objetivos descrever a perceção dos individuos com DPOC acerca da funcionalidade expressiva das suas familias e analisar a sua associação com a condição de saúde do individuo (ano de diagnóstico, comorbilidades, internamento no último ano, uso de tabaco, necessidade de oxigénio e presença de dispneia) e com as caraterísticas da família (rendimento familiar, tipo de família e etapa do ciclo de vida familiar), no sentido de produzir evidência para melhorar as intervenções de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Com base nestes objetivos, será aplicado um questionário para a recolha de informação, incluindo a caracterização sociodemográfica, clínica e familiar.

Condições e financiamento: O presente estudo não recebeu qualquer financiamento. Obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULS para a sua realização.

Participação: A sua participação neste estudo é voluntária, sem custos associados, salientando-se que não existem compensações por despesas de deslocação ou outros incómodos. Poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem quaisquer consequências ou prejuízos futuros.

Confidencialidade e anonimato: A informação será tratada em concordância com o Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679 (RGPD) e demais legislação aplicável. Os dados recolhidos são confidenciais, associados a um código que não permite a sua identificação direta. A investigadora principal é a responsável pelo tratamento dos seus dados e a única pessoa que terá acesso a eles, estando obrigada ao sigilo profissional. A informação será recolhida apenas para fins de investigação científica, sendo guardada de forma anónima. Os dados recolhidos serão conservados durante o período de tempo necessário ao cumprimento das finalidades para as quais foram recolhidos, até um prazo máximo de 5 anos. Os dados serão utilizados apenas e só para os fins acima indicados.

Investigadores: Em meu nome, Maria João Bermudes Pereira da Silva (Mestranda) e da Professora Doutora Claúdia Augusto (Orientadora), agradeço antecipadamente a atenção por si disponibilizada. Qualquer dúvida poderá esclarecer através do email: mjbpsilva@_____.min-saude.pt.

Assinatura/s:

_____

Mestranda: Maria João Bermudes Pereira da Silva

_____

Professora Doutora Claúdia Cristina Vieira Carvalho Oliveira Ferreira Augusto

---

Eu, _____, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, desistir de participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura_____ Data: _____/_____/_____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E APRESENTA-SE EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E OUTRA PARA O PARTICIPANTE