Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Lília Maria Gonçalves Leite

Intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar que promovem a participação da Família no Autocuidado do Idoso com DPOC

abril de 2026

Intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar que promovem a participação da Família no Autocuidado do Idoso com DPOC

Lília Maria Gonçalves Leite

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Lília Maria Gonçalves Leite

Intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar que promovem a participação da Família no Autocuidado do Idoso com DPOC

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

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Rui Pereira

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 RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição
CC BY

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

AGRADECIMENTOS

À Enfermeira Rita, pela presença constante, pela humanidade e pela forma como, mesmo nos momentos mais exigentes, foi um verdadeiro farol neste percurso, iluminando caminhos e transmitindo segurança quando mais precisei. O meu sincero e profundo agradecimento.

Ao Docente Rui Pereira, pela escuta atenta, pela disponibilidade genuína e pela forma como sempre incentivou a reflexão crítica, desafiando-me a ir mais além e a crescer enquanto pessoa e profissional.

À equipa da USF e aos colegas do Mestrado, pela partilha, pela entreajuda e pela cumplicidade construída ao longo deste caminho, que tornaram cada desafio mais leve e cada conquista mais significativa.

À minha família, pelo amor incondicional, pela paciência nas ausências, pelo apoio silencioso e constante, e por serem, em todos os momentos, o meu porto seguro.

À minha estrela, presença invisível, mas profundamente sentida, que, mesmo em silêncio, guiou os meus passos e me deu força para continuar.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, fizeram parte deste percurso, pelo incentivo, pela palavra certa no momento certo e pela energia positiva que me ajudou a seguir em frente, deixo a minha mais sincera gratidão.

A todos, o meu sincero e sentido obrigado!

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.

Intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar que promovem a participação da Família no Autocuidado do Idoso com DPOC

RESUMO

O presente relatório integra-se na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, no ano letivo 2025/2026. Estrutura-se em duas partes complementares e interligadas, que articulam a componente teórico-prática com a componente empírica, promovendo a integração entre a prática clínica especializada e a produção de evidência científica. A primeira parte corresponde à componente teórico-prática, orientada para a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, em conformidade com os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018. Esta componente contempla a contextualização da Unidade de Saúde Familiar, a caracterização da população inscrita com particular enfoque no utente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), bem como o desenvolvimento de um estudo de caso familiar fundamentado no Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar. A segunda parte corresponde à componente empírica, materializada numa revisão *scoping* intitulada "Intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar que promovem a participação da família no autocuidado do idoso com DPOC", cujo objetivo consistiu em mapear a evidência científica disponível sobre intervenções de enfermagem promotoras da participação familiar no processo de autocuidado. A revisão foi conduzida segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), com pesquisa estruturada em bases de dados cientificas e repositórios de acesso aberto, tendo resultado na inclusão de sete estudos para análise final. Os resultados evidenciam que a participação da família constitui um elemento central na promoção do autocuidado da pessoa idosa com DPOC, reforçando o papel do enfermeiro de saúde familiar enquanto facilitador, educador e mediador de processos de capacitação familiar. Em articulação, as duas componentes do trabalho demonstram a integração entre prática clínica especializada e investigação, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem crítica, autónoma, baseada na evidência e orientada para ganhos efetivos em saúde.

Palavras-chave: Autocuidado, DPOC, Enfermagem de Saúde Familiar, Família, Síntese de Conhecimento.

Nursing Interventions by the Family Health Nurse that Promote Family Participation in the Self-Care of the Elderly Person with COPD

ABSTRACT

This report is part of the Professional Internship with Report course unit of the Master's degree in Community Nursing, in the area of Family Health Nursing, at the School of Nursing of the University of Minho, in the academic year 2025/2026. It is structured in two complementary and interconnected parts, which articulate the theoretical-practical component with the empirical component, promoting the integration between specialized clinical practice and the production of scientific evidence. The first part corresponds to the theoretical-practical component, oriented towards the acquisition and consolidation of the common and specific competences of the specialist nurse in Family Health Nursing, in accordance with Regulations No. 140/2019 and No. 428/2018. This component includes the contextualization of the Family Health Unit, the characterization of the registered population with particular focus on the user with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), as well as the development of a family case study based on the Calgary Family Assessment and Intervention Model. The second part corresponds to the empirical component, materialized in a scoping review entitled "Interventions of the Family Health Nurse that promote family participation in the self-care of the elderly with COPD," whose objective was to map the available scientific evidence on nursing interventions that promote family participation in the self-care process. The review was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, with structured research in scientific databases and open access repositories, resulting in the inclusion of seven studies for final analysis. The results show that family participation is a central element in promoting self-care in elderly people with COPD, reinforcing the role of the family health nurse as a facilitator, educator, and mediator of family empowerment processes. In articulation, the two components of the work demonstrate the integration between specialized clinical practice and research, contributing to the development of a critical, autonomous, evidence-based nursing practice oriented towards effective health gains.

Keywords: Self-care, COPD, Family Health Nursing, Family, Synthesis of Knowledge.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APGAR - *Adaptability,Partnership, Growth,Affection,Resolve*

ATS/ERS - *American Thoracic Society/ European Respiratory Society*

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro de Família

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

ENPR - Estágio de Natureza Profissional

IPO - Instituto Português de Oncologia

GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

JBI-*Joanna Briggs Institute*

MCAF - Modelo *Calgary* de Avaliação da Família

MCAIF - Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF - Modelo *Calgary* de Intervenção da Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCC - População, Conceito, Contexto

P.N.C.C. Risco: Hipertensão - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

P.N. Diabetes - Programa Nacional para a Diabetes

P.N.S.R . - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

PPCIRA - Programa para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI - Reda Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAC - Serviço de Atendimento Complementar

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

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

AGRADECIMENTOS vi

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE vii

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

RESUMO viii

ABSTRACT ix

ÍNDICE xii

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS xv

INTRODUCÃO 1

PARTE I - COMPONENTE TEÓRICA-PRÁTICA 3

1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR 4

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FUNCIONAL 4

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULACAO INSCRITA 6

1.3 CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DA ENFERMEIRA DE FAMÍLIA 6

1.4 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM MEMBROS PORTADORES DE DPOC 8

1.4.1 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM 11

2. ESTUDO DA FAMÍLIA 13

2.1 APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA A 14

2.2 MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO 15

2.2.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL 15

2.2.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO 20

2.2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL 21

2.3 MODELO DE CALGARY DE INTERVENÇÃO FAMILIAR 25

2.3.1 REGISTOS NO SCLÍNICO - DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES 27

2.3.2 AVALIAÇÃO GLOBAL E INTERVENÇÕES FUTURAS 28

3. ANÁLISE CRITICO-REFLEXIVA DO DESEMPENHO DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS 30

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS 31

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS 33

PARTE II- COMPONENTE EMPÍRICA 43

4. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR NA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO AUTOCUIDADO DO IDOSO COM DPOC: UMA REVISÃO *SCOPING* 44

4.1. ENQUADRAMENTO 44

4.2. METODOLOGIA 47

4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 47

4.2.2 ESTRATÉGIAS DE PESQUISA, IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO E PROCESSO DE SELEÇÃO 48

4.2.3 RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS 49

4.3 RESULTADOS 50

4.4 DISCUSSÃO 71

4.4.2 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA 74

4.4.3 DIREÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA 75

5. CONCLUSÃO 77

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79

ANEXOS 84

ANEXO 1- PÓSTER: PROMOÇÃO DA CESSAÇÃO TABÁGICA EM UTENTE COM DPOC: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE FAMILIAR 85

ANEXO 2- PROCEDIMENTO "AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR" 88

ANEXO 3- PÓSTER: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM ENFERMAGEM: PROPOSTA DE PROCEDIMENTO A IMPLEMENTAR NUMA ULS DO NORTE DE PORTUGAL 129

ANEXO 4- FORMAÇÃO INTERNA SOBRE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR 131

ANEXO 6- FORMAÇÃO INTERNA SOBRE PROMOÇÃO DA UTILIZAÇÃO CORRETA DE INALADORES PELO UTENTE E FAMILIA 155

ANEXO 7 -PÓSTER: CADA RESPIRAÇÃO CONTA: O ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR NA GESTÃO DA DPOC 167

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APGAR - *Adaptability,Partnership, Growth,Affection,Resolve*

ATS/ERS - *American Thoracic Society/ European Respiratory Society*

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro de Família

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

ENPR - Estágio de Natureza Profissional

IPO - Instituto Português de Oncologia

GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

JBI-*Joanna Briggs Institute*

MCAF - Modelo *Calgary* de Avaliação da Família

MCAIF - Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF - Modelo *Calgary* de Intervenção da Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCC - População, Conceito, Contexto

P.N.C.C. Risco: Hipertensão - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

P.N. Diabetes - Programa Nacional para a Diabetes

P.N.S.R . - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

PPCIRA - Programa para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI - Reda Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAC - Serviço de Atendimento Complementar

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos 6

Figura 2: Diagrama de MCAF 15

Figura 3. Genograma da Familia A 17

Figura 4. Ecomapa da Familia A 18

Figura 5 . Escala de Graffar Adaptada 19

Figura 6. Diagrama do fluxo PRISMA ScR 52

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Dados da Lista da enfermeira de família - MIM@UF- 03/2026 8

Quadro 2. Avaliação da Estrutura Interna do MCAF 16

Quadro 3. Avaliação instrumental do MCAF 22

Quadro 4. Avaliação Expressiva do MCAF 23

Quadro 5. Intervenção Familiar do Modelo de Calgary (MCIF) 26

Quadro 6. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem-CIPE® 27

Quadro 7. Estudos incluídos na revisão scoping 65

“Success is not final, failure is not fatal: it is the courage to continue that counts.”

Winston Churchill

INTRODUCÃO

O presente relatório integra o Estágio de Natureza Profissional (ENPR) Curricular do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Este documento descreve e analisa a experiência desenvolvida ao longo do estágio, realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte, decorrido entre 15 de setembro e 31 de janeiro de 2026. O ENPR teve a duração total de 840 horas, distribuídas por 610 horas de estágio, 30 horas e 200 horas de trabalho autónomo, ao longo de 18 semanas. A supervisão clínica foi assegurada pela Enfermeira Rita Mota, Especialista em Enfermagem Comunitária e pelo Professor Rui Pereira**.**

Este percurso formativo insere-se na evolução da Enfermagem de Saúde Familiar, cuja prática é sustentada por evidência científica, investigação e políticas de saúde adaptadas às exigências dos Cuidados de Saúde Primários (Melo, 2021). O Enfermeiro Especialista desempenha um papel central na promoção da saúde, adotando uma abordagem sistémica centrada na família, entendida como uma unidade dinâmica, relacional e promotora de saúde (Figueiredo, 2023).

A família constitui o principal contexto onde os comportamentos de saúde são aprendidos, praticados e mantidos, sendo, por isso, um elemento-chave para a intervenção eficaz do enfermeiro. Compreender a sua estrutura, funções e interações familiares é essencial para orientar cuidados individualizados e ajustados às necessidades especificas de cada sistema familiar. (Friedman et al.,2013).

Neste âmbito, a prática clínica representa uma etapa indispensável ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista, na medida em que possibilita a integração do conhecimento teórico com a reflexão crítica e a investigação, permitindo uma intervenção fundamentada em contextos reais, centrados nas famílias e nos seus desafios concretos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O presente relatório tem como objetivo caracterizar, de forma sistematizada e crítica, as etapas subjacentes à sua elaboração enquanto documento profissional, bem como analisar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Neste âmbito, pretende-se desenvolver uma reflexão crítica sobre as atividades realizadas, evidenciando o processo de aquisição e consolidação de competências no domínio da

avaliação e intervenção familiar. Estas competências são sustentadas por referenciais teóricos robustos, que serão abordados de forma específica ao longo do relatório, e pela melhor evidência científica disponível, nomeadamente através da análise de estudos de caso. Paralelamente, procura-se demonstrar competências metodológicas e de investigação mediante o desenvolvimento de um estudo empírico, contribuindo para a consolidação de uma prática profissional reflexiva, crítica e fundamentada, orientada para a excelência dos cuidados e para a promoção da saúde familiar.

Estruturalmente, o relatório organiza-se em duas partes complementares: Parte I – Componente Teórico-Prática e Parte II – Componente Empírica. A Parte I integra a contextualização da Unidade de Saúde Familiar (USF), a caracterização da lista de utentes da enfermeira tutora, com especial enfoque na população com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), e o desenvolvimento de um estudo de caso familiar fundamentado no Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF). Segue-se uma análise crítica do desempenho desenvolvido, à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, evidenciando o processo de aquisição e consolidação de competências. A Parte II corresponde à componente empírica, consistindo na realização de uma revisão *scoping* subordinada ao tema "Intervenções do enfermeiro de saúde familiar que promovem a participação da família no autocuidado do idoso com DPOC". Esta parte inclui a apresentação e sistematização dos principais resultados, a sua análise crítica e discussão, bem como a identificação de lacunas no conhecimento existente. São ainda evidenciadas implicações para a prática baseada na evidência e contributos para o desenvolvimento científico da Enfermagem de Saúde Familiar.

Assim, este relatório final de estágio constitui um marco essencial no processo de construção e consolidação de competências, representando o culminar de uma etapa intensa, desafiante e profundamente formativa. Reflete um percurso de transformação pessoal e profissional, sustentado na reflexão crítica e na evidência científica, que sustenta uma prática de enfermagem mais consciente, autónoma e centrada na família, orientada para a excelência dos cuidados e para a promoção da saúde comunitária.

PARTE I - COMPONENTE TEÓRICA-PRÁTICA

1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O conhecimento aprofundado da história de vida da população, bem como das infraestruturas disponíveis e das redes formais e informais de apoio, constitui um pilar estruturante para uma gestão dos cuidados de saúde que se pretende eficaz, informada e sensível à complexidade dos contextos de vida dos utentes. Esta compreensão integrada, de natureza sistémica, permite não apenas uma resposta mais ajustada às necessidades individuais e familiares, mas também a promoção de processos de capacitação e empoderamento, favorecendo a autonomia dos cidadãos na gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários à prestação de cuidados (Organização Mundial da Saúde, 2009).

À luz dos pressupostos da Enfermagem de Saúde Familiar e sustentado no Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), o indivíduo é compreendido como parte integrante de um sistema familiar dinâmico, no qual as interações, crenças e padrões relacionais influenciam os processos de saúde-doença (Wright & Leahey, 2013).

Neste enquadramento, torna-se imprescindível o desenvolvimento de uma análise contextualizada, sistemática e criticamente fundamentada do contexto onde decorreu a prática especializada, possibilitando a identificação de determinantes de saúde, recursos disponíveis e potenciais constrangimentos. Tal abordagem sustenta a adequação, intencionalidade e reflexividade das intervenções de enfermagem, contribuindo para a promoção de cuidados centrados na pessoa e na família, alicerçados nos princípios da prática baseada na evidência.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FUNCIONAL

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, iniciada em 2005, teve como principal objetivo promover maior equidade no acesso aos cuidados de saúde. Neste contexto, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF), que introduziram uma nova dinâmica organizacional nos centros de saúde, orientada para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a obtenção de ganhos em saúde. Estas unidades caracterizam-se por autonomia organizativa, funcional e técnica, funcionando de forma articulada com outras unidades do Centro de Saúde ou da Unidade Local de Saúde (ULS) (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho).

Inserida num contexto predominantemente rural da região Norte, a unidade onde decorreu o estágio constitui uma estrutura de Cuidados de Saúde Primários integrada numa ULS, destacando-se pela autonomia organizativa, contratualização de objetivos e avaliação de desempenho. A sua missão centra-se na prestação de Cuidados de Saúde Primários personalizados, globais, integrados e de qualidade aos utentes e famílias inscritos. A visão orienta-se para a prestação de cuidados de excelência, fundamentados em princípios éticos, humanos e técnicos, promovendo a melhoria contínua, a participação e a responsabilidade dos profissionais e utentes, com vista à obtenção de ganhos em saúde e à satisfação de todos os intervenientes. Entre os valores que orientam a atuação da unidade destacam-se a cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, melhoria contínua e gestão participativa (BI-CSP, 2026).

O edifício onde se insere a USF é partilhado com outras unidades funcionais, permitindo uma articulação integrada dos cuidados. Entre estas unidades destacam-se o Serviço de Atendimento Complementar (SAC), que assegura atendimento médico e de enfermagem aos fins de semana e feriados; a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), centrada na parentalidade, saúde escolar e cuidados domiciliários; a Unidade de Saúde Pública (USP), responsável pela intervenção técnico-assistencial e pelo exercício da autoridade de saúde; e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que disponibiliza serviços nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Medicina Dentária, Cardiopneumologia e Imagiologia. Esta proximidade funcional permite a implementação de cuidados integrados e coordenados, potenciando respostas mais eficientes às necessidades da população.

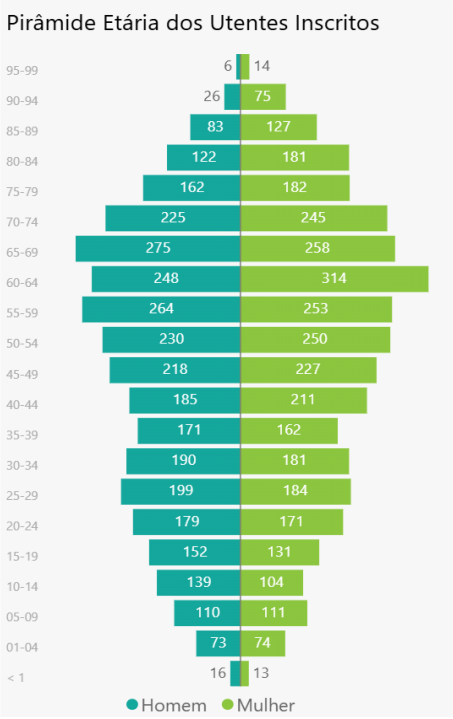
Segundo dados da plataforma BI-CSP (março de 2026), a unidade conta com 6741 utentes inscritos e dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por 11 profissionais, incluindo quatro médicos, quatro enfermeiras — uma das quais especialista em Enfermagem Comunitária — e três secretários clínicos. A organização da equipa permite assegurar a prestação contínua de cuidados de saúde primários, promovendo a articulação entre os diferentes profissionais e garantindo uma abordagem centrada no utente e na família.

A área de influência da USF abrange seis freguesias e, segundo os Censos de 2021, registou-se um decréscimo populacional de cerca de 1100 habitantes relativamente a 2011. A região apresenta um índice de envelhecimento de 289,9, significativamente superior à média nacional (181,3), bem como um índice de dependência de 63,62, acima do valor nacional (49). Estes indicadores refletem a

realidade demográfica de envelhecimento e despovoamento característica das zonas rurais (PORDATA, 2021), reforçando a necessidade de uma abordagem de cuidados contínua e adaptada às especificidades do território. Dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, a Unidade de Saúde Familiar (USF) presta cuidados de saúde personalizados à população local e, pontualmente, a utentes provenientes de áreas limítrofes, ajustando a sua intervenção às necessidades específicas de cada comunidade. A atuação da unidade centra-se na garantia de cuidados acessíveis, continuados, integrados e de qualidade, abrangendo todas as fases do ciclo de vida. Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel central não só na vigilância da saúde, na prevenção da doença e na gestão dos cuidados, mas também na promoção da saúde, enquanto processo fundamental para o desenvolvimento de capacidades individuais e familiares.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULACAO INSCRITA

Figura 1. *Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos*



Nota*:* Bilhete de Identidade dos CSP (acedido em março de 2026

Conforme ilustrado na Figura 1, a Unidade de Saúde Familiar (USF) conta com um total de 6.741 utentes inscritos, dos quais 3.273 são do sexo masculino e 3.468 do sexo feminino. A distribuição etária evidencia uma predominância nas faixas entre os 50 e os 74 anos, refletindo uma estrutura demográfica envelhecida. Observa-se ainda uma diminuição da população nas faixas etárias mais jovens, especialmente a partir dos 30 anos. Os utentes estão organizados em quatro listas médicos e quatro listas de enfermagem, assegurando a cobertura integral por médico e enfermeiro de família.

1.3 CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DA ENFERMEIRA DE FAMÍLIA

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) desempenha um papel central, particularmente nas Unidades de Saúde Familiar (USF), onde, de acordo com o Decreto-Lei n.º 73/2017, Artigo 7.º, os enfermeiros que integram estas unidades devem possuir o título de

especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Decreto-Lei n.º 103/2023). Complementarmente, o Decreto-Lei n.º 298/2007, Artigo 9.º, estabelece que os utentes inscritos com cada médico e enfermeiro de família sejam registados numa lista estruturada, privilegiando a organização familiar.

No caso específico da Enfermeira de Família (EF) acompanhada, a lista de utentes integra 1625 indivíduos, distribuídos por 250 famílias, refletindo distintas tipologias e necessidades de cuidados. A análise detalhada desta lista permite à EF obter uma visão global da população sob sua responsabilidade, possibilitando o planeamento de estratégias de intervenção mais consistentes e a prestação de cuidados personalizada, equitativa e adaptada às necessidades individuais e familiares.

O Regulamento n.º 743/2019, que define a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros (OE), estabelece como limite máximo o rácio de um enfermeiro para 1550 utentes ou um enfermeiro para 350 famílias por USF. Este parâmetro encontra-se alinhado com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Ordem dos Enfermeiros, 2023). No entanto, a lista da EF em análise excede o número de utentes recomendado, evidenciando um desvio relativamente às diretrizes estabelecidas.

A organização dos cuidados é estruturada com base na área geográfica de residência dos utentes, permitindo uma gestão mais eficiente dos cuidados domiciliários, especialmente considerando a dispersão territorial e o isolamento de algumas zonas.

O quadro 1 apresenta dados recolhidos ao longo do estágio, provenientes de diferentes momentos e sistemas informáticos, o que pode justificar eventuais discrepâncias. A composição demográfica da lista evidencia características relevantes da população acompanhada: das 1625 pessoas inscritas, incluindo 250 famílias, destacam-se 4 crianças com menos de um ano, dez crianças com dois anos de idade, 250 mulheres em idade fértil (15–49 anos) e 630 idosos, evidenciando uma comunidade envelhecida com necessidades acrescidas de vigilância e cuidados continuados. No que se refere à integração em Programas Nacionais de Saúde, a análise da lista de utentes revelou a presença de 4 utentes no Programa Nacional de Saúde Materna, 189 no Programa Nacional de Diabetes Mellitus e 486 no Programa Nacional das Doenças Cérebro-Cardiovasculares – Hipertensão Arterial. Adicionalmente, identificaram-se 22 famílias com membros portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). (MIM@UF, outubro de 2025).

Quadro 1. *Dados da Lista da enfermeira de família - MIM@UF- 03/2026*

Utentes	1625
Famílias	250
Mulheres em Idade fértil (15-49 anos)	250
Crianças até ao 1º ano de vida	4
Crianças até ao 2ºano de vida	10
Idosos	630
P.N. Saúde Materna	4
P.N. Diabetes Mellitus	189
P.N.D.C.C. Hipertensão Arterial	486

A análise aprofundada da lista de utentes permite à Enfermeira de Família identificar padrões epidemiológicos e sociais da população, apoiando a implementação de cuidados de saúde mais direcionados e eficientes. Esta prática favorece intervenções proativas e contribui para a promoção da equidade e da qualidade dos cuidados prestados (Pascoal & Souza, 2021).

1.4 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM MEMBROS PORTADORES DE DPOC

A lista de utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) sob acompanhamento da enfermeira de família integra 22 famílias, nas quais se identifica pelo menos um membro portador da patologia. Foram realizadas consultas presenciais a 18 famílias, correspondendo a 81,8 % do total. Das quatro famílias que não participaram, uma reside fora do concelho (4,5 %) e três recusaram a consulta (13,6 %).

Relativamente à localização geográfica das famílias acompanhadas (n=18), verifica-se que duas residem na vila (9,1 %), quatro a cerca de 8 km (18,2 %), oito a aproximadamente 15 km (36,4 %) e cinco a cerca de 27 km (22,7 %) da Unidade de Saúde. Esta distribuição evidência um contexto predominantemente rural, no qual a distância aos serviços de saúde, associada à limitada disponibilidade de transportes públicos, constitui um fator limitador no acesso e na continuidade dos cuidados. A literatura aponta que a inacessibilidade física pode conduzir a diagnósticos tardios, menor

adesão terapêutica e aumento do risco de complicações em doenças respiratórias crónicas (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2021).

As idades dos utentes com DPOC variam entre 53 e 83 anos, sendo doze do sexo masculino (66,7 %) e seis do sexo feminino (33,3 %). Estes dados são consistentes com a evidência científica, que demonstra maior prevalência da DPOC em indivíduos mais idosos e com exposição prolongada a fatores de risco, nomeadamente o tabagismo (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2023).

No que concerne às condições habitacionais, a maioria das famílias reside em moradia (15 famílias; 83,3 %), sendo as restantes três em apartamento (16,7 %). Em termos de regime de ocupação, onze habitações são próprias (61,1 %), cinco arrendadas (27,8 %) e duas cedidas (11,1 %). Relativamente à tipologia, predominam habitações T2 (61,1 %), seguindo-se T3 ou superiores (38,9 %). Quanto ao estado de conservação, oito habitações encontram-se em bom estado (44,4 %) e dez em estado razoável (55,6 %). No que respeita ao conforto habitacional, onze apresentam boas condições (61,1 %), seis razoáveis (33,3 %) e uma com condições insatisfatórias (5,6 %).

Relativamente às infraestruturas, dezasseis habitações possuem instalações sanitárias no interior (88,9 %) e duas no exterior (11,1 %). Quanto ao sistema de aquecimento, verifica-se predominância de aquecimento local (72,2 %) em detrimento do aquecimento central (27,8 %). Destaca-se ainda que quinze habitações apresentam barreiras arquitetónicas (83,3 %), fator particularmente relevante num contexto de envelhecimento e doença respiratória crónica, podendo comprometer a mobilidade, autonomia e segurança dos utentes, com impacto direto na sua qualidade de vida e gestão da doença.

A classificação socioeconómica, baseada na Escala de Graffar de Smilkstein, revelou que uma família pertence à classe baixa (4,5 %), seis à classe média-baixa (27,3 %), dez à classe média (45,5 %) e duas à classe média-alta (9,1 %). Apesar da predominância de famílias de classe média, foram referidas dificuldades económicas relacionadas com despesas em medicação, transporte e aquecimento, o que poderá comprometer a adesão terapêutica e a gestão eficaz da doença (Marmot et al., 2020).

No domínio da espiritualidade, todas as famílias se identificaram como católicas praticantes, utilizando a fé como estratégia de *coping* e suporte emocional. Esta dimensão assume particular relevância no contexto da doença crónica, contribuindo para o bem-estar psicológico, adaptação à condição de saúde e reforço da resiliência familiar (Koenig, 2012).

Relativamente ao tipo de família, observa-se um predomínio de famílias nucleares, correspondendo a 15 casos (83,3 %), em comparação com 3 famílias alargadas (16,7 %). No que concerne ao ciclo vital familiar, de acordo com o modelo de Duvall (1991), verifica-se que 2 famílias (11,1 %) se encontram na fase de famílias com filhos adultos jovens, correspondente ao período de saída dos filhos de casa ("*launching family*"), 3 famílias (16,7 %) na fase de meia-idade, também designada por "*empty nest*" (intervalo entre a saída do último filho e a reforma), e 13 famílias (72,2 %) na fase de famílias idosas. Este predomínio de fases avançadas do ciclo vital associa-se a um aumento das necessidades de cuidados de saúde, maior dependência funcional e maior vulnerabilidade social, exigindo intervenções de enfermagem centradas na promoção da autonomia, no suporte familiar e na continuidade dos cuidados.

No que concerne aos hábitos tabágicos, foram identificadas três famílias com utentes fumadores sem tentativas prévias de cessação, correspondendo a 16,7 % da amostra. Durante as consultas de enfermagem, foi realizada educação para a saúde, com enfoque nos riscos do tabagismo no contexto da DPOC e na promoção da cessação tabágica. Um dos utentes (5,6 %) demonstrou motivação para abandonar o consumo, aceitando acompanhamento, evidenciando o potencial impacto positivo de intervenções educativas no contexto individual e familiar.

Globalmente, os resultados evidenciam uma população envelhecida, inserida num contexto predominantemente rural, marcada pela presença de barreiras estruturais e vulnerabilidades socioeconómicas, fatores que, em conjunto, podem influenciar significativamente a gestão da DPOC e o acesso aos cuidados de saúde (Marmot, 2020). Neste contexto, destaca-se a relevância da família enquanto elemento central na organização, adaptação e resposta às exigências impostas pela doença crónica, influenciando diretamente a adesão terapêutica, o suporte ao doente e a capacidade de adaptação familiar, conforme preconizado pelo Modelo de Intervenção Familiar de Calgary (Wright & Leahey, 2013). Estes resultados reforçam a importância de intervenções comunitárias integradas, centradas não só na promoção da acessibilidade, na educação terapêutica e na adaptação do ambiente domiciliário, mas também no fortalecimento das dinâmicas e competências familiares, potenciando a capacitação da família enquanto unidade de cuidados e parceira ativa no processo terapêutico.

1.4.1 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Com base na avaliação detalhada das famílias e na identificação de fatores de risco individuais, familiares e contextuais, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem familiar mais frequentes, que serviram de base para o planeamento de intervenções:

- Processo familiar comprometido
- Papel parental comprometido
- Habitação insegura
- Precaução de segurança: barreiras arquitetónicas/aquecimento
- Rendimento insuficiente
- Conhecimento insuficiente sobre a doença
- Gestão do regime terapêutico comprometido
- Adesão regime terapêutico comprometida
- Abuso de tabaco

Para responder aos diagnósticos de enfermagem identificados, foi elaborado um plano de intervenção implementado em cada consulta familiar, com enfoque na abordagem holística, centrada na família e integrada com os recursos de saúde disponíveis**.** Este plano incluiu estratégias educativas, preventivas, de adaptação ambiental, suporte social e fortalecimento das dinâmicas familiares, com o objetivo de promover a saúde, prevenir complicações e fortalecer a autonomia dos utentes com DPOC.

As intervenções foram estruturadas de acordo com o modelo de intervenção familiar de Calgary, considerando as dimensões afetiva, cognitiva e comportamental**.** Na dimensão afetiva, as ações visaram reforçar o suporte emocional, a comunicação familiar e a coesão entre os membros, promovendo estratégias de *coping* coletivo e adaptação às dificuldades impostas pela doença crónica. Na dimensão cognitiva, foram realizadas sessões educativas familiares sobre a DPOC, incluindo fisiopatologia, fatores de risco, sinais de exacerbação, medidas preventivas e autocuidado, complementadas com materiais informativos adaptados às necessidades e níveis de compreensão de cada família.

Na dimensão comportamental, implementaram-se programas de cessação tabágica, intervenções de motivação para abandono do tabaco, visitas domiciliárias para avaliação do ambiente, identificação e adaptação de barreiras arquitetónicas, além do encaminhamento para recursos sociais e médicos

quando necessário, promovendo mudanças concretas nos hábitos e práticas de cuidado da família. Destacam-se, neste contexto, três visitas domiciliárias realizadas em articulação com a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), no âmbito de um projeto piloto denominado "Viver com DPOC"**,** que permitiu a avaliação direta do ambiente doméstico, implementação de adaptações para mobilidade, segurança e autonomia, e apoio familiar na gestão da doença crónica.

Em articulação com o médico de família, foram realizadas recomendações específicas sobre espirometria, exame fundamental para o diagnóstico precoce da DPOC, orientações sobre vacinação preventiva**,** incluindo vacinação antipneumocócica e vacinação anual contra a gripe, contribuindo para a redução do risco de infeções respiratórias graves, exacerbações da doença e hospitalizações (GOLD, 2023).

A integração de cuidados multidisciplinares é essencial para a gestão da DPOC, uma vez que o tratamento desta doença crónica não se limita a intervenções isoladas. Uma abordagem multidimensional é necessária, considerando de forma simultânea os determinantes clínicos, sociais, económicos, ambientais e familiares (Marmot, 2020). O envolvimento da família proporciona suporte emocional, favorece a adesão ao regime terapêutico, facilita a adoção de mudanças comportamentais e contribui de forma significativa para a preservação da autonomia e da qualidade de vida dos utentes. Deste modo, reforça-se o papel da família como um pilar central e indissociável no cuidado, evidenciando a importância de abordagens integradas, centradas na família e na comunidade.

2. ESTUDO DA FAMÍLIA

No âmbito da vigilância familiar, nas consultas de DPOC, este agregado foi selecionado para acompanhamento tendo em conta a situação clínica de um dos elementos, o contexto social e habitacional, bem como os desafios decorrentes da dinâmica familiar e das condições de isolamento geográfico.

O acompanhamento desenvolvido teve como principal referencial teórico o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MAIFC), o qual sustentou a análise da estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, bem como a identificação das necessidades e áreas de intervenção. Este modelo permitiu uma compreensão sistémica da família, facilitando a identificação de padrões de interação, recursos e dificuldades no contexto do cuidado à pessoa com DPOC.

Paralelamente, foram integrados contributos da Teoria das Transições de Meleis, particularmente relevantes no contexto do processo de adaptação da família à condição crónica de saúde. Esta perspetiva permitiu compreender a experiência de transição vivenciada pela família, evidenciando a necessidade de suporte de enfermagem na promoção da adaptação, reorganização de papéis familiares e desenvolvimento de competências de autocuidado ao longo do percurso da doença (Meleis, 2010).

Complementarmente, foi considerada a Perspetiva das Forças de Gottlieb, que orientou a intervenção para a identificação e valorização dos recursos internos e externos da família. Esta abordagem revelou-se particularmente pertinente no caso estudado, permitindo reconhecer competências já existentes no sistema familiar, como a capacidade de cooperação, o envolvimento no cuidado e a disponibilidade para a aprendizagem, elementos essenciais para a promoção da autonomia e do fortalecimento das capacidades familiares (Gottlieb, 2013).

Assim, a articulação destes referenciais teóricos com a análise do caso familiar permitiu uma abordagem mais abrangente e centrada na família, potenciando intervenções de enfermagem ajustadas às necessidades reais, às transições vivenciadas e às forças identificadas no sistema familiar, com impacto na promoção de cuidados integrados e eficazes.

A entrevista familiar foi realizada na Unidade de Saúde Familiar (USF), contando com a participação dos três membros do agregado. Esta abordagem permitiu uma avaliação abrangente e integrada da

realidade familiar, considerando tanto a dinâmica relacional como os aspetos individuais de cada elemento. Para fins de confidencialidade, a família será designada de forma ficcionada como **Família A.**

2.1 APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA A

A Família A é constituída pelo casal J e F, ambos reformados, e por um filho adulto, solteiro, que reside com os pais. O agregado familiar inclui ainda quatro filhos adultos a residir na Bélgica, mantendo contacto regular à distância, embora com visitas presenciais pouco frequentes.

O elemento J (marido) tem dois irmãos, que residem longe, não mantendo contacto regular. F (esposa) é filha única, não dispondo de rede de apoio fraterna.

A família reside em meio rural, numa habitação própria, situada em isolamento geográfico, a cerca de 11 km da vila mais próxima, não dispondo de viatura própria, o que condiciona significativamente o acesso a serviços, cuidados de saúde e recursos comunitários.

A habitação é de tipologia T3, em razoável estado de conservação, constituída por dois andares. O rés do chão é composto por garagem, e o primeiro andar integra três quartos, sala, cozinha e casa de banho. O aquecimento da habitação é assegurado através de lareira, garantindo conforto térmico ao agregado.

Apesar da reforma, o casal mantém uma rotina ativa, sendo responsável pela criação de ovelhas, que conduz diariamente ao pasto. Esta atividade integra a organização do quotidiano familiar e constitui uma fonte de ocupação e sustento. O filho residente no domicílio, desempregado, colabora nas tarefas diárias, desempenhando um papel relevante no apoio aos pais.

O elemento J é fumador há cerca de 40 anos, encontrando-se em seguimento em consulta de pneumologia, com indicação médica para cessação tabágica, referindo nunca ter tentado deixar de fumar. Apresenta dispneia para pequenos esforços e tosse persistente, sobretudo no período da manhã, sintomas que interferem nas atividades diárias e na sua qualidade de vida.

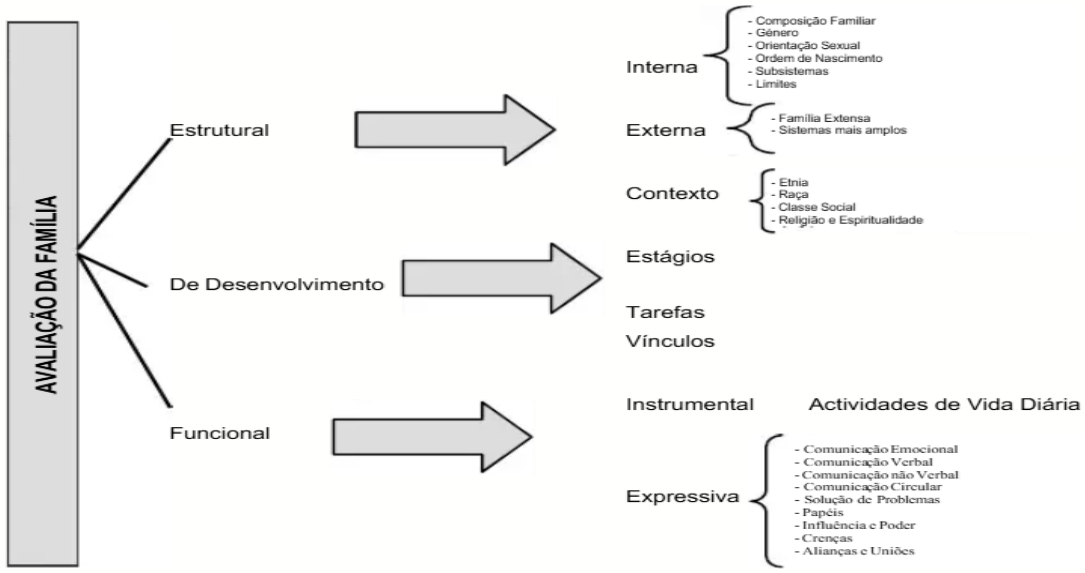
O consumo de tabaco constitui um fator de conflitualidade familiar, gerando tensão na relação conjugal e na relação com os filhos, que manifestam preocupação com o estado de saúde do pai. F assume um

papel central na organização do agregado familiar, demonstrando preocupação constante com a saúde do marido, sendo esta situação fonte de desgaste emocional.

2.2 MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO

O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (MAFC) constitui uma estrutura multidimensional que permite a análise da família em três grandes categorias: estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Estas categorias englobam diversas subcategorias que possibilitam uma compreensão global da dinâmica familiar, não sendo obrigatória a avaliação exaustiva de todas, dependendo do contexto e dos objetivos da intervenção. (Wright& Leahey, 2013). A figura seguinte, representa o MCAF:

Figura 2: *Diagrama de MCAF*



Nota: Adaptado de *Wright e Leahein* (2013)

2.2.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural da Família A contempla a análise da estrutura interna, estrutura externa e do contexto, permitindo compreender a composição familiar, as relações estabelecidas entre os seus membros e os sistemas mais amplos com os quais a família interage.

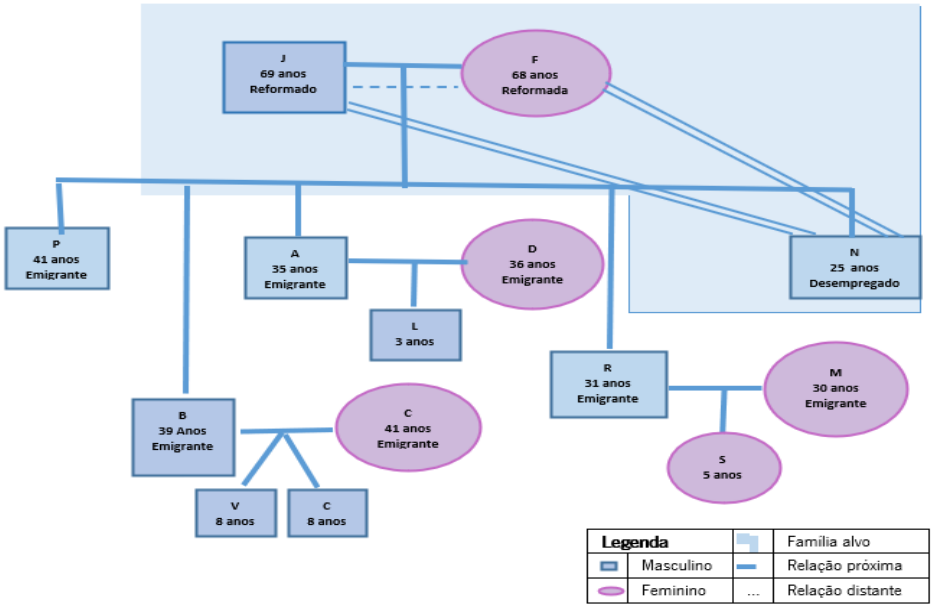
Estrutural Interna

Quadro 2. *Avaliação da Estrutura Interna do MCAF*

Composição Familiar		O núcleo familiar é constituído pelo casal J (masculino) e F (feminino) e pelo filho N, adulto que reside com os pais.
Género		A família é composta por dois membros do sexo masculino (J e N) e um do sexo feminino (F), com orientação heterossexual.
Ordem de nascimento		A Família A é composta pelo casal J e F e cinco filhos adultos. Os quatro filhos mais velhos (41, 39, 35 e 31 anos) vivem no estrangeiro e o filho mais novo, de 22 anos, reside com os pais.
Subsistemas	Subsistema conjugal	Composto por J e F, com papéis definidos nas tarefas domésticas, cuidados rurais e parentais. A relação conjugal apresenta episódios de conflito, particularmente relacionados com o consumo de tabaco por parte de J e com as preocupações de F acerca da saúde do marido.
	Subsistema parental	N mantém uma relação afetuosa com a mãe e contacto frequente com o pai, mostrando preocupação com a sua dependência.
	Subsistema fraternal	Inclui os cinco filhos adultos; os laços são enfraquecidos pela distância geográfica, sendo o filho residente o principal ponto de suporte e ligação entre pais e irmãos.
Limites		De acordo com a escala FACES II, a família apresenta regras e papéis definidos, evidenciando limites claros e bem estabelecidos.

Com o objetivo de representar visualmente a estrutura familiar e as relações entre os seus membros, apresenta-se, de seguida, o respetivo Genograma:

Figura 3. *Genograma da Familia A*



Nota. Elaboração própria da autora a 06/01/2026

Estrutural externa

A família extensa apresenta uma rede de apoio limitada. O elemento J possui dois irmãos distantes, sem contacto regular, e F é filha única. Os quatro filhos adultos emigrados mantêm ligação sobretudo à distância, com visitas ocasionais, constituindo a principal conexão com a família alargada.

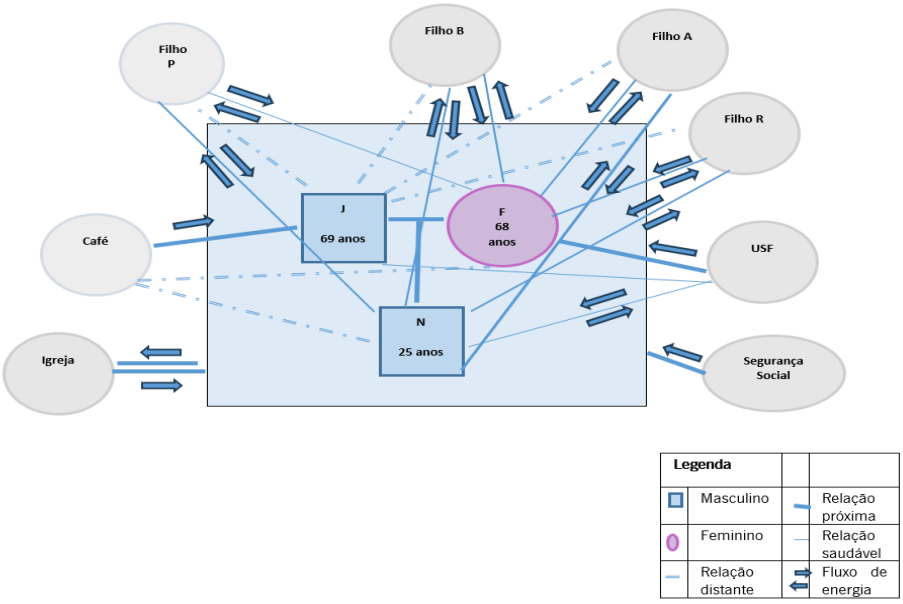
Nos subsistemas formais, a família conta com o apoio da Segurança Social**,** especialmente para a medicação, e mantém acompanhamento regular na Unidade de Saúde Familiar (USF)**,** que representa o principal ponto de acesso aos CSP.

Quanto às redes informais e comunitárias, a família participa semanalmente na missa, mantendo contacto social com amigos, e J frequenta o café local duas vezes por semana, momentos que contribuem para integração comunitária e suporte emocional. O filho N acompanha frequentemente o pai nas idas ao café, constituindo uma das principais atividades de convívio fora do contexto familiar. Contudo, observa-se que o mesmo não apresenta uma rede de amigos próxima ou significativa, sendo esta interação essencialmente centrada na relação com os pais.

De forma global, apesar do isolamento geográfico e da rede familiar alargada limitada, a família demonstra alguma integração com sistemas formais e informais, que atenuam parcialmente os efeitos do isolamento e oferecem suporte social, emocional e prático.

Estas interações foram representadas visualmente através de um ecomapa**,** que permite ilustrar a intensidade e a qualidade das relações estabelecidas entre a família e os sistemas externos. Este instrumento evidencia o equilíbrio existente entre os recursos de apoio familiar, comunitário e institucional, bem como possíveis áreas de fragilidade e oportunidades para intervenção.

Figura 4. *Ecomapa da Familia A*

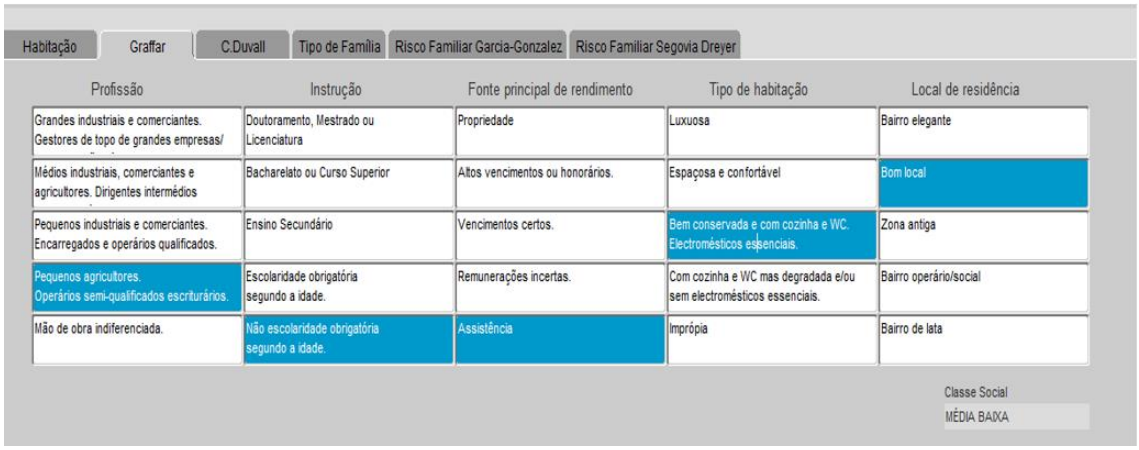


Nota. Elaboração própria da autora a 06/01/2026

Contexto

Para a caracterização socioeconómica da Família A foi aplicada a **Escala de Graffar Adaptada,** instrumento utilizado para avaliar as condições socioeconómicas do agregado familiar e determinar a sua inserção na estrutura social.

Figura 5 . *Escala de Graffar Adaptada*



Nota: SClínico® (acedido em outubro de 2025)

Pode-se aferir, após análise da escala , que se trata de uma familia de **classe média baixa.**

No que respeita à **religião e espiritualidade**, a família identifica-se com a religião católica, participando regularmente na missa semanal. Esta prática constitui uma importante fonte de suporte espiritual, social e emocional, proporcionando momentos de convívio e integração comunitária, particularmente relevantes tendo em conta o contexto de isolamento geográfico em que a família se encontra.

Relativamente ao **ambiente**, a família A reside em meio rural, numa zona isolada e sem vizinhos próximos, o que contribui para algum grau de isolamento social e geográfico. A habitação própria encontra-se em razoável estado de conservação e é constituída por dois andares. Contudo, a presença de escadas pode constituir uma barreira à mobilidade, especialmente no contexto de limitações funcionais e problemas de saúde dos membros da família. A casa dispõe ainda de lareira como principal fonte de aquecimento, fator que poderá agravar os sintomas respiratórios do elemento J, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**.** A vila mais próxima situa-se a aproximadamente 11 km da habitação, enquanto a igreja local se encontra a cerca de dois km. A ausência de viatura própria condiciona a mobilidade da família e dificulta o acesso a serviços, cuidados de saúde e recursos comunitários.

2.2.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação do **ciclo de vida familiar** assume particular relevância, uma vez que cada etapa do desenvolvimento da família implica tarefas específicas e desafios próprios. A compreensão da forma como a família vivencia e enfrenta estas transições permite adequar os cuidados e intervenções de enfermagem às suas necessidades reais. Paralelamente, a análise dos **vínculos familiares** procura identificar e fortalecer as relações existentes entre os seus membros, recorrendo a estratégias terapêuticas que promovam a empatia, a compreensão mútua e a coesão familiar. Faremos uma análise segundo os contributos teóricos de Duvall (1991) e de Carter & McGoldrick (2011), autores que, de forma complementar, exploram o ciclo de vida familiar e as tarefas associadas às suas transições.

Estádio da família, tarefas desenvolvimentais e vínculos:

Segundo Duvall (1991), a família em análise enquadra-se na fase do **ciclo vital** correspondente à família idosa (da reforma à viuvez). De acordo com Carter & McGoldrick (2011), esta fase corresponde ao Estágio VI – Famílias no fim de vida, caracterizada por um conjunto de **tarefas** desenvolvimentais fundamentais, que incluem:

- ✓ **Manter o funcionamento individual e conjugal,** adaptando-se às alterações associadas ao envelhecimento e às limitações de saúde, nomeadamente aos sintomas respiratórios apresentados pelo elemento J.
- ✓ **Adaptar-se à reforma e às mudanças no ciclo de vida,** reorganizando o quotidiano e mantendo atividades significativas, como a criação de ovelhas e as tarefas agrícolas, que contribuem para a manutenção da autonomia e do sentido de utilidade.
- ✓ **Manter e fortalecer os vínculos familiares**, apesar da distância geográfica dos filhos que residem no estrangeiro, através da manutenção de contacto regular e apoio emocional à distância.
- ✓ **Preparar-se para as perdas associadas ao envelhecimento**, incluindo alterações no estado de saúde e eventual perda de pessoas significativas.
- ✓ **Aceitar a redistribuição dos papéis familiares**, verificando-se maior envolvimento do filho adulto residente no apoio aos pais e nas atividades do quotidiano.

Estas tarefas, conceptualizadas de forma complementar por ambos os autores, convergem na necessidade de promover a adaptação da família às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento e de reorganizar os vínculos familiares face a este contexto.

Os **vínculos** familiares demonstram graus variados de intensidade e qualidade, contribuindo para a compreensão das dinâmicas relacionais internas. Observa-se um vínculo forte entre o casal e o filho residente, caracterizado por proximidade, apoio mútuo e interdependência nas atividades do quotidiano. No entanto, a relação conjugal apresenta alguns momentos de tensão, associados sobretudo ao consumo de tabaco por parte do elemento J, situação que gera preocupação e conflito com a esposa. Os vínculos com os filhos emigrados mantêm-se afetivamente presentes, embora condicionados pela distância geográfica. Apesar destas limitações, a família demonstra capacidade de manter os laços afetivos e de se adaptar às transições inerentes ao seu ciclo vital.

2.2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A Avaliação funcional da família centra- se na forma como os seus membros interagem entre si, considerando rotinas, papeis, responsabilidades e dinâmicas de convivência. Esta análise permite ainda explorar crenças, atitudes e valores que orientam os comportamentos familiares e influenciam a sua organização e funcionamento.

Instrumental

O funcionamento instrumental da Família A refere- se à forma como os seus membros organizam, distribuem e executam as atividades da vida diária e as tarefas necessárias ao funcionamento do agregado familiar. Este domínio permite compreender a dinâmica funcional da família na gestão das responsabilidades quotidianas e na manutenção do seu bem-estar. Como se verifica no quadro 3, a Família A revela uma organização clara das tarefas quotidianas, evidenciando cooperação entre os membros do agregado. F assume a maioria das responsabilidades, incluindo tarefas domésticas, atividades rurais, gestão da habitação e cuidados de saúde, enquanto o filho N contribui especialmente no auxílio à mãe e no acompanhamento médico.

Quadro 3. *Avaliação instrumental do MCAF*

Tarefas domésticas (limpeza, organização, refeições)	F
Atividades rurais (criação de ovelhas, condução ao pasto)	Casal e N
Gestão da habitação e manutenção	F
Planeamento alimentar / preparação de refeições	F
Cuidado de saúde /acompanhamento médico	F e N
Aquisição de bens essenciais	F e N

Expressivo

A funcionalidade expressiva refere-se à qualidade da comunicação, à gestão das emoções, à atribuição de papéis e à tomada de decisões partilhadas no seio do sistema familiar, sendo determinante para a sua estabilidade e capacidade de adaptação (Wright & Leahey, 2013). Neste contexto, a aplicação da Escala FACES II permite quantificar estas dimensões, fornecendo indicadores relativos à coesão e adaptabilidade da Família A.

Os resultados obtidos evidenciam valores médios de 62 na coesão e 45 na adaptabilidade**,** posicionando a família numa tipologia de coesão ligada e adaptabilidade estruturada, correspondente a um nível meio termo de funcionamento no Modelo Circumplexo.

A coesão ligada reflete a existência de proximidade emocional, apoio mútuo e envolvimento entre os membros, preservando simultaneamente a autonomia individual. Observa-se uma comunicação globalmente clara e adequada, facilitando a compreensão entre os elementos da família. Na expressão emocional, verificar-se alguma contenção na manifestação de sentimentos mais intensos. Ainda assim, a família demonstra capacidade de regulação emocional, contribuindo para um ambiente relacional estável e equilibrado, embora com potencial de desenvolvimento ao nível da abertura na comunicação afetiva. A síntese desta análise encontra-se apresentada no quadro seguinte.

Quadro 4. *Avaliação Expressiva do MCAF*

Comunicação	
Verbal	A comunicação entre o casal é limitada na expressão de emoções profundas.
Não verbal	F e o filho expressam preocupação e afeto através de gestos de proximidade, enquanto J apresenta uma postura mais reservada na expressão emocional.
Circular	Verifica-se comunicação circular, na medida em que os comportamentos e respostas de cada membro influenciam a dinâmica relacional entre os restantes elementos da família.
Emocional	A esposa e filhos demonstram tristeza e preocupação relativamente ao comportamento de dependência do pai.

Segundo a Escala APGAR Familiar a Família A apresenta disfunção familiar moderada. Apesar de demonstrar algumas capacidades de apoio mútuo, comunicação e cooperação, identificam-se áreas de fragilidade que podem comprometer a funcionalidade e o bem-estar dos seus membros. Estes resultados orientam as intervenções de enfermagem, evidenciando a necessidade de reforçar os vínculos familiares, aprimorar a comunicação e estimular a participação ativa de toda a família.

Papéis

Na Família A, os papéis familiares estão claramente definidos e adaptados às capacidades e necessidades de cada membro. A esposa (F) assume o papel de cuidadora principal e gestora do agregado, responsável pela organização doméstica, marcação de consultas, acompanhamento da saúde do marido, pagamento de contas e manutenção da rotina diária. O marido (J) mantém o papel de provedor agrícola, encarregado das atividades rurais, enquanto o filho residente desempenha um papel de apoio auxiliar, colaborando nas tarefas domésticas e agrícolas.

Solução de Problemas

No que concerne à resolução de problemas, a família, apresentando um padrão de coesão ligada e adaptabilidade estruturada, evidencia capacidade para lidar com as dificuldades de forma organizada e funcional. A existência de vínculos afetivos próximos facilita a cooperação entre os membros na procura de soluções, promovendo o apoio mútuo em situações de stress. Por sua vez, a adaptabilidade estruturada traduz-se na presença de regras e papéis definidos, o que contribui para uma abordagem mais sistemática na tomada de decisões. Contudo, esta estrutura pode, em alguns momentos, limitar a flexibilidade necessária para explorar alternativas mais inovadoras, sobretudo em contextos de maior exigência. Ainda assim, a família demonstra alguma capacidade de adaptação às mudanças, conseguindo reorganizar papéis e regras quando necessário. Verifica-se também que algumas decisões tendem a permanecer centralizadas, particularmente na figura da esposa, o que reflete alguma rigidez na distribuição de poder e na tomada de decisão.

Influência e Poder

A esposa (F) detém maior influência e poder decisório, coordenando a gestão do agregado, determinando prioridades de cuidado e influenciando comportamentos relacionados com a saúde do marido. O marido (J) mantém autoridade nas atividades agrícolas, mas sua influência em questões de saúde é limitada, devido à resistência em modificar hábitos de risco. O filho exerce influência secundária, reforçando as decisões da mãe e apoiando a implementação das estratégias familiares. A dinâmica evidencia uma estrutura funcional, com liderança centralizada na esposa, promovendo coesão e execução eficaz das tarefas diárias e decisões de saúde.

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, revela menor probabilidade de incidência de problemas de saúde, com um total de 177 pontos, indicando que a família apresenta capacidade adequada de adaptação às dificuldades e aos eventos de vida. O resultado evidencia competência na gestão de problemas, contribuindo para a manutenção da estabilidade e do equilíbrio familiar.

Crenças

A família valoriza a autonomia funcional, a continuidade das rotinas diárias e a preservação das atividades agrícolas, percebendo-as como essenciais para a identidade e coesão familiar. Existe confiança na intervenção da esposa como protetora e promotora da saúde, especialmente na gestão da

dependência tabágica do marido. A tensão entre o desejo de prevenção e a resistência individual de J revela uma crença ambivalente sobre o equilíbrio entre autonomia e autocuidado. Essas crenças guiam a prática de cuidado, consolidando a posição da esposa como agente central na mediação, coordenação e promoção da saúde familiar.

Alianças e Uniões

No âmbito das alianças e uniões, observa-se que F assume não apenas o papel central na gestão do agregado familiar, mas também atua como promotora da saúde, procurando influenciar comportamentos do marido, nomeadamente incentivando J a deixar de fumar. A esposa articula-se com os filhos, mobilizando-os como aliados nesta mudança, reforçando a coesão familiar e o compromisso coletivo com o bem-estar de todos. J, embora resistente à mudança, mantém participação nas atividades agrícolas e físicas, enquanto o filho residente apoia tanto nas tarefas domésticas como no incentivo às orientações de saúde. Esta dinâmica evidencia uma família organizada de forma colaborativa, em que a liderança de F é determinante para a gestão de cuidados e promoção de práticas de saúde, consolidando alianças e uniões funcionais em torno da prevenção e autocuidado.

2.3 MODELO DE CALGARY DE INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo de Intervenção Familiar de Calgary constitui uma abordagem que respeita as características, os valores e o contexto único de cada família, promovendo intervenções de enfermagem que integrem tanto os aspetos funcionais como os emocionais da unidade familiar. Trata-se de um modelo baseado em forças, co-construído com a família, de natureza não hierárquica, que valoriza simultaneamente a experiência vivida pelos seus membros face à doença e a competência profissional do enfermeiro na gestão da condição de saúde e na promoção do bem-estar família (Wright& Leahey, 2013). Deste modo, apresento os três domínios que estruturam a intervenção da família A segundo este modelo.

Quadro 5. *Intervenção Familiar do Modelo de Calgary (MCIF)*

DOMINIO COGNITIVO	• Fornecer informação clara e adequada sobre os efeitos do tabagismo na saúde respiratória, especialmente no contexto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). • Sensibilizar o elemento J para os benefícios da cessação tabágica, promovendo reflexão sobre o impacto do comportamento na sua saúde e na dinâmica familiar. • Reforçar o conhecimento da família sobre estratégias de autocuidado e gestão da doença respiratória. • Informar a família sobre os recursos disponíveis na Unidade de Saúde Familiar e na comunidade, nomeadamente consultas de cessação tabágica e apoio social. • Valorizar as crenças positivas já existentes na família, como a importância da união familiar, da responsabilidade partilhada e da espiritualidade.
DOMÍNIO AFETIVO	• Promover a expressão de sentimentos e preocupações entre os membros da família relativamente à saúde do elemento J. • Validar as emoções expressas pela esposa (F), reconhecendo o desgaste emocional associado à preocupação constante com o estado de saúde do marido. • Estimular o apoio emocional entre os membros da família, reforçando a coesão familiar. • Incentivar o diálogo construtivo entre o casal relativamente às preocupações de saúde e às mudanças necessárias no estilo de vida. • Reconhecer e valorizar o papel do filho residente como elemento de suporte emocional e funcional no sistema familiar.

DOMINIO COMPORTAMENTAL	• Incentivar o elemento J a considerar estratégias de cessação tabágica, com eventual encaminhamento para consulta especializada. • Promover a participação ativa de todos os membros da família na gestão das rotinas domésticas e nas atividades agrícolas, respeitando as limitações físicas existentes. • Estimular a família a adotar estratégias de apoio mútuo no acompanhamento das consultas e na gestão da saúde. • Incentivar práticas de promoção da saúde respiratória, nomeadamente a ventilação adequada da habitação e a redução da exposição ao fumo proveniente da lareira. • Reforçar comportamentos positivos já presentes na dinâmica familiar, como a colaboração nas tarefas diárias e o apoio intergeracional.

De forma global, as intervenções propostas procuram fortalecer os recursos internos da família, promover mudanças comportamentais relacionadas com a saúde e melhorar a comunicação e o apoio emocional entre os seus membros. A implementação destas estratégias visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida do agregado familiar e para a promoção do autocuidado, particularmente no contexto da doença crónica e do envelhecimento.

2.3.1 REGISTOS NO SCLÍNICO - DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES

A transferência dos diagnósticos para o sistema informático SClínico® dos CSP, que utiliza a taxonomia CIPE® e é orientado pelo MDAIF (Figueiredo,2012), teve implicação na tradução conceptual das informações clínicas. Com base nos registos clínicos realizados no SClínico® – Programa de Saúde da Família, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Quadro 6. *Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem-CIPE®*

PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIAR		
Diagnóstico de Enfermagem	**Objetivo**	**Intervenções de Enfermagem**
Abuso de tabaco	Promover a redução progressiva ou cessação do consumo de tabaco pelo elemento J, aumentando a motivação para a	– Avaliar uso de tabaco – Aconselhar sobre uso de tabaco – Disponibilizar suporte

	mudança de comportamento.	emocional – Encorajar a diminuir o uso tabaco – Executar intervenção psicoterapêutica – Planear cessação do uso de tabaco
Rendimento insuficiente	Reduzir o impacto das limitações económicas, promovendo acesso a recursos sociais	– Referir ao Serviço Social
Processo familiar comprometido	Fortalecer a comunicação e a cooperação entre os membros da família	– Incentivar apoio/suporte da família – Incentivar o envolvimento da família – Negociar o processo familiar – Otimizar comunicação – Otimizar processo familiar
Conhecimento insuficiente sobre autocuidado na doença respiratória	Aumentar o conhecimento da família sobre estratégias de prevenção e controlo da doença	– Ensinar medidas de promoção da saúde respiratória; – Orientar sobre ventilação da habitação e controlo de fatores ambientais;

2.3.2 AVALIAÇÃO GLOBAL E INTERVENÇÕES FUTURAS

A avaliação das intervenções de enfermagem constitui uma etapa fundamental do processo de cuidados, permitindo analisar o impacto das estratégias implementadas na dinâmica familiar e na promoção da saúde dos seus membros. No caso da Família A, esta avaliação foi realizada através do acompanhamento contínuo dos elementos do agregado,

No âmbito da avaliação do comportamento tabágico, foi aplicada a Escala de Fagerström para Dependência de Nicotina ao elemento J, tendo-se obtido uma pontuação de cinco valores,

correspondente a dependência moderada de nicotina. Este resultado evidencia a presença de uma dependência significativa ao consumo de tabaco e fundamenta a seleção das intervenções planeadas para a redução e cessação tabágica. Neste contexto, foi identificado o diagnóstico de enfermagem de **abuso de tabaco**, tendo sido implementadas intervenções comportamentais, cognitivas e afetivas dirigidas ao elemento J e à família.

A avaliação da motivação através da Escala de Richmond evidenciou um score de 5 valores, indicador de motivação fraca para a mudança comportamental e para a adesão ao regime terapêutico. Este resultado sugere reduzida disponibilidade do utente para o envolvimento ativo no autocuidado, com potencial impacto na gestão da DPOC e na prevenção de exacerbações. À luz da Teoria das Transições de Meleis, esta evidência pode ser interpretada como uma transição potencialmente vulnerável ou não saudável, na qual o utente apresenta dificuldades na adaptação às exigências associadas à condição crónica. A baixa motivação reflete fragilidades nos indicadores do processo de transição, nomeadamente no envolvimento ativo, na atribuição de significado à doença e na confiança para o autocuidado.

Neste sentido, a intervenção de enfermagem assume um papel central na facilitação de uma transição saudável, sendo essencial a implementação de estratégias que promovam o aumento da motivação e da autoeficácia. Destacam-se, assim, intervenções educativas individualizadas, a utilização da entrevista motivacional e o estabelecimento de objetivos progressivos e realistas, permitindo ao utente experienciar ganhos graduais no processo de gestão da doença.

Partindo desta abordagem e da necessidade de acompanhamento contínuo do processo de transição, a monitorização das intervenções permitiu identificar ganhos em saúde, nomeadamente no que se refere à cessação tabágica do elemento J, à melhoria do bem-estar emocional da esposa (F) e ao fortalecimento do apoio familiar no processo de mudança. Durante este período, foram realizadas consultas de acompanhamento telefónico ao longo de um mês, considerando as dificuldades económicas da família e a ausência de transporte próprio, que dificultavam a deslocação frequente à Unidade de Saúde Familiar (USF). Estas consultas tiveram como objetivo acompanhar e reforçar a motivação de J para a cessação tabágica, bem como apoiar F no processo de adaptação às mudanças associadas a este percurso.

Durante o acompanhamento, J conseguiu cessar o consumo de tabaco. Um mês após a primeira consulta, momento em que foi alcançada a cessação tabágica, foi agendada uma consulta familiar

presencial na USF, ajustada ao horário do transporte público disponível, de forma a facilitar a deslocação da família. Na consulta presencial de seguimento, a família manifestou diversas mudanças positivas na sua dinâmica e no quotidiano. F apresentou-se mais tranquila e com menor nível de preocupação relativamente ao estado de saúde do marido. Por sua vez, J demonstrou satisfação e orgulho pela conquista alcançada ao deixar de fumar, referindo sentir-se fisicamente melhor, com redução da sensação de cansaço e diminuição dos episódios de tosse. Apesar de reconhecer que ocasionalmente ainda pensa no consumo de tabaco, J refere não ter intenção de retomar esse comportamento, demonstrando motivação para manter a abstinência. Estes resultados evidenciam o impacto positivo das intervenções de enfermagem e do acompanhamento familiar na promoção de mudanças comportamentais e na melhoria do bem-estar do agregado familiar.

As ações realizadas, mesmo parcialmente por consultas telefónicas, resultaram em mudanças significativas**:** J conseguiu deixar de fumar, F apresentou menor desgaste emocional e a família fortaleceu o apoio mútuo. Estes resultados destacam o papel do enfermeiro de família na promoção do autocuidado, na capacitação da família e no reforço dos vínculos, evidenciando a importância da continuidade e acompanhamento sistemático para manter os ganhos alcançados.

Este estudo de caso foi apresentado sob a forma de póster (Anexo 1), tendo sido distinguido com o 3.º lugar no Simpósio.

3. ANÁLISE CRITICO-REFLEXIVA DO DESEMPENHO DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

A reflexão crítica, fundamentada na experiência e nas competências profissionais adquiridas ao longo da prática clínica, constitui um elemento essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional. Este processo permite ao profissional analisar de forma consciente as suas intervenções, identificar áreas de melhoria e consolidar aprendizagens significativas, contribuindo para uma prática mais reflexiva, segura e orientada para a qualidade dos cuidados.

Neste contexto, a prática reflexiva assume particular relevância no exercício da enfermagem, uma vez que possibilita compreender a complexidade das situações de cuidado e promover uma aprendizagem contínua a partir da experiência vivida. De acordo com Alarcão (2001), a reflexão crítica constitui um

instrumento fundamental para o desenvolvimento profissional, permitindo questionar a sua prática, reconstruir saberes e aperfeiçoar as intervenções realizadas.

Assim, torna-se pertinente apresentar e analisar as competências desenvolvidas ao longo deste percurso formativo, nomeadamente as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista**,** evidenciando o contributo destas para a melhoria da prática profissional e para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2019).

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

Durante o estágio desenvolvido, procurei consolidar as competências inerentes ao exercício da Enfermagem de Saúde Familiar, orientando a minha prática pelos quatro domínios fundamentais definidos no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. A aplicação destes domínios funcionou como um guia estruturante, permitindo articular teoria e prática, organizar a intervenção de enfermagem de forma sistemática e reflexiva e sustentar decisões clínicas com base em conhecimento científico, ético e contextualizado às necessidades das famílias acompanhadas.

Neste contexto, segue-se uma análise crítica das competências desenvolvidas em cada domínio, refletindo sobre as aprendizagens adquiridas, os desafios enfrentados e a aplicação prática dos conhecimentos teóricos. Esta reflexão evidencia não apenas a consolidação das competências técnicas e científicas, mas também o desenvolvimento de capacidades relacionais, éticas e de gestão, fundamentais para uma prática de enfermagem centrada na família e alinhada com os padrões da enfermagem especializada.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei desenvolver uma prática sustentada nos princípios éticos, legais e deontológicos que orientam o exercício profissional da enfermagem. Ao longo do estágio, mantive um compromisso permanente com a proteção da dignidade da pessoa e da família, assegurando que todas as intervenções foram realizadas com base no consentimento informado, no respeito pela confidencialidade e no cumprimento das normas profissionais. A prestação de cuidados centrados na pessoa e na família constituiu um princípio orientador da minha atuação, procurando reconhecer cada utente como um indivíduo inserido num contexto familiar e social específico. Neste sentido, valorizei a autonomia das pessoas, respeitando as suas crenças, valores

culturais e decisões relacionadas com o processo de saúde e doença. Paralelamente, procurei garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde, assumindo também um papel ativo na defesa dos direitos dos utentes, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade social ou clínica. Esta experiência permitiu-me compreender de forma mais clara a importância da ética na prática de enfermagem, reconhecendo que as decisões clínicas devem integrar não apenas conhecimentos técnicos, mas também valores humanos e princípios de justiça e respeito pela dignidade da pessoa.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, participei nas dinâmicas organizacionais da Unidade de Saúde, colaborando com a equipa na identificação de estratégias que contribuíssem para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A participação em reuniões de equipa permitiu-me compreender a importância da partilha de informação e da tomada de decisão colaborativa na melhoria das práticas assistenciais. Para além disso, tive a oportunidade de colaborar em processos relacionados com a monitorização de indicadores de desempenho e com a reflexão sobre a qualidade dos cuidados prestados. Esta experiência permitiu-me reconhecer que a qualidade em saúde resulta de um processo contínuo de avaliação, reflexão e adaptação das práticas profissionais às necessidades das pessoas e das famílias. Procurei também contribuir para a promoção de um ambiente terapêutico seguro, acolhedor e humanizado, intervindo na identificação precoce de potenciais riscos e na implementação de medidas preventivas que favorecessem o bem-estar físico e emocional dos utentes.

No domínio da gestão dos cuidados, procurei desenvolver competências relacionadas com a articulação e coordenação das intervenções no seio da equipa multidisciplinar. A comunicação clara, assertiva e colaborativa com os diferentes profissionais revelou-se fundamental para assegurar a continuidade e integração dos cuidados, particularmente no contexto dos CSP, onde a abordagem interdisciplinar assume um papel central. Ao longo do estágio, procurei participar ativamente na organização e planeamento dos cuidados, tendo em consideração os recursos disponíveis e as necessidades específicas das pessoas e das famílias acompanhadas. Esta experiência permitiu-me compreender a importância da gestão eficiente dos cuidados, reconhecendo que a articulação entre profissionais, serviços e níveis de cuidados contribui significativamente para a qualidade e continuidade da assistência prestada. Paralelamente, procurei desenvolver competências de liderança, adotando uma postura participativa e colaborativa na dinâmica da equipa, ajustando a minha atuação às características do contexto clínico e às necessidades identificadas.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurei investir de forma contínua no autoconhecimento e no desenvolvimento das minhas competências profissionais, recorrendo à autoavaliação e à reflexão crítica como instrumentos fundamentais para a melhoria da prática clínica. A valorização do feedback da equipa revelou-se essencial para identificar áreas de melhoria e consolidar aprendizagens ao longo do estágio. Paralelamente, procurei fundamentar a minha prática na evidência científica mais recente, integrando conhecimentos atualizados no processo de tomada de decisão clínica.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

O Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros estabelece as competências específicas que o Enfermeiro de Família deve desenvolver, possibilitando uma intervenção especializada e diferenciada no contexto dos CSP. À luz das experiências vivenciadas durante o estágio, apresenta-se a seguir uma reflexão crítica sobre a aplicação e desenvolvimento dessas competências, considerando os desafios enfrentados, as aprendizagens adquiridas e a forma como cada domínio contribuiu para a prestação de cuidados centrados na pessoa e na família, alinhados com os padrões da enfermagem especializada.

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

O desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Familiar ao longo do estágio permitiu a consolidação de uma prática clínica avançada, centrada na família enquanto unidade de cuidados e sustentada numa abordagem sistémica. Esta perspetiva reconhece a família como um sistema dinâmico, em constante interação com os contextos social, económico e de saúde, influenciando e sendo influenciada pelos processos de doença e transição, conforme defendido por Wright e Leahey (2013).

Neste enquadramento, a prática profissional foi orientada para a família enquanto unidade de cuidados, considerando cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida e intervindo de forma ajustada aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019). Para tal, foram estabelecidas relações terapêuticas baseadas na empatia, escuta ativa e respeito pela autonomia e diversidade cultural, promovendo o diálogo e a co-construção de objetivos de saúde ajustados a cada contexto familiar (Alarcão, 2019).

A relação terapêutica assumiu-se como elemento estruturante da intervenção de enfermagem. A evidência demonstra que a qualidade da relação enfermeiro–família influencia de forma significativa a adesão aos cuidados e os resultados em saúde (Wright & Bell, 2009). Na prática clínica, esta dimensão foi particularmente evidente no acompanhamento de uma família, onde a relação de confiança estabelecida permitiu a expressão de dificuldades previamente não verbalizadas, nomeadamente na gestão da terapêutica e no impacto emocional da doença. Este processo facilitou a definição conjunta de objetivos de saúde realistas, promovendo o envolvimento ativo da família e reforçando a sua capacidade de autocuidado.

De forma complementar, a avaliação familiar foi realizada de forma sistemática e aprofundada, recorrendo ao Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary. A sua operacionalização integrou instrumentos como genogramas, ecomapas, escalas de risco e entrevistas, permitindo uma colheita de dados abrangente e rigorosa (Wright & Leahey, 2013). Esta abordagem possibilitou uma análise integrada das dimensões clínicas, históricas, ambientais, culturais e de coping, proporcionando uma compreensão holística das vulnerabilidades, potencialidades e recursos familiares. Neste contexto, o uso do genograma e do ecomapa revelou-se particularmente relevante na identificação de fatores frequentemente não evidenciados em abordagens biomédicas, como o isolamento social do cuidador, a fragilidade da rede de suporte e as limitações socioeconómicas. Assim, esta avaliação aprofundada permitiu compreender a complexidade do sistema familiar e fundamentar intervenções mais ajustadas à realidade vivida, como observado no estudo de caso desenvolvido.

A informação obtida através desta avaliação estruturada sustentou o planeamento e a implementação de intervenções ajustadas às necessidades específicas de cada família. Em famílias com pessoas com DPOC, foram identificados fatores de risco como tabagismo, limitações na mobilidade e dificuldades económicas, os quais condicionavam a adesão terapêutica e a continuidade dos cuidados. Com base nesta análise, foram desenvolvidas intervenções de promoção da saúde, prevenção de complicações e apoio à gestão da doença crónica, incluindo educação para a saúde, programas individualizados de cessação tabágica, acompanhamento da adesão terapêutica, visitas domiciliárias com avaliação e adaptação do ambiente familiar, bem como encaminhamento para recursos de apoio social.

Estas intervenções foram desenvolvidas em articulação com o médico de família e outros profissionais da equipa multidisciplinar, promovendo a integração de cuidados preventivos e curativos e reforçando a capacidade da família para a gestão da doença. Em situações de constrangimentos logísticos,

nomeadamente dificuldades de transporte, foi possível ajustar a periodicidade das consultas presenciais aos horários disponíveis de transporte público, complementando com contactos telefónicos semanais de acompanhamento, motivação e educação em saúde.

A reflexão crítica sobre as experiências desenvolvidas ao longo do estágio reforçou a importância de uma avaliação estruturada, sustentada em referenciais teóricos, como suporte à tomada de decisão clínica. Esta abordagem revelou-se essencial para adaptar as intervenções à realidade de cada família e maximizar os ganhos em saúde. Neste contexto, a análise integrada dos dados familiares permitiu formular diagnósticos de enfermagem mais precisos e sustentar planos de intervenção coerentes com as necessidades reais das famílias (McCormack & Godden, 2018). De forma complementar, a prática reflexiva constituiu um elemento central do desenvolvimento profissional. Ao longo do estágio, foram identificadas dificuldades na comunicação com famílias com baixa literacia em saúde, o que exigiu a adaptação das estratégias comunicacionais. Esta adaptação incluiu a simplificação da linguagem, a utilização de exemplos práticos e o recurso à demonstração visual. Estas estratégias contribuíram para uma melhoria significativa da compreensão das orientações e, consequentemente, da eficácia das intervenções. Como evidência desta intervenção, no acompanhamento de uma família de um utente com DPOC, verificou-se que a explicação do uso correto do inalador foi inicialmente mal compreendida, tendo sido posteriormente reformulada com recurso a demonstração prática passo a passo e à técnica de ensino "teach-back", promovendo a correta execução da técnica e na redução de erros na administração da terapêutica.

Paralelamente, a prática baseada na evidência assumiu um papel estruturante na intervenção desenvolvida. A utilização de recomendações internacionais, nomeadamente da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2023), permitiu otimizar a técnica inalatória e melhorar a adesão terapêutica. A literatura reforça que a prática baseada na evidência é fundamental para assegurar cuidados seguros, eficazes e de qualidade, constituindo um pilar essencial da tomada de decisão clínica (JBI, 2020).

Em contextos de maior complexidade, como o estudo de caso acompanhado, a intervenção exigiu a articulação de múltiplos fatores interrelacionados, incluindo a cessação tabágica, a monitorização da adesão terapêutica e a gestão de constrangimentos socioeconómicos e geográficos. Para dar resposta a estas necessidades, foi implementada uma consulta mensal presencial, ajustada às limitações de transporte, complementada por contactos telefónicos semanais. Esta estratégia permitiu assegurar a

continuidade da monitorização, reforçar comportamentos de saúde positivos e adaptar à intervenção à realidade concreta da família, evidenciando a importância do planeamento individualizado na enfermagem de saúde familiar (OE, 2019).

No âmbito das transições familiares, a teoria de Meleis (2010) evidencia que estes processos constituem momentos críticos que requerem intervenção de enfermagem para promover adaptação e bem-estar. Esta perspetiva foi observada numa família confrontada com um diagnóstico recente, que inicialmente apresentava ansiedade, negação e dificuldades na reorganização dos papéis familiares. A intervenção centrou-se na clarificação da doença, no suporte emocional e na facilitação da comunicação familiar, contribuindo para uma melhor aceitação da condição e maior envolvimento no plano terapêutico.

A colaboração com a equipa multidisciplinar revelou-se contínua e determinante, assegurando a articulação eficaz dos cuidados e a sua continuidade. Destaca-se o papel da enfermeira tutora, cuja disponibilidade, competência e orientação constituíram um suporte essencial ao percurso formativo. A sua abordagem pedagógica promoveu o desenvolvimento do pensamento crítico, da autonomia profissional e das competências clínicas e relacionais, favorecendo uma aprendizagem baseada na evidência e centrada na família. Esta experiência teve um impacto relevante na consolidação da identidade profissional enquanto enfermeira de família, reforçando a importância da tutoria estruturada e do trabalho colaborativo como pilares fundamentais da formação avançada em CSP (Alarcão, 2019).

Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Durante o estágio, procurei integrar e aplicar competências de liderança e colaboração nos processos de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar, reconhecendo a importância do trabalho em equipa, da articulação interinstitucional e da utilização estratégica dos recursos disponíveis para promover a saúde e o bem-estar das famílias acompanhadas. Esta experiência evidenciou que a eficácia da intervenção familiar depende não apenas do conhecimento técnico, mas também da capacidade de coordenar esforços entre profissionais e programas, garantindo uma abordagem integrada e centrada na família (OE, 2019).

Mantive uma colaboração estreita com o Programa para a Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), experiência particularmente relevante para o

desenvolvimento de competências de liderança clínica e promoção da qualidade. A articulação com a enfermeira tutora, enquanto elemento de ligação da USF ao programa, permitiu compreender o impacto direto das boas práticas de controlo de infeção na segurança do utente. Como evidência desta intervenção, participei na sensibilização da equipa para a correta higienização das mãos, uso adequado de equipamento de proteção individual e cumprimento rigoroso dos protocolos institucionais, tendo observado uma melhoria progressiva da adesão às boas práticas pela equipa, refletida na uniformização dos procedimentos clínicos e na redução de não conformidades identificadas em auditoria

A experiência contemplou ainda a participação nas referenciações para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sob supervisão da enfermeira tutora, permitindo consolidar competências na gestão da continuidade de cuidados. Como exemplo desta prática, acompanhei a referenciação de um utente com perda progressiva de autonomia funcional, na qual foi realizada avaliação multidimensional, articulação com assistente social e definição conjunta do plano de encaminhamento. Este processo evidenciou a importância de uma avaliação precoce e estruturada, garantindo a continuidade assistencial e a adequação dos cuidados às necessidades do utente e família.

Esta vivência permitiu compreender que a liderança em Enfermagem de Saúde Familiar envolve não apenas a supervisão de tarefas, mas também a coordenação de recursos, a articulação interinstitucional e a promoção de práticas seguras e baseadas na evidência. Neste sentido, foram desenvolvidas competências de planeamento, comunicação e tomada de decisão crítica, essenciais para uma prática clínica integrada e centrada na família (Alarcão, 2019).

A articulação interprofissional revelou-se uma dimensão estruturante deste estágio. Colaborei com a equipa multidisciplinar, estabelecendo pontes e ativando redes de apoio que permitiram responder de forma integrada e eficaz às necessidades das famílias. Esta experiência reforçou a convicção de que o cuidado transformador depende do diálogo, da partilha de saberes e do respeito pelas competências de cada elemento da equipa**.** Participei ativamente em reuniões clínicas, partilhei informação relevante e articulei intervenções de forma a garantir a continuidade e integridade dos cuidados**.**

A padronização das práticas clínicas, através da formação interna e da elaboração de procedimentos estruturados, constituiu uma estratégia essencial de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar. Neste âmbito, foi desenvolvido em coautoria o procedimento

"Avaliação e Intervenção Familiar" (Anexo 6), com o propósito de normalizar práticas clínicas e apoiar profissionais e estudantes na realização de uma avaliação familiar sistemática, estruturada e sustentada em referenciais teóricos e na melhor evidência disponível.

Na sequência da sua conceção, e com o objetivo de promover a disseminação do conhecimento científico e a transferência da evidência para a prática clínica, foi desenvolvido um poster científico em coautoria, intitulado "Avaliação e Intervenção Familiar de Enfermagem: Proposta de Procedimento a Implementar numa ULS do Norte de Portugal" (Anexo 3), apresentado em co-autoria no Congresso Internacional de Enfermagem Comunitária: "A Enfermagem Comunitária como Estratégia Política do SNS". Esta participação permitiu a divulgação de boas práticas baseadas na evidência, bem como o desenvolvimento de competências de comunicação científica, síntese do conhecimento e transferência para contextos profissionais alargados.

Paralelamente, na USF, dinamizei uma sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar, centrada na aplicação prática do procedimento e na intervenção em contexto familiar (Anexo 4). Esta formação promoveu a normalização de práticas, a articulação interdisciplinar e o reforço da reflexão crítica, tendo-se verificado uma maior adesão da equipa à utilização de instrumentos de avaliação familiar na prática clínica diária. Como manifestação da sua aplicação em contexto clínico, acompanhei a implementação deste procedimento na prática assistencial, apoiando colegas na utilização de genogramas e ecomapas na avaliação familiar. Esta operacionalização contribuiu para uma abordagem mais estruturada, sistemática e centrada na família, facilitando a identificação de necessidades, recursos e dinâmicas familiares relevantes para a intervenção de enfermagem.

Neste contexto de melhoria da prática clínica e de normalização de procedimentos, a utilização de sistemas de informação em saúde revelou-se fundamental, uma vez que permitiu o registo sistemático, rigoroso e contínuo das intervenções de enfermagem. A utilização do SClínico® e de outras plataformas digitais facilitou a organização da informação clínica e a comunicação entre profissionais, contribuindo para a continuidade dos cuidados. No entanto, apesar destas potencialidades, persistem limitações relevantes, nomeadamente a ausência de campos específicos para a integração de instrumentos estruturados como o genograma, o ecomapa e determinadas escalas de avaliação familiar. Ainda assim, a prática continuada permitiu contornar parcialmente estas limitações, através da sistematização narrativa da informação, assegurando a recolha de dados pertinentes para a intervenção em enfermagem de saúde familiar.

Deste modo, a articulação entre a implementação de procedimentos normalizados, a formação da equipa e a utilização de sistemas de informação em saúde contribuiu de forma integrada para a melhoria da qualidade dos cuidados, reforçando uma prática mais estruturada, consistente e centrada na família.

No âmbito da formação interna, foram dinamizadas duas sessões: a primeira, "Implicações do uso de ecrãs por crianças na dinâmica familiar – revisão scoping", integrou o plano de formação da USF para 2025, promovendo reflexão crítica sobre os impactos tecnológicos na dinâmica familiar (Anexo 5). A segunda, "Promoção da utilização correta de inaladores pelo utente e família", foi estruturada com base em evidência científica e orientações clínicas reconhecidas, capacitando a equipa na educação terapêutica de utentes e familiares (Anexo 6). Estas sessões contribuíram para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de aprendizagem e para a integração da evidência na prática clínica.

Anualmente, esta Unidade de Saúde Familiar promove um evento científico**,** constituindo um espaço privilegiado de partilha de conhecimento, atualização científica e reflexão sobre a prática clínica. No presente ano, o seminário abordou o tema "Nas Levadas da DPOC"**,** explorando diferentes perspetivas sobre prevenção, diagnóstico e gestão desta patologia no contexto dos CSP. A participação neste evento permitiu compreender, de forma prática, o papel da comissão científica, da comissão organizadora e dos palestrantes, bem como a importância da articulação e do trabalho colaborativo para o sucesso de iniciativas desta natureza. Esta experiência foi particularmente enriquecedora, reforçando a relevância de eventos científicos como instrumentos de aprendizagem, atualização e troca de experiências entre profissionais de saúde. Paralelamente, esta vivência despertou interesse em implementar iniciativas semelhantes na minha futura prática clínica. No âmbito do seminário, tive a oportunidade de apresentar dois pósteres científicos, elaborados em coautoria com o Professor Rui Pereira, experiência que contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências na produção e divulgação científica: Cada Respiração Conta: O Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na Gestão da DPOC (Anexo7) e Promoção da Cessação Tabágica em Utente com DPOC: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar*.* Este último foi distinguido com o terceiro prémio, reforçando a importância da investigação e da disseminação do conhecimento para a melhoria da prática de enfermagem (McCormack & Godden, 2018). O tema da revisão *scoping* emergiu desta experiência e da observação da prática clínica, conjugando os conhecimentos adquiridos no seminário com lacunas identificadas na literatura. Verifiquei que, embora a atenção ao utente com DPOC seja frequentemente abordada, a intervenção da família como agente ativo no autocuidado do idoso é

pouco explorada. Assim, o tema da revisão *scoping* a ser apresentado no capítulo seguinte intitula-se: "Intervenções do enfermeiro de saúde familiar que promovem a participação da família no autocuidado do idoso com DPOC"**.** Esta revisão permitirá mapear evidências sobre estratégias de intervenção familiar, promovendo práticas de enfermagem centradas na família e no fortalecimento do autocuidado do utente.

O estágio evidenciou também a importância da aprendizagem contínua e formação ao longo da vida, enquanto dimensões estruturantes do desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Familiar. A participação em supervisão clínica, reuniões multidisciplinares e ações de formação permitiu o reforço de competências técnico-científicas, relacionais e reflexivas, essenciais para uma prática centrada na família (OE, 2018), contribuindo para a consolidação de uma prática clínica mais crítica, informada e sustentada na evidência.

Neste contexto de desenvolvimento profissional contínuo, no âmbito das aprendizagens adquiridas, participei nas seguintes formações e eventos científicos, os quais desempenharam um papel relevante na atualização de conhecimentos, na partilha de boas práticas e no reforço da articulação entre teoria e prática clínica.

- ✓ Congresso Internacional de Enfermagem Comunitária:" A Enfermagem Comunitária como Estratégia Política do SNS", realizado nos dias 12 e 13 de setembro de 2025 em Coimbra, promovida pela Ordem dos Enfermeiros;

- ✓ Citar e referenciar: Estilo Bibliográfico APA 7ª ed, realizada a 5 novembro de 2025, em formato online, promovida pelo Serviço de Documentação e Bibliotecas da Universidade do Minho;

- ✓ IV Simpósio USF Senhora da Graça nas Levadas da DPOC, que decorreu no dia 21 de novembro de 2025, em Mondim de Basto, promovida pelo USF Srª da Graça;

- ✓ Gestor de Referências bibliográficas Endnote Online, realizada a 25 novembro de 2025, em formato online, promovida pelo Serviço de Documentação e Bibliotecas da Universidade do Minho;

- ✓ V Encontro Científico- Investigação em Enfermagem: Interdisciplinaridade e Inovação, realizado no dia 26 de novembro de 2025, no IPO do Porto, promovida pela Ordem dos Enfermeiros;

- ✓ Estruturação de uma dissertação/tese, realizada a 5 de dezembro de 2025 em formato online, promovida pelo Serviço de Documentação e Bibliotecas da Universidade do Minho;

- ✓ 2º Congresso Internacional de Enfermagem Comunitária- Workshop Determinantes em Saúde e redução das Iniquidades em Saúde Comunitária, Saúde Pública e Saúde Familiar, que decorreu nos dias 8 e 9 de janeiro de 2026, em formato online, promovida pelo Politécnico de Santarém- Escola Superior de Saúde;

- ✓ Gestor de Referências bibliográfica: Mendeley, realizada a 20 janeiro de 2026, em formato online, promovida pelo Serviço de Documentação e Bibliotecas da Universidade do Minho;

- ✓ Webinar- Do hospital à Comunidade: Estratégias Inovadoras no cuidar da pessoa com AVC realizado no dia 24 de março de 2026, em formato online, promovida pela Ordem dos Enfermeiros.

Adicionalmente, participei como coautora dos seguintes pósteres científicos:

- ✓ "Avaliação e Intervenção Familiar de Enfermagem: Proposta de Procedimento a Implementar numa ULS do Norte de Portugal", apresentado no Congresso Internacional de Enfermagem Comunitária: "A Enfermagem Comunitária como Estratégia Política do SNS", realizado nos dias 12 e 13 de setembro de 2025.

- ✓ "Cada Respiração Conta: O Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na gestão da DPOC", apresentado no IV Simpósio USF Senhora da Graça nas Levadas da DPOC, realizado no dia 21 de novembro de 2025.

- ✓ "Promoção da cessação tabágica em utente com DPOC: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar", apresentado no IV Simpósio USF Senhora da Graça nas Levadas da DPOC, realizado no dia 21 de novembro de 2025**, tendo sido distinguido com o 3.º prémio na categoria de pósteres científicos.**

Estas experiências revelaram-se fundamentais para consolidar a minha identidade profissional, orientada para uma prática baseada em evidência, centrada na família e promotora da saúde ao longo

do ciclo vital, reforçando competências críticas de análise, comunicação e tomada de decisão clínica (Alarcão, 2019).

PARTE II- COMPONENTE EMPÍRICA

4. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR NA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO AUTOCUIDADO DO IDOSO COM DPOC: UMA REVISÃO *SCOPING*

Nas últimas décadas, o aumento da prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) entre idosos tem exigido a implementação de estratégias de cuidado que envolvam não apenas o paciente, mas também seu contexto familiar. O enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel fundamental nesse cenário, por meio de intervenções que promovem a participação ativa da família no autocuidado do idoso, contribuindo para a melhoria da adesão ao tratamento e para a qualidade de vida desses pacientes (Zhang et al., 2023). Considerando a complexidade do autocuidado em idosos com DPOC, principalmente em função das limitações respiratórias e das comorbidades associadas, a integração entre o profissional de enfermagem, o idoso e sua família torna-se essencial.

Neste sentido, esta revisão *scoping* tem como objetivo mapear e sintetizar as evidências científicas sobre as intervenções do enfermeiro de saúde familiar que promovem a participação da família no autocuidado do idoso com DPOC. Procura-se, assim, identificar lacunas no conhecimento e direcionar futuras pesquisas e práticas que ampliem a efetividade do cuidado familiar no contexto da enfermagem domiciliar e comunitária.

4.1. ENQUADRAMENTO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, caracterizando-se por limitação persistente e progressiva do fluxo aéreo, associada a uma resposta inflamatória crónica das vias respiratórias (GOLD, 2023). Para além da dimensão biomédica, a DPOC configura-se como uma condição crónica incapacitante, com impacto profundo na funcionalidade, autonomia, qualidade de vida e organização familiar (OMS, 2024). As diretrizes GOLD (2023) reforçam que o diagnóstico deve ser confirmado por espirometria e que a avaliação da gravidade da doença deve considerar não apenas a limitação do fluxo aéreo, mas também os sintomas e o risco de exacerbações. Em complemento, as recomendações da *American Thoracic Society/ European Respiratory Society* (ATS/ERS, 2021) destacam a importância de estratégias individualizadas que integrem intervenções farmacológicas — como broncodilatadores de longa duração e, quando indicados, corticosteroides inalados — e não farmacológicas, incluindo cessação do tabagismo, reabilitação pulmonar, educação do paciente e acompanhamento contínuo.

Em Portugal, a prevalência estimada da DPOC na população com idade igual ou superior a 40 anos é de aproximadamente 14,2%, segundo o estudo BOLD realizado em Lisboa, evidenciando uma taxa significativa de subdiagnóstico (Barbara et al., 2013). Dados da Direção-Geral da Saúde indicam que a DPOC permanece entre as principais causas de internamento por doença respiratória e constitui uma causa relevante de mortalidade evitável (DGS, 2017). Num contexto nacional marcado pelo envelhecimento populacional, este panorama coloca desafios acrescidos aos CSP, exigindo estratégias integradas, centradas na pessoa e na família, e sustentadas na promoção do autocuidado.

O envolvimento da família assume, neste enquadramento, um papel determinante para a adesão terapêutica, gestão segura da doença e a promoção do bem-estar do idoso. Tanto as diretrizes GOLD como as recomendações ATS/ERS enfatizam que programas educativos dirigidos à família, suporte emocional, monitorização domiciliar e empoderamento do cuidador são estratégias essenciais para otimizar a gestão da DPOC, prevenir exacerbações e melhorar a qualidade de vida. O enfermeiro de saúde familiar emerge, assim, como agente central neste processo, assumindo funções de mediador entre paciente, família e serviços de saúde, promovendo a participação ativa da família no autocuidado, capacitando para a gestão de medicação, identificando precocemente sinais de alerta e facilitando a tomada de decisões compartilhadas. A integração destas recomendações sustenta uma abordagem sistémica, contínua e centrada na família, reforçando a necessidade de intervenções estruturadas, educativas e de suporte emocional no manejo da DPOC em idosos.

No plano teórico, a prática do enfermeiro de saúde familiar é alicerçada em modelos consolidados. A teoria do autocuidado de Orem (2001) define autocuidado como o conjunto de atividades realizadas pelo indivíduo para manter a vida, a saúde e o bem-estar, destacando a atuação do enfermeiro quando surgem défices. No idoso com DPOC, limitações como dispneia, fadiga, multimorbilidade ou declínio cognitivo podem comprometer o autocuidado, tornando essencial a intervenção junto do indivíduo e da família enquanto sistema de suporte. A Teoria das Transições de Meleis (2010) permite compreender as alterações de papéis, saúde e autonomia funcional decorrentes da doença crónica, enfatizando a importância do suporte, da capacitação e do acompanhamento profissional para transições saudáveis.

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2013) reforça a centralidade da família como unidade de cuidado, propondo uma análise sistémica das dimensões estrutural, funcional e desenvolvimental, integrando a comunicação terapêutica, bem como a identificação de forças e recursos familiares. Aplicado à DPOC, este modelo permite ao enfermeiro de

família compreender o impacto da doença nas dinâmicas familiares e implementar estratégias que promovam a participação ativa da família no regime terapêutico, na vigilância de sinais de exacerbação e no suporte emocional.

A Teoria da Promoção da Saúde de Pender (2011) complementa esta abordagem ao orientar intervenções centradas na capacitação e na modificação de comportamentos de saúde, reconhecendo a família como um determinante interpessoal essencial na adoção de hábitos promotores de bem-estar. Adicionalmente, a abordagem centrada nas forças, proposta por Gottlieb (2013), valoriza os recursos, capacidades e potencialidades da pessoa e da família, orientando a intervenção de enfermagem para além do défice e com foco nas competências já existentes. Esta perspetiva permite identificar e mobilizar tais competências, promovendo a autonomia, a participação ativa e o fortalecimento das capacidades familiares no processo de autocuidado.

A articulação destas abordagens teóricas sustenta uma prática integrada, em que o autocuidado (Orem), as transições (Meleis), a intervenção sistémica familiar (Wright & Leahey), a promoção da saúde (Pender) e a valorização das forças familiares (Gottlieb), convergem na atuação do enfermeiro de saúde familiar. Neste contexto, compreender as intervenções do enfermeiro de saúde familiar que promovem a participação da família no autocuidado do idoso com DPOC torna-se estratégico para consolidar práticas clínicas baseadas em evidência, éticas e culturalmente sensíveis.

Sustentada neste enquadramento conceptual, foi desenvolvida a presente revisão *scoping* com o intuito de responder à seguinte questão de revisão: **Quais as intervenções do enfermeiro de saúde familiar que promovem a participação da família no autocuidado do idoso com DPOC?** Para tal, recorreu-se à estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), amplamente utilizada no contexto da prática baseada na evidência em enfermagem, conforme descrito por Apóstolo (2017), definida da seguinte forma: **P** (População) – Idosos com DPOC; **C** (Conceito) – Intervenções do enfermeiro de saúde familiar; **C** (Contexto) – Cuidados de Saúde Primários. O objetivo primordial desta revisão é mapear as intervenções do enfermeiro de saúde familiar que promovem a participação da família no autocuidado do idoso com DPOC nos Cuidados de Saúde Primários, de forma a contribuir para uma compreensão mais aprofundada deste fenómeno, identificando estratégias, lacunas do conhecimento e implicações para a prática clínica, formação e investigação futura.

4.2. METODOLOGIA

A metodologia adotada para a realização do presente estudo foi a revisão scoping, uma abordagem particularmente adequada para mapear, sintetizar e clarificar a evidência científica existente sobre uma determinada temática, especialmente quando se pretende explorar a extensão, a natureza e as características da produção científica disponível, bem como identificar lacunas no conhecimento.

Previamente, foi desenvolvido o protocolo da revisão *scoping*, de acordo com as diretrizes do PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols) (Page et al., 2021), tendo o mesmo sido registado na plataforma Open Science Framework, disponível em: **https://osf.io/a4fk3/**

A formulação da questão de revisão e a definição dos critérios de inclusão e exclusão foram orientadas pelo modelo PCC (População, Conceito e Contexto), conforme recomendado pela JBI para revisões scoping, assegurando maior rigor metodológico e alinhamento entre os objetivos do estudo e o processo de pesquisa (Aromataris & Munn, 2020).

Adicionalmente, a condução e o relato da presente revisão seguiram as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Tricco et al.,2018), instrumento que orienta a transparência, a sistematização e a reprodutibilidade da revisão *scoping*. A adoção deste referencial metodológico permitiu estruturar de forma clara as diferentes etapas do processo de revisão, nomeadamente a identificação da evidência, a seleção dos estudos, a extração dos dados e a síntese dos resultados.

Desta forma, garantiu-se uma abordagem metodológica robusta, transparente e coerente com as melhores práticas internacionais para este tipo de revisão, reforçando a credibilidade e validade científica do estudo.

4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de elegibilidade foram definidos a priori, tendo por base o modelo PCC (População, Conceito e Contexto), assegurando o alinhamento entre a questão de investigação, os objetivos da revisão e o processo de seleção dos estudos. Esta definição prévia visou garantir coerência conceptual, rigor metodológico e transparência na identificação da evidência científica relevante.

Critérios de inclusão:

Foram incluídos estudos que:

- Abordassem idosos (≥ 65 anos) com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- Descrevessem intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro de saúde familiar;
- Evidenciassem estratégias promotoras da participação da família no autocuidado do idoso;
- Fossem realizados no contexto dos Cuidados de Saúde Primários;
- Apresentassem desenho metodológico qualitativo, quantitativo ou misto, incluindo estudos primários, revisões e literatura cinzenta relevante;
- Fossem publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- Tivessem sido publicados nos últimos 10 anos, de modo a assegurar a atualidade e pertinência da evidência científica.

Critérios de exclusão:

Foram excluídos estudos que:

- Não especificassem a intervenção do enfermeiro de família;
- Não abordassem a participação da família no autocuidado;
- Incidissem exclusivamente em contexto hospitalar ou cuidados diferenciados;
- Se centrassem noutras patologias respiratórias sem enfoque específico na DPOC;
- Não apresentassem dados relevantes para responder à questão de revisão.

A definição estruturada destes critérios, ancorada no modelo PCC, permitiu delimitar de forma sistemática o corpus de análise, assegurando que os estudos selecionados fossem pertinentes, consistentes com a problemática em estudo e adequados ao objetivo da revisão.

4.2.2 ESTRATÉGIAS DE PESQUISA, IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO E PROCESSO DE SELEÇÃO

A estratégia de pesquisa desenvolvida na presente revisão teve como objetivo principal identificar e mapear, de forma abrangente, a literatura científica e a literatura cinzenta relacionada com as intervenções do enfermeiro de saúde familiar promotoras da participação da família no autocuidado do idoso DPOC, no contexto dos CSP

Para o efeito, foi adotada uma abordagem sistemática, estruturada e transparente, contemplando diferentes tipologias de fontes de informação e distintos desenhos metodológicos, de modo a assegurar a amplitude, exaustividade e robustez do processo de pesquisa.

A construção da estratégia de busca foi orientada pelas recomendações metodológicas de JBI, assegurando coerência com a estratégia PCC previamente definida.

Adicionalmente, o processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos seguiu as orientações do PRISMA-ScR, (Tricco et al.,2018), promovendo rigor metodológico, transparência e reprodutibilidade na condução e no reporte da revisão.

A estratégia de pesquisa foi formulada com base no modelo PCC previamente descrito, garantindo alinhamento com a questão de revisão e os objetivos da revisão. Para a identificação da evidência, utilizaram-se diversas combinações de descritores MeSH e termos livres, adaptados especificamente a cada base de dados, recorrendo aos operadores booleanos AND, OR e NOT.

A busca foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2026, nas seguintes bases de dados: *CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library Information Science and Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers,* através da plataforma *EBSCOhost,* disponibilizada pelo site da Ordem dos Enfermeiros.

Para a identificação de literatura cinzenta e estudos não publicados, foram realizadas pesquisas no Google *Scholar* e no RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, reconhecidos pela sua abrangência na literatura académica não publicada, incluindo dissertações e teses, permitindo uma cobertura mais completa e diversificada da evidência disponível sobre o tema.

4.2.3 RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS

Após a conclusão da pesquisa, todos os artigos obtidos foram importados para a plataforma **CADIMA®**, utilizada para gestão e organização de revisões sistemáticas e de scoping, permitindo a identificação e remoção de duplicados de forma sistemática.

Extração de dados

A triagem inicial foi realizada com base na análise dos títulos e resumos, conduzida de forma independente por dois revisores. Eventuais divergências na seleção foram resolvidas mediante discussão e consenso entre os revisores, garantindo consistência e redução de vieses no processo de triagem.

Posteriormente, procedeu-se à análise integral do texto completo dos estudos potencialmente elegíveis, novamente de forma independente por ambos os revisores, considerando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Este procedimento permitiu assegurar que apenas estudos rigorosos e pertinentes fossem incluídos na revisão, promovendo a validade e fiabilidade da síntese de evidência.

Através deste processo estruturado, foi possível identificar e incluir um total de 445 artigos, que constituem a base científica para a presente revisão.

Síntese dos dados

Os dados extraídos dos estudos incluídos estão organizados em tabelas, de modo a facilitar a sua sistematização e análise comparativa, contemplando variáveis como autores, ano e país de publicação, título do estudo, tipo de estudo e metodologia, objetivos, características da amostra e principais resultados.

Paralelamente, foi elaborado um resumo narrativo que complementa essa apresentação, permitindo uma interpretação mais aprofundada dos resultados, bem como a sua articulação com os objetivos da revisão.

Este resumo narrativo possibilita, ainda, a identificação de lacunas na literatura existente, em consonância com o propósito de uma revisão de *scoping*, centrada no mapeamento da evidência disponível.

Posteriormente serão apresentadas e discutidas as principais evidências identificadas, bem como as suas implicações para a prática de enfermagem, contribuindo para uma compreensão mais integrada do fenómeno em estudo.

4.3 RESULTADOS

Apresentam-se os resultados da revisão de *scoping*, organizados em função dos objetivos definidos e da questão de revisão. Esta análise tem como finalidade identificar, mapear e analisar as intervenções implementadas pelo Enfermeiro de Saúde Familiar que promovem a participação da família no autocuidado da pessoa idosa com DPOC, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

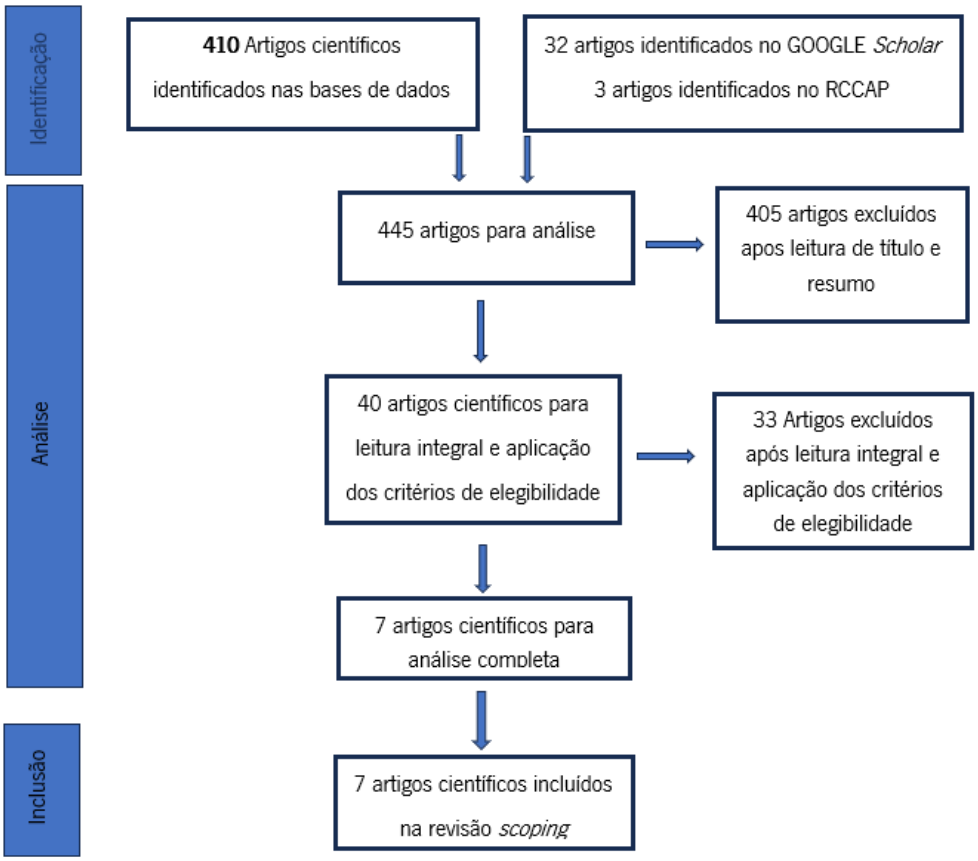
Após a realização da pesquisa sistemática nas diversas bases de dados, foram identificados 410 artigos nas bases *CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing and Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library Information Science and Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers*, 32 artigos no *Google Scholar* e três artigos na RCAAP**.**

No total, foram inicialmente identificados 445 registos passíveis de triagem com base na análise dos títulos e resumos. Nesta fase procedeu-se à exclusão daqueles cuja temática não se enquadrava nos objetivos da revisão, garantindo a seleção de estudos relevantes e pertinentes para a análise subsequente.

Na fase seguinte, procedeu-se à leitura integral do texto completo de 40 artigos, conduzida de forma independente por dois revisores, com estrita observância dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Após esta avaliação detalhada, sete estudos foram considerados elegíveis e incluídos na síntese final da revisão de scoping.

A Figura 6 apresenta o fluxograma PRISMA ScR completo do processo de seleção.

Figura 6. *Diagrama do fluxo PRISMA ScR*



Nota. Page et al, 2021

4.3.1 ESTUDOS SELECIONADOS

A síntese dos estudos incluídos, apresentada no Quadro 7, sistematiza informação relativa aos autores, ano e país de publicação, título do estudo, tipo de estudo e metodologia, objetivos, características da amostra e principais resultados.

Foram incluídos sete estudos na presente revisão, publicados entre 2016 e 2026, evidenciando uma produção científica relativamente recente sobre a temática em análise

Quadro 7. *Estudos incluídos na revisão scoping*

Autor **Ano** **País**	**Nome** **do** **estudo**	**Tipo de** **estudo/** **Metodologia**	**Objetivo** **do** **estudo**	**Amostra**	**Resultados**
Andersen et al.,2018 Dinamarca	Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experiences of interacting with healthcare providers – a qualitative longitudinal study	Qualitativo longitudinal; Entrevistas; Análise temática.	Orientar familiares sobre medicação e DPOC	Utentes com DPOC 56-86 anos	-Pacientes e familiares vivenciam sentimentos de esperança e incerteza; -Relação com os enfermeiros impacta o bem-estar e envolvimento nos cuidados

Dulemba et al. (2016), Estados Unidos da América	Comprehensive assessment of the needs of chronic obstructive pulmonary disease patients residing in east-central Indiana and west-central Ohio	Estudo quantitativo Descritivo, do tipo avaliação (*needs assessment*) Questionários	Realizar uma avaliação das necessidades de pacientes com DPOC em duas regiões dos EUA para desenvolver intervenções que melhorem resultados de saúde.	70 adultos com DPOC; 65–74 anos. Amostra Por conveniência.	-Autogestão da DPOC - Educação sobre dispneia/exacerbações -Programas de cessação tabágica -Rastreamento da depressão -Gestão da doença -Capacitação da família/cuidador -Coordenação de cuidados

Fotokian et al. (2017), Irão	The empowerment of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: Managing life with the disease	Qualitativo; Entrevistas; Análise temática.	Investigar como idosos com DPOC vivenciam o processo de empoderamento para a gestão da doença.	15 idosos com DPOC, 5 profissionais de saúde e 4 cuidadores familiares	-Capacitar idosos e famílias no controle da DPOC -Treinar técnica de inalação e uso de dispositivos -Ensinar estratégias para lidar com dispneia -Orientar sobre mudanças no estilo de vida

Farquhar et al., 2017 Reino Unido	Six key topics informal carers of patients with breathlessness in advanced disease want to learn about and why: MRC phase I study to inform an educational intervention	Qualitativo Entrevistas semi-estruturadas; Análise temática	Identificar necessidades educativas de cuidadores informais de pacientes com dispneia em doença avançada.	25 díades paciente-cuidador	-Identificação de 6 tópicos na gestão da DPOC: -Gestão da dispneia -*Coping* -Comunicação -Apoio emocional -Cuidados práticos -Conhecimento da doença.

Liu et al., 2025, China	A survey and analysis of inhalation medication adherence among 977 COPD patients in a region of northern China	Quantitativo Observacional transversal	Avaliar o nível de controle da doença, a adesão à terapia inalatória e os potenciais fatores que influenciam a adesão ao tratamento em pacientes com DPOC.	977 utentes com DPOC, 50-89 anos	- Supervisão familiar associada a melhores níveis de adesão -Incluir a família no apoio e educação sobre o autocuidado

Silva e Silva, 2020, Brasil	Constitution of the caregiver subject at home care: psycho-affective, cognitive and moral dimensions	Qualitativo fenomenológico; Entrevistas semi- -Estruturadas; Análise temática.	Explorar como os cuidadores familiares constroem a sua identidade e experiência no cuidado domiciliar, considerando dimensões psicoafectivas, cognitivas e morais.	13 cuidadores familiares de utentes idosos co DPOC	- Capacitar o cuidador familiar -Orientar profissionais de saúde -Apoiar emocionalmente a família - Participar com a família nos cuidados diários -Supervisionar autocuidado do idoso

Seixas, (2019), Portugal	Enfermagem de saúde familiar e gestão terapêutica da DPOC: Capacitação da família no autocuidado da pessoa doente	Qualitativo Entrevistas semi -estruturadas Análise temática	Investigar como a enfermagem de saúde familiar pode capacitar familiares de pessoas com DPOC para apoiar o autocuidado e a adesão terapêutica do paciente.	4 famílias com pelo menos um membro idoso com DPOC	-Educar sobre DPOC e medicação -Capacitar a família para autocuidado -Participar nos cuidados diários -Acompanhar continuamente utente e família -EF mediador e facilitador do autocuidado familiar.

4.3.2 DESCRIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Da análise crítica dos estudos selecionados, destaca-se uma abrangência geográfica significativa, integrando investigações desenvolvidas na Europa (Reino Unido, Portugal, Dinamarca), América (Estados Unidos, Brasil) e Ásia (China, Irão), o que reforça o carácter transversal e global da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), particularmente no contexto do envelhecimento populacional. Esta diversidade contribui para uma maior robustez externa dos resultados, ao permitir a consideração de diferentes contextos socioculturais e organizacionais dos sistemas de saúde.

No que concerne ao desenho metodológico, observa-se o predomínio de abordagens qualitativas (Andersen et al., 2018; Farquhar et al., 2017; Fotokian et al., 2017; Seixas, 2019; Silva e Silva, 2020), complementadas por estudos quantitativos (Dulemba et al., 2016; Liu et al., 2025). Esta complementaridade metodológica revela-se particularmente relevante, uma vez que permite a triangulação da evidência, articulando a compreensão aprofundada das experiências subjetivas com a identificação de padrões e associações.

Relativamente às amostras, verifica-se uma heterogeneidade significativa, tanto em termos de dimensão como de composição. Os estudos quantitativos apresentam amostras mais alargadas, como o de Dulemba et al. (2016), que integrou 70 participantes, maioritariamente com idade igual ou superior a 65 anos, e o de Liu et al. (2025), com uma amostra de 977 indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 89 anos, reforçando a validade externa dos resultados. Em contraste, os estudos qualitativos recorreram a amostras intencionais de menor dimensão, adequadas à exploração aprofundada de significados e experiências. Andersen et al. (2018) incluíram participantes com idades entre os 56 e os 86 anos; Fotokian et al. (2017) envolveram 15 idosos com DPOC, profissionais de saúde e cuidadores familiares, permitindo uma análise multidimensional; e Farquhar et al. (2017) analisaram 25 díades paciente-cuidador. Adicionalmente, Silva e Silva, 2020 centraram-se em 13 cuidadores familiares, enquanto Seixas (2019) estudaram quatro famílias, evidenciando a relevância da família enquanto unidade de cuidados. Todos os estudos empregaram estratégias intencionais, selecionando participantes que possuíam experiência direta com o cuidado de idosos com DPOC ou com a interação com enfermeiros de saúde familiar. Essa seleção garante que os dados reflitam experiências relevantes e contextualizadas, alinhadas com o objetivo da investigação

Os estudos qualitativos evidenciam a complexidade das experiências vividas pelos doentes com DPOC e pelos seus cuidadores, bem como a centralidade das dinâmicas familiares na gestão da doença.

Andersen et al. (2018) destacam o papel do enfermeiro como mediador na relação entre a família e os serviços de saúde, promovendo a continuidade dos cuidados e o reforço da autonomia. Fotokian et al. (2017) enfatizam o empoderamento como elemento central, salientando a importância da capacitação no uso de dispositivos terapêuticos e na gestão da dispneia. Farquhar et al. (2017) identificam necessidades educativas e emocionais dos cuidadores, particularmente no controlo da ansiedade e na prevenção de complicações. Por sua vez, Silva e Silva (2020) abordam as dimensões psicoafetivas e morais do cuidar, evidenciando o impacto emocional associado a este papel. Seixas (2019) reforça a importância da enfermagem de saúde familiar na capacitação para o autocuidado e na gestão terapêutica em contexto domiciliário.

Por outro lado, os estudos quantitativos fornecem evidência empírica sobre a eficácia das intervenções de enfermagem. Dulemba et al. (2016), evidenciam a importância de uma avaliação abrangente das necessidades, destacando intervenções como a educação para a autogestão, programas de cessação tabágica, monitorização de exacerbações e rastreio da depressão. Liu et al. (2025) demonstram uma associação significativa entre a supervisão familiar e a adesão à terapêutica inalatória, reforçando o papel da família como elemento determinante no controlo da doença.

Na recolha de dados, as entrevistas semiestruturadas foram predominantes, permitindo flexibilidade e profundidade na exploração de temas como capacitação familiar, suporte emocional, gestão da dispneia e adesão terapêutica. Estudos longitudinais, como Andersen et al. (2018), realizaram entrevistas em múltiplos momentos para capturar mudanças na experiência emocional de pacientes e familiares ao longo do tempo.

A análise dos dados seguiu maioritariamente a análise temática, identificando padrões, categorias e dimensões centrais relacionadas ao autocuidado, empoderamento familiar e apoio do enfermeiro de família. Estudos com abordagem fenomenológica, como Fotokian et al. (2017) e Silva & Silva (2020), enfatizaram a experiência subjetiva dos participantes, permitindo compreender a complexidade das dimensões psicoafetivas, cognitivas e morais do cuidador. Todos os estudos observaram rigor ético, incluindo consentimento informado e confidencialidade.

De forma transversal, os estudos convergem na valorização de uma abordagem centrada na pessoa e na família, reconhecendo a interdependência entre o doente e o seu contexto familiar. As intervenções de enfermagem identificadas incluem educação para a saúde, treino de competências técnicas,

desenvolvimento de estratégias de *coping,* suporte emocional ao cuidador, capacitação para o autocuidado, bem como coordenação e continuidade dos cuidados.

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel central e multifacetado, integrando funções educativas, clínicas, de coordenação e de suporte psicossocial. A evidência analisada sustenta a integração de intervenções de enfermagem centradas na família como componente essencial na gestão da DPOC, contribuindo para a melhoria da adesão terapêutica, prevenção de exacerbações e promoção de ganhos em saúde sustentáveis.

Não constituindo um requisito metodológico obrigatório da revisão scoping, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada com o propósito de contextualizar e caracterizar o nível de evidência disponível, não tendo sido utilizada para exclusão de estudos nem para hierarquização dos resultados.

Os estudos quantitativos (Dulemba et al., 2016; Liu et al., 2025) foram avaliados através do Instrumento de Avaliação Crítica para Ensaios Clínicos Randomizados ou Quase-randomizados (JBI, 2017), composto por oito critérios que permitem analisar a validade interna, a robustez metodológica e a fiabilidade dos resultados. Globalmente, estes estudos cumprem a totalidade dos critérios avaliados, evidenciando elevada consistência metodológica.

4.4 DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que o envolvimento familiar constitui um fator determinante na adesão terapêutica e no controlo da DPOC, corroborando o modelo de cuidados crónicos proposto por Wagner et al. (1996), que defende a integração entre doentes informados, equipas de saúde capacitadas e sistemas de suporte eficazes. De igual forma, os contributos de Lorig e Holman (2003) reforçam que a autogestão eficaz depende do suporte social, particularmente da família, o que está em consonância com os achados de Dulemba et al. (2016), Liu et al. (2025) e Seixas (2019). Este último destaca a importância da capacidade da família para gerir de forma ativa o autocuidado do idoso, sublinhando que a educação estruturada e o treino em estratégias terapêuticas aumentam a adesão, promovem a autonomia do paciente e fortalecem a coesão familiar em torno do cuidado.

A centralidade da família é igualmente sustentada pelo Modelo de Calgary, desenvolvido por Wright e Leahey (2013), que conceptualiza a família como um sistema dinâmico interdependente. Esta

perspetiva é reforçada por Friedemann (1995), ao evidenciar que a saúde familiar resulta de processos de adaptação e organização. Assim, os resultados analisados sustentam a necessidade de intervenções de enfermagem de saúde familiar que promovam o equilíbrio sistémico da família no contexto da DPOC, reconhecendo que a família não é apenas suporte do paciente, mas também unidade de cuidado que influencia diretamente a adesão terapêutica e a qualidade de vida do idoso.

Os estudos empíricos demonstram que as intervenções do enfermeiro de saúde familiar são multifacetadas, abrangendo educação para a saúde, capacitação técnica, suporte emocional e coordenação de cuidados. Andersen et al. (2018), Fotokian et al. (2017), Liu et al. (2025) e Seixas (2019) salientam o enfermeiro como mediador do autocuidado familiar, promovendo autonomia, empoderamento e capacidade de decisão compartilhada. Estas intervenções incluem a educação estruturada sobre a doença e medicação, treino no uso correto de dispositivos terapêuticos, orientação sobre gestão de crises respiratórias e desenvolvimento de estratégias de autocuidado adaptadas às capacidades do idoso e da família. Liu et al. (2025) e Seixas (2019) enfatizam que a combinação de educação familiar, monitorização domiciliar e suporte contínuo maximiza a adesão terapêutica, a prevenção de exacerbações e a consolidação do papel da família como parceira ativa no cuidado.

Orem (2001) refere que, a capacitação da família deve ser contínua e sistemática, de forma a expandir o autocuidado do indivíduo para o sistema familiar, promovendo não apenas a adesão terapêutica, mas também a prevenção de exacerbações e hospitalizações. O empoderamento do paciente e da família, sustentado por Aujoulat et al. (2007) e reforçado por Farquhar et al. (2017), consiste em desenvolver competências para tomada de decisão informada, monitorização dos sintomas e gestão segura da doença, integrando os cuidadores como parceiros ativos no cuidado.

Estudos como White et al. (2019), Liu et al. (2025) e Seixas (2019) evidenciam que programas estruturados de acompanhamento, envolvendo a família, aumentam a adesão terapêutica, reduzem a frequência de exacerbações e permitem identificar precocemente sinais de descompensação. Este acompanhamento inclui visitas regulares, telemonitorização, reforço de competências em autocuidado e avaliação contínua do estado clínico do idoso, criando uma ponte entre o serviço de saúde e o contexto familiar.

O suporte emocional é outro componente essencial, permitindo reduzir a ansiedade, o stress e a sobrecarga do cuidador, conforme evidenciado por Schulz e Sherwood (2008), Moss et al. (2019) e Farquhar et al. (2017). Intervenções de comunicação terapêutica, aconselhamento emocional e criação

de redes de suporte familiar contribuem para fortalecer a resiliência da família, melhorando simultaneamente a adesão do paciente ao plano terapêutico e a sua qualidade de vida.

Adicionalmente, as intervenções do enfermeiro de saúde familiar devem ser individualizadas e culturalmente sensíveis, considerando fatores socioeconómicos, literacia em saúde, dinâmica familiar e recursos disponíveis. A integração de abordagens interprofissionais e protocolos padronizados, alinhados com recomendações da GOLD (2023) e da ATS/ERS (2021), garante consistência, segurança e eficácia das intervenções, permitindo que as práticas baseadas na evidência sejam aplicáveis a diferentes contextos clínicos.

Apesar dos benefícios, é importante reconhecer que o envolvimento familiar pode gerar sobrecarga física e emocional. Silva e Silva (2020) e Holland et al. (2018) destacam que nem todas as famílias dispõem de recursos suficientes para sustentar um papel ativo no cuidado. Por este motivo, as intervenções devem incluir estratégias de *coping*, suporte psicológico e capacitação gradual, assegurando que a participação da família não comprometa a sua saúde física ou emocional.

Neste contexto, a abordagem centrada nas forças (Gottlieb, 2013), assume particular relevância ao orientar a prática de enfermagem para a identificação e mobilização dos recursos, capacidades e potencialidades da família, em detrimento de uma abordagem centrada exclusivamente no défice. Esta perspetiva permite promover intervenções mais equilibradas e sustentáveis, ajustadas às reais possibilidades da família, contribuindo para a redução da sobrecarga e para o fortalecimento da sua capacidade de adaptação ao processo de cuidar.

Em síntese, a gestão da DPOC em contexto de cuidados de saúde primários exige uma abordagem sistémica, contínua e centrada na família, em que o enfermeiro de saúde familiar emerge como elemento-chave na articulação entre paciente, família e serviços de saúde. Intervenções estruturadas, integradas e sustentadas em teoria e evidência, como demonstrado por Liu et al. (2025) e Seixas (2019), promovem o autocuidado do idoso, a participação ativa da família, a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida, consolidando o papel do enfermeiro de saúde familiar, como agente de transformação na gestão da doença crónica.

4.4.1 LIMITAÇOES DA REVISÃO *SCOPING*

Apesar da relevância dos resultados, importa reconhecer algumas limitações deste estudo. Enquanto revisão scoping, o objetivo centrou-se no mapeamento da evidência existente e não avaliar de forma aprofundada a eficácia das intervenções, o que condiciona, à partida, o tipo de conclusões passíveis de serem extraídas. A maioria dos estudos incluídos apresenta desenhos qualitativos, descritivos e transversais, adequados à exploração do fenómeno, mas limitando a análise de causalidade e a comparação entre resultados. Acresce a reduzida exploração da reflexividade dos investigadores, sobretudo nos estudos qualitativos, o que pode introduzir viés interpretativo.

Verifica-se ainda uma escassez de estudos longitudinais e experimentais, o que restringe a avaliação do impacto das intervenções ao longo do tempo. Paralelamente, a literatura continua centrada na pessoa com DPOC, em detrimento de uma abordagem mais sistémica e centrada na família. Apesar da crescente valorização teórica da família enquanto Unidade de Cuidados, muitos estudos continuam a privilegiar a dimensão individual da doença, com ênfase nos aspetos clínicos e no autocuidado, negligenciando o impacto nas dinâmicas familiares e o potencial das intervenções familiares.

4.4.2 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados obtidos evidenciam implicações relevantes para a prática de enfermagem, reforçando a necessidade de uma abordagem centrada na família, conforme preconizado por Wright e Leahey (2013). Neste contexto, o enfermeiro assume um papel estratégico enquanto mediador entre a pessoa, a família e os serviços de saúde, promovendo o autocuidado como um processo dinâmico e partilhado.

Segundo Orem (2001), torna-se fundamental investir na capacitação contínua da família, através da implementação de intervenções educativas estruturadas, que integrem a aquisição de conhecimentos sobre a doença, o treino no uso adequado de dispositivos terapêuticos e o desenvolvimento de competências para a gestão eficaz da DPOC. Neste sentido, os enfermeiros de saúde familiar devem planear e operacionalizar intervenções que abordem de forma sistemática aspetos relacionados com a terapêutica, o autocuidado e gestão de exacerbações, promovendo a participação ativa e informada da família no processo de cuidado.

Paralelamente, o suporte emocional contínuo, assente numa comunicação empática e numa relação terapêutica de confiança, revela-se essencial para a redução da ansiedade, do stress e da sobrecarga do cuidador. As intervenções de enfermagem devem, assim, promover o empoderamento da pessoa e da família, incentivando a autonomia, a tomada de decisão partilhada e a gestão segura da doença.

Importa ainda assegurar que estas intervenções sejam culturalmente sensíveis e ajustadas ao contexto social e económico de cada família, garantindo a sua adequação e efetividade.

O acompanhamento domiciliário contínuo constitui uma estratégia fundamental, permitindo monitorizar a adesão ao regime terapêutico, identificar precocemente sinais de exacerbação e intervir atempadamente, contribuindo para a prevenção de complicações. Simultaneamente, o suporte ao cuidador familiar assume particular relevância na mitigação da sobrecarga associada ao cuidado, conforme evidenciado por Schulz e Sherwood (2008).

A prática de enfermagem deve, portanto, ser individualizada e centrada nas necessidades específicas de cada família, considerando os seus recursos, capacidades e dinâmicas internas, e integrada num modelo interprofissional que promova a articulação entre diferentes áreas do cuidado. A implementação de protocolos clínicos alinhados com recomendações internacionais, como as da GOLD (2023) e das ATS/ERS (2021), poderá contribuir para a uniformização das práticas e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em síntese, o enfermeiro especialista em saúde familiar deve assumir uma atuação proativa, contínua e centrada na família, orientada para a promoção da autonomia, a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com DPOC e do seu contexto familiar.

4.4.3 DIREÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA

Face às lacunas identificadas, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que aprofundem o conhecimento sobre o envolvimento da família no autocuidado da pessoa com DPOC. Neste âmbito, destaca-se a necessidade de investigações de natureza longitudinal e experimental**,** que permitam avaliar de forma robusta a eficácia das intervenções de enfermagem centradas na família.

Sugere-se, igualmente, a conceção, implementação e validação de programas estruturados de intervenção, sustentados em referenciais teóricos sólidos, nomeadamente no âmbito dos modelos de enfermagem de saúde familiar, de forma a promover intervenções consistentes, sistematizadas e baseadas na evidência.

Adicionalmente, torna-se pertinente aprofundar a investigação centrada no cuidador familiar, particularmente no que se refere à sobrecarga associada ao cuidado, às estratégias de *coping* e às necessidades de suporte. Importa, ainda, integrar variáveis como a literacia em saúde, o contexto

socioeconómico e o acesso aos cuidados, em consonância com as recomendações da GOLD (2023), reconhecendo a sua influência na gestão da doença e no envolvimento familiar.

Paralelamente, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que explorem intervenções culturalmente sensíveis**,** ajustadas à diversidade social e económica das famílias, bem como a incorporação de tecnologias digitais e estratégias de telemonitorização, com potencial para ampliar o acesso, a continuidade e a efetividade dos cuidados. A investigação futura deverá também privilegiar abordagens que promovam o bem-estar do cuidador e a integração multidisciplinar, considerando o papel das políticas de saúde no suporte ao autocuidado familiar sustentável. Destaca-se a importância do desenvolvimento de protocolos de intervenção padronizados e replicáveis**,** que integrem a família como unidade central de cuidados, facilitando a comparabilidade entre estudos e a implementação de práticas baseadas na evidência em diferentes contextos clínicos.

Em síntese, a evidência disponível reforça que intervenções de enfermagem familiar, estruturadas e centradas na educação, no suporte emocional e no empoderamento, são fundamentais para a promoção do autocuidado da pessoa idosa com DPOC e família. Neste sentido, sublinha-se a relevância da atuação do enfermeiro de saúde familiar, bem como a necessidade de investigação futura orientada para a consolidação de práticas clínicas eficazes e sustentáveis.

Em síntese, embora o presente estudo permita mapear a evidência disponível e identificar lacunas no conhecimento, os resultados devem ser interpretados à luz das limitações identificadas. Torna-se evidente a necessidade de desenvolvimento de investigação futura mais robusta, nomeadamente estudos longitudinais e experimentais, bem como investigações que integrem de forma consistente a família como unidade de cuidados, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento e para a sustentação da prática clínica baseada na evidência.

5. CONCLUSÃO

O estágio em Enfermagem de Saúde Familiar configurou-se como uma experiência formativa profunda, consolidando competências teóricas, técnicas e reflexivas essenciais para a prática especializada. A vivência clínica, articulada com a aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, permitiu uma abordagem sistémica, relacional e integrativa, favorecendo a gestão articulada dos recursos familiares e a adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada contexto, promovendo autonomia, equilíbrio e saúde familiar. A interação direta com famílias evidenciou a complexidade das dinâmicas familiares, reforçando a importância de compreender padrões de comunicação, estilos de tomada de decisão e estratégias de *coping,* de modo a estruturar intervenções individualizadas e eficazes.

A revisão scoping sobre intervenções do enfermeiro de saúde familiar que fomentam a participação da família no autocuidado do idoso com DPOC revelou que estratégias estruturadas de educação, acompanhamento e suporte emocional são fundamentais para fortalecer a adesão terapêutica, reduzir a sobrecarga do cuidador e consolidar a autonomia do paciente. A participação ativa da família contribui diretamente para a gestão segura da doença, melhora a capacidade de autocuidado do idoso e promove um ambiente de suporte emocional que beneficia todos os membros do sistema familiar. Este cenário reafirma a centralidade da família como agente ativo na gestão da doença crónica e sublinha o papel estratégico do enfermeiro como mediador, educador e coordenador interprofissional, integrando cuidados centrados no paciente e na família e promovendo a co-responsabilização pelo autocuidado.

Durante o estágio, tornou-se evidente que a eficácia das intervenções de enfermagem depende da continuidade, da comunicação empática e da articulação com outros profissionais de saúde. O acompanhamento domiciliário, o treino em técnicas de autocuidado, a educação sobre medicação e dispositivos respiratórios, bem como o suporte emocional e psicológico, revelaram-se determinantes para reduzir ansiedade e stress familiar, enquanto fortalecem o empoderamento e a autonomia do paciente. Estas práticas, demonstram que a intervenção do enfermeiro de saúde familiar deve ser simultaneamente educativa, relacional e sistémica, promovendo a integração da família como um componente ativo no processo de cuidado.

O estágio evidenciou, ainda, a relevância da escuta ativa, da presença ética e da reflexão crítica como pilares do cuidado familiar. A co-construção de planos de cuidados, alinhados com as necessidades e recursos de cada família, permitiu promover capacitação, desenvolvimento de competências e resiliência sistémica, garantindo que as intervenções fossem contextualizadas, culturalmente sensíveis e adaptadas à realidade social e económica das famílias. A experiência também reforçou a necessidade de o enfermeiro atuar como facilitador da decisão compartilhada, incentivando o diálogo e a participação da família nas escolhas terapêuticas, fortalecendo a autonomia e o protagonismo do idoso e de seus cuidadores.

Em síntese, este percurso consolidou competências essenciais, estimulou a reflexão crítica e reforçou o compromisso com uma prática qualificada, humanizada e baseada na família. Demonstrou que a atuação do EEECESF é determinante na promoção da autonomia, adesão terapêutica e qualidade de vida do idoso com DPOC, evidenciando que a excelência clínica se constrói na interseção entre conhecimento, ação e reflexão. O estágio não encerra a aprendizagem, mas simboliza um compromisso contínuo com a prática especializada, ética, centrada na família e transformadora, constituindo um marco na consolidação da minha identidade profissional como enfermeira de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2025). *RIS MIM@UF – Módulo de informação e monitorização das unidades funcionais*. https://www.acss.min-saude.pt

Alarcão, M. (2001). *A reflexão crítica na formação e prática profissional em enfermagem*. Lidel.

Alarcão, M. (2019). *Enfermagem familiar: Competências e práticas centradas na família*. Lidel.

American Thoracic Society & European Respiratory Society. (2021). *ATS/ERS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease*. https://www.thoracic.org/

Andersen, I. C., Thomsen, T. G., Bruun, P., & Bødtger, U. (2018). Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experiences of interacting with healthcare providers – A qualitative longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(3), 1190–1198.

Apóstolo, J. L. (2017). *Metodologia da pesquisa em enfermagem: Fundamentos e técnicas*. Edições Sílabo.

Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling, 66*(1), 13–20. https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.008

Bárbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M. J., & Burney, P. (2013). Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lisbon, Portugal: The BOLD study. *Revista Portuguesa de Pneumologia, 19*(3), 96–105.

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2026). https://www.bicsp.min-saude.pt

Carter, B., & McGoldrick, M. (2011). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2.ª ed.). Artemed.

Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. Diário da República.

Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Diário da República.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Doença pulmonar obstrutiva crónica: Relatório anual*. https://www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. https://www.dgs.pt

Dulemba, S. E., Skomo, M. L., & Panko, T. L. (2016). Comprehensive assessment of COPD patients. *Journal of Community Health, 41*(5), 1019–1027.

Farquhar, M. C., Prevost, A. T., McCrone, P., Higginson, I. J., & Booth, S. (2017). Informal carers of patients with breathlessness. *Palliative Medicine, 31*(3), 254–261.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

Fotokian, Z., Shahboulaghi, F. M., Khoshknab, M. F., & Mohammadi, E. (2017). Empowerment of elderly patients with COPD. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 19*(2), e44043.

Friedemann, M.-L. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing*. SAGE Publications.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD*. https://goldcopd.org

Gottlieb, L. N. (2013). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family*. Springer.

Instituto Nacional de Estatística. (2026). *Censos 2021*. https://www.ine.pt

Liu, L., Xiao, J., & Yu, S. (2025). Medication adherence in COPD patients. *BMC Pulmonary Medicine*. ⚠ *(mantido mas deve ser verificado no artigo original antes da entrega final)*

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1–7.

Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot review 10 years on*. Institute of Health Equity.

McCormack, B., & Godden, J. (2018). *Developing person-centred practice*. Routledge.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories*. Springer.

Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários*. Lidel.

Moss, K. O., Kurzawa, C., & Daly, B. (2019). Family caregiver anxiety. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 21*(1), 14–20.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018: Competências específicas do enfermeiro de família.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Domínios fundamentais da prática de enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados enfermeiro especialista.*

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Regulamento n.º 743/2019: Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Organização Mundial da Saúde. (2024, 6 de novembro). *Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).* https://www.who.int

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, 372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Pascoal, A., & Souza, I. (2021). *Competências em enfermagem comunitária: Estratégias de intervenção em saúde familiar.* Lisboa: Edições Saúde.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis.* https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

PORDATA. (2021). *Indicadores demográficos*. https://www.pordata.pt

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing, 108*(9 Suppl), 23–27. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c

Seixas, E. J. C. N. (2025). *Enfermagem de saúde familiar e gestão terapêutica da DPOC: Capacitação da família no autocuidado da pessoa doente* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. http://hdl.handle.net/10400.19/9379

Silva, P., Santos, R., & Oliveira, L. (2022). Colaboração interprofissional na enfermagem familiar: Uma revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem, 36*(4), 45–58. https://doi.org/10.1016/j.rpen.2022.04.005

Silva, Y. C., & Silva, K. L. (2020). Constitution of the caregiver subject at home care: Psycho-affective, cognitive and moral dimensions. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(Suppl 3), e20180369.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly, 74*(4), 511–544. https://doi.org/10.2307/3350391

Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. 4th Floor Press.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Zhang, M., Mao, X., Li, F., & Xianyu, Y. (2023). The effects of nurse-led family pulmonary rehabilitation intervention on quality of life and exercise capacity in rural patients with COPD. *Nursing Open, 10*, 5606–5615. https://doi.org/10.1002/nop2.1804

ANEXOS

ANEXO 1- PÓSTER: PROMOÇÃO DA CESSAÇÃO TABÁGICA EM UTENTE COM DPOC: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE FAMILIAR

IV SIMPÓSIO
USF SENHORA DA GRAÇA
NAS LEVADAS DA DPOC

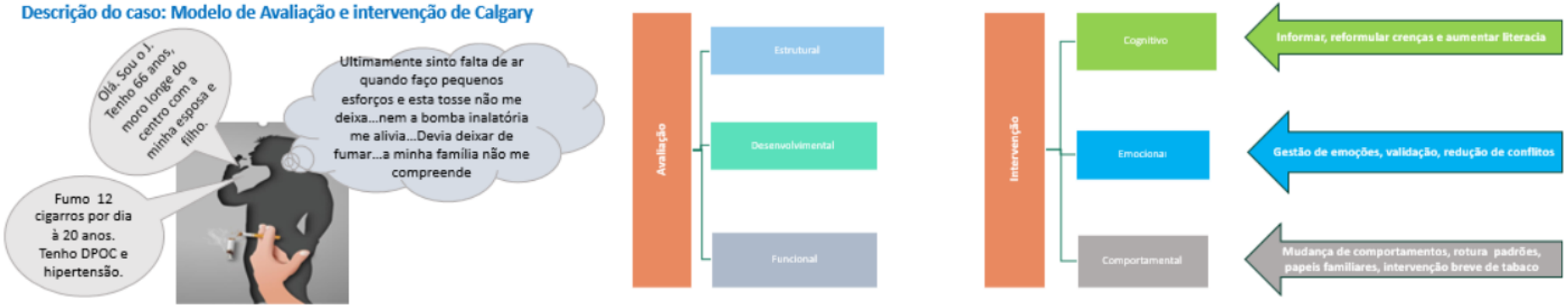
Promoção da Cessação Tabágica em Utente com DPOC: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar.

Realizado por: Lília Leite; lleite@ulsaave.min-saude.pt,962580400; Rui Pereira; ruipereira@ese.uminho.pt

Enquadramento: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença respiratória crónica, progressiva e irreversível, com elevada prevalência global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,2022) o tabagismo constitui o principal fator de risco modificável, responsável pela maioria dos casos de DPOC. Nos Cuidados de Saúde Primários, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar desempenha papel central na educação para a saúde, capacitação do utente e família e apoio à mudança comportamental.

Justificação: A utilização do Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary permite uma abordagem sistêmica, identificando dinâmicas familiares que influenciam comportamentos relacionados ao consumo de tabaco. O papel do Enfermeiro de Família é fundamental para promover mudanças, incentivar a cessação do tabagismo, garantir a adesão terapêutica e fornecer suporte contínuo.

Descrição do caso: Modelo de Avaliação e intervenção de Calgary



Discussão: A análise familiar evidenciou que o tabagismo é um fenômeno relacional, impactando negativamente as relações conjugais e parentais. O acompanhamento do enfermeiro, aliado ao envolvimento familiar, mostrou-se essencial para apoiar a cessação gradual do tabagismo, com sucesso relacionado à redução de conflitos e ao fortalecimento da coesão familiar. Estes achados reforçam a eficácia de intervenções centradas na família para promover mudanças comportamentais sustentáveis e melhorar a qualidade das relações interpessoais.

Conclusão: O enfermeiro de família é fundamental na promoção da cessação do tabagismo e no fortalecimento das relações familiares, evidenciando que o suporte familiar é determinante para mudanças comportamentais sustentáveis.

Referencias Bibliográficas

ANEXO 2- PROCEDIMENTO “AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR”

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE	PROCEDIMENTO	Código: PRO.002.ULSAAVE Data Elaboração: XX/0X/2025 Próxima Revisão: XX/0X/2028 Edição: XX Revisão: XX
Avaliação e Intervenção Familiar de Enfermagem		
AMBITO: Avaliação das necessidades de saúde da família e a implementação de intervenções de cuidados de enfermagem e promoção da saúde,		

1. **OBJECTIVO:**
   - Avaliar a componente estrutural, de desenvolvimento e a funcional da família.
   - Identificar as necessidades de saúde da família.
   - Promover a educação em saúde dentro do contexto familiar.
   - Fortalecer a autonomia da família na gestão dos cuidados de saúde.
   - Promover a comunicação eficaz entre os membros da família.
   - Identificar e intervir em situações de risco na dinâmica familiar.
   - Apoiar a família na adaptação às transições de vida (desenvolvimental, situacional, saúde/doença, organizacional).

2. **DESTINATÁRIOS:**

Enfermeiros de Família de uma Unidade de Saúde Familiar.

3. **RESPONSÁVEL:**

Enf.ª Sandrina Sousa e Enf.ª Sílvia Martins, Enf.ª Andreia Vieira e Enf.ª Lília Leite, alunas do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar.

4. **DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E SIGLAS:**

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

Enf.ª–Enfermeira

FACES- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

MCAIF-Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF- Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF- Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

5. **PALAVRAS CHAVE:**

Saúde Familiar; Estrutura familiar; Enfermeiros de Saúde da Família; Dinâmica Familiar

6. DESCRIÇÃO:

6.1 Enfermagem de Família

A enfermagem de família é uma especialidade que se foca no cuidado integral e holístico das famílias, reconhecendo que a saúde de um indivíduo está intimamente ligada ao contexto familiar e social em que vive.

Uma das principais abordagens da enfermagem de família é o reconhecimento da família como um sistema dinâmico, onde as interações e os cuidados entre seus membros influenciam o bem-estar de todos. O enfermeiro, ao realizar uma avaliação da dinâmica familiar, não apenas observa as condições físicas de saúde, mas também os aspetos emocionais, sociais e culturais que impactam o cuidado. González et al. (2012) reforçam que a "enfermagem de família deve entender que a família é um sistema interdependente, onde mudanças em um membro podem afetar o todo".

Além disso, a enfermagem de família tem um papel crucial nas transições de vida (Meleis, 2000) sejam do tipo desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações/transição de papeis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas,). Meleis (2010) afirma que "as transições de saúde exigem um acompanhamento contínuo, com foco no autocuidado e na capacitação dos familiares para gerir a situação de saúde". O enfermeiro de família tem, portanto, a responsabilidade de fornecer apoio educativo e emocional, contribuindo para que a família se adapte às mudanças e consiga tomar decisões informadas sobre os cuidados de saúde.

Como sublinha Figueiredo (2023), a enfermagem de saúde familiar "deve promover um olhar integral sobre a família, considerando a sua história, as suas necessidades e as suas vulnerabilidades, respeitando o seu contexto cultural e social", destacando a importância de uma abordagem sistémica e personalizada. A intervenção do enfermeiro de família deve ser baseada na promoção do autocuidado, permitindo que os membros da família adquiram habilidades para gerir a saúde, prevenir doenças e lidar com as adversidades. Pereira et al. (2013) destacam que "a intervenção de enfermagem deve focar-se no fortalecimento das capacidades da família, ajudando-a a identificar recursos e estratégias para enfrentar os desafios da saúde de forma mais eficaz".

A enfermagem de família vai além do cuidado individual, tratando a saúde como uma construção coletiva e relacional, onde a participação ativa da família no processo do cuidar é essencial para alcançar melhores resultados de saúde.



HANSON, Shirley, (2005)

6.2 Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar



6.3- Instrumentos de Avaliação/Intervenção Familiar

3

A avaliação familiar em enfermagem é uma etapa fundamental para compreender a dinâmica, necessidades e recursos da família. Existem vários **instrumentos estruturados** que ajudam os enfermeiros a realizar essa avaliação de forma sistematizada e humanizada. Os principais instrumentos utilizados são:

Avaliação Estrutural da família:

1. Genograma (Anexo nº1)

- **O que é:** Representação gráfica da estrutura familiar em forma de árvore genealógica, geralmente contemplando três gerações. Deve apresentar legenda e data de elaboração.
- **Para que serve:** Identifica padrões de saúde/doença, relações familiares, hereditariedade, papéis e vínculos.

2. Ecomapa (Anexo nº2)

- **O que é:** Diagrama que mostra as conexões da família com sistemas externos (escola, trabalho, serviços de saúde, religião, etc.).
- **Para que serve:** Avalia os apoios sociais e recursos disponíveis, além de identificar fontes de stress.

3. Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2010) (Anexo nº3)

- **O que é:** um instrumento de avaliação socioeconómica que tem como principal objetivo classificar as famílias ou indivíduos em diferentes estratos socioeconómicos. Descreve a notação social da família.
- **Para que serve:** Permite a Classificação da Família segundo 5 critérios:
  - Profissão
  - Instrução
  - Origem do Rendimento Familiar
  - Tipo de Habitação
  - Local de Residência

Para o preenchimento da Escala de Graffar adaptado deve-se considerar apenas o elemento do agregado familiar com maior vencimento.

Avaliação Desenvolvimental da família:

1. *Modelo de Estádios de Desenvolvimento Familiar de Duvall* (Anexo nº4)

O modelo de Duvall é um dos mais conhecidos e baseia-se em 8 estádios de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida familiar:

- **Estádio 1**: Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1.º filho)
- **Estádio 2**: Família com filhos pequenos (do nascimento do 1.º filho à idade pré-escolar, 3 anos)
- **Estádio 3**: Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)

- **Estádio 4**: Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13 anos)
- **Estádio 5**: Família com adolescentes (da saída da escola ao início de estudos superiores, 20 anos)
- **Estádio 6**: Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa)
- **Estádio 7**: Família na meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma)
- **Estádio 8**: Família idosa (da reforma à viuvez)

Este modelo foca-se nos processos de mudança nas funções e nas relações familiares à medida que os membros da família avançam pelas diferentes fases da vida.

2. *Ciclo de Vida Familiar de Carter e McGoldrick* (Anexo nº 5)

Estádios do ciclo vital da família:

- **Estádio 1:** Sair de casa: adultos jovens solteiros
- **Estádio 2:** União das famílias pelo casamento: o novo casal
- **Estádio 3:** Famílias com filhos pequenos
- **Estádio 4:** Famílias com adolescentes
- **Estádio 5:** Encaminhamento dos filhos e saída deles de casa
- **Estádio 6:** Famílias no fim de vida

Estádios do ciclo vital da família divorciada:

Divórcio

- **Fase 1:** Decidir divorciar-se
- **Fase 2:** Planear a dissolução do sistema
- **Fase 3:** Separação
- **Fase 4:** Divórcio

Pós-divórcio

- **Fase 1:** Pai/mãe separado (com a custódia da família ou residência principal)
- **Fase 2:** Pai/mãe separado (sem custódia)

Formação da família por um novo casamento

- **Etapa 1:** Começar um novo relacionamento
- **Etapa 2:** Concetualizar e planear novo casamento e família
- **Etapa 3:** Novo casamento e reconstrução da família

Este modelo descreve o desenvolvimento das famílias em termos de "transições" e "crises".

3. *Ciclo de Vida Familiar de Relvas* (Anexo nº 6)

Etapas do ciclo de vida da família:

- **Etapa 1:** Formação do casal
- **Etapa 2:** Família com filhos pequenos
- **Etapa 3:** Família com filhos na escola

- **Etapa 4:** Família com filhos adolescentes
- **Etapa 5:** Família com filhos adultos – (*empty-nest*)

O Ciclo de Vida Familiar proposto por Relvas (1996) é uma adaptação das teorias de desenvolvimento familiar que focam a transição das famílias ao longo do tempo. Relvas propõe uma perspetiva sistémica que integra a dinâmica de cada família em diferentes momentos da vida. Ele adapta e expande as ideias clássicas de ciclos de vida familiar, como as de Duvall e Carter & McGoldrick, para refletir o contexto cultural português, levando em consideração as especificidades e dinâmicas familiares da sociedade portuguesa.

Avaliação Funcional da família

1. *APGAR. Familiar de Smiklstein*: Avalia a funcionalidade da família. (Anexo nº7)

A	**Adaptation** - Adaptação	Capacidade da família se adaptar às mudanças e lidar com as transições da vida. Isso inclui mudanças no ambiente, como a chegada de um novo membro da família, mudanças de trabalho, dificuldades financeiras ou outras crises que exigem ajustes.
P	**Partnership** - Companheirismo	Nível de envolvimento e interação entre os membros da família. Este domínio refere-se ao quanto cada membro participa na vida familiar, tanto emocional quanto fisicamente. Envolve a disposição para se envolver ativamente, partilhar experiências e contribuir para o funcionamento da família.
G	**Grow** - Crescimento	Habilidade da família em gerir e resolver conflitos de forma eficaz. Esse domínio focaliza na capacidade de lidar com tensões, desacordos e disputas, procurando soluções saudáveis que promovam o entendimento e a harmonia dentro do núcleo familiar.
A	**Affection** - Afetividade	Capacidade da família em expressar apoio emocional e afeto. Este domínio examina o nível de carinho, amor e suporte emocional que os membros da família trocam entre si, o que é essencial para fortalecer os laços familiares e garantir que todos se sintam seguros e amados.
R	**Resolve** - Capacidade Resolutiva	Qualidade da comunicação e dos relacionamentos dentro da família. Este domínio destaca a clareza e eficácia da troca de informações entre os membros da família, como se sentem ou pensam sobre determinado assunto. A comunicação aberta é essencial para a resolução de problemas e a manutenção de boas relações familiares. Satisfação da partilha do tempo, espaço e recursos no contexto familiar.

2. *Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar* (Anexo nº 8)

A Escala FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) é uma ferramenta usada para AVALIAR a coesão e a adaptabilidade dentro das famílias. É um questionário individual de auto-avaliação do funcionamento familiar (ou do casal).

A escala FACES avalia essas duas dimensões de forma sistemática, atribuindo pontuações baseadas nas respostas dos membros da família sobre questões relacionadas à coesão e adaptabilidade. A escala pode ser usada para identificar o "tipo" de funcionamento familiar e pode ajudar a visualizar em que pontos a família pode precisar de apoio ou de intervenção.

A escala é dividida em dois componentes principais:

- **Coesão**: Avalia o quanto os membros da família estão emocionalmente conectados, se eles se sentem próximos e dependem uns dos outros, ou se são mais independentes e distantes. É composta por uma série de itens que perguntam sobre aspetos como a intimidade, a proximidade e a independência dentro da família.
- **Adaptabilidade**: Examina a capacidade da família de ser flexível e adaptar-se às mudanças ou crises, como por exemplo, mudanças no papel de um membro da família ou alterações nas regras e normas familiares. Isso é crucial para avaliar como a família responde a situações de stress ou novos desafios, como doenças, separações ou outros eventos que exigem ajustes significativos.

Fornece informações valiosas sobre como a família lida com a proximidade emocional e com as mudanças, ajudando os profissionais de saúde a planear intervenções que melhorem as dinâmicas familiares.

Ao compreender essas características, é possível oferecer suporte adequado para fortalecer os vínculos e promover uma maior flexibilidade diante dos desafios, contribuindo assim para o funcionamento saudável da família como um todo.

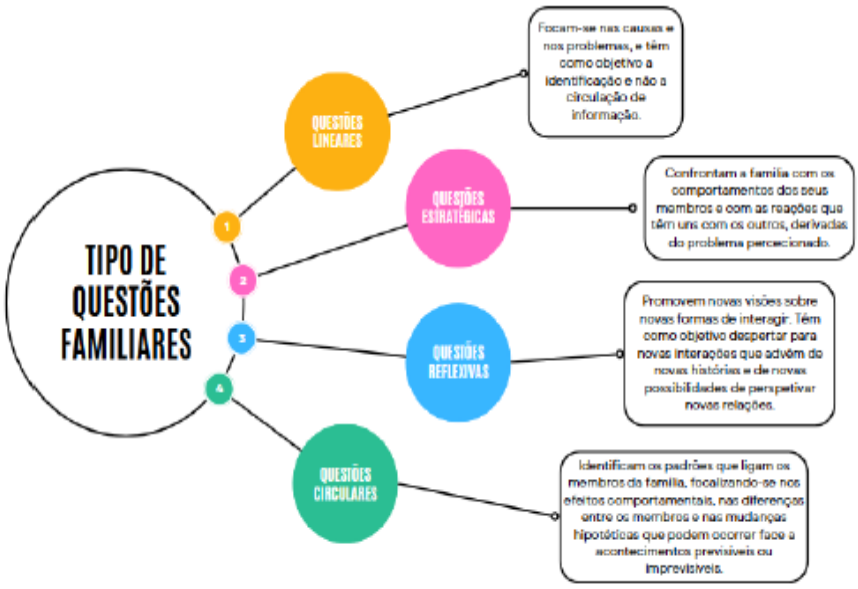
3. *Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe* (Anexo nº9)

A Escala de Readaptação Social de **Holmes** e **Rahe** é uma ferramenta psicométrica que tem como objetivo avaliar o impacto do stress causado por diferentes eventos da vida social e pessoal. Correlaciona os eventos de vida com o stress e a doença tendo como base os acontecimentos ocorridos no passado recente, circunscritos a um ano.

Permite-nos explorar a natureza das transições familiares da vida da família contribuindo para ajustar o processo terapêutico.

4. *Entrevista Familiar Sistémica*

- ✓ Finalidade colher informações sobre a família, fornecer suporte emocional e educacional no processo de adaptação às mudanças decorrentes de eventos stressantes que afetam os membros da família.
- ✓ A unidade de observação são os padrões de comunicação, a relação entre os presentes, identificar crenças, normas, relações afetivas, papéis e regras comunicacionais para entender como influenciam o processo saúde-doença em cada um de seus membros e orientar as famílias para um processo de mudança construtiva.
- ✓ Oferece às famílias possibilidade de exporem as suas experiências, preocupações e problemas.
- ✓ O enfermeiro não conduz a família, mas acompanha-a no seu percurso, facilitando o desenvolvimento pessoal de alguns dos seus membros e auxiliando no processo de adaptação ao vivenciar um evento stressor que afeta o núcleo familiar.



5. *Entrevista de 15 Minutos (ou Menos)*

Ingrediente-chave	*Características*
Boas Maneiras (Manners)	• São atos de profunda educação e cortesia, de respeito e gentileza; • São fundamentais para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica; • Têm também o efeito de instalar confiança nos elementos da família
Conversas Terapêuticas (Therapeutic Conversation)	• É uma intervenção que todos os enfermeiros realizam, sem, por vezes, pensarem nela como tal; • Ajuda a família a expressar as suas preocupações e, por outro lado, a pensar de forma diferente sobre o problema, a mudar as suas expectativas nas suas circunstâncias particulares; • São caracterizadas pela escuta ativa, demonstração de compaixão, fornecimento de reforços e informações
Genograma e Ecomapa Familiar	• São instrumentos que auxiliam na avaliação estrutural da família; • São de simples utilização e permitem uma rápida visão da complexidade das relações familiares; • Funcionam como fonte de informação, de forma sucinta, para o planeamento das estratégias.
Perguntas Terapêuticas	• São perguntas colocadas à família e que encorajam os membros a expressar as suas crenças, clarificarem a sua compreensão sobre a doença e a refletirem sobre a situação que estão a viver; • As questões circulares ou de intervenção são as mais úteis, porque se dirigem a uma explicação dos problemas e das inter-relações. Permitem, ainda, a abertura para um novo comportamento familiar, sendo uma estratégia que ajuda a família no processo reflexivo que poderá fornecer a mudança; • As questões lineares são, essencialmente, de finalidade investigativa. Exploram as descrições ou perceção dos membros da família sobre o problema.
Elogiar as Forças da Família e do Indivíduo(Commendations)	• São formas de sublinhar os recursos, as forças e as competências da família; • Proporcionam aos elementos da família uma nova visão de si próprios, dando-lhes a oportunidade de olharem para o seu problema de saúde de forma diferente e de se orientarem para soluções mais efetivas que reduzam o sofrimento atual ou potencial.

Avaliação e Intervenção Familiar de Enfermagem	Código: MOD.002.ULSAAVE Edição: XX

Fonte: Wright, L; Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família.

Como são usados na prática?

- São instrumentos flexíveis, aplicados através de entrevista, observação ou conversas informais.
- Facilitam o planeamento de cuidados centrados na família, respeitando a sua cultura, história e necessidades específicas.

7. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MCAIF)

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) é uma das principais ferramentas recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal para a avaliação e intervenção junto das famílias, sobretudo na prática da Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Trata-se de um modelo teórico-prático desenvolvido por Wright e Leahey, que se centra na família enquanto unidade de cuidados e parte de uma perspetiva sistémica.

Segundo Wright e Leahey (2013), qualquer alteração num membro da família afeta o sistema familiar como um todo. A intervenção do enfermeiro deve, portanto, considerar as relações e interações familiares, mais do que apenas o indivíduo doente.

É um modelo bastante completo, que ajuda os enfermeiros a compreender a estrutura, o funcionamento e o desenvolvimento familiar, permitindo orientar intervenções eficazes, individualizadas e culturalmente sensíveis (Figueiredo, 2014).

7.1 -Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF)

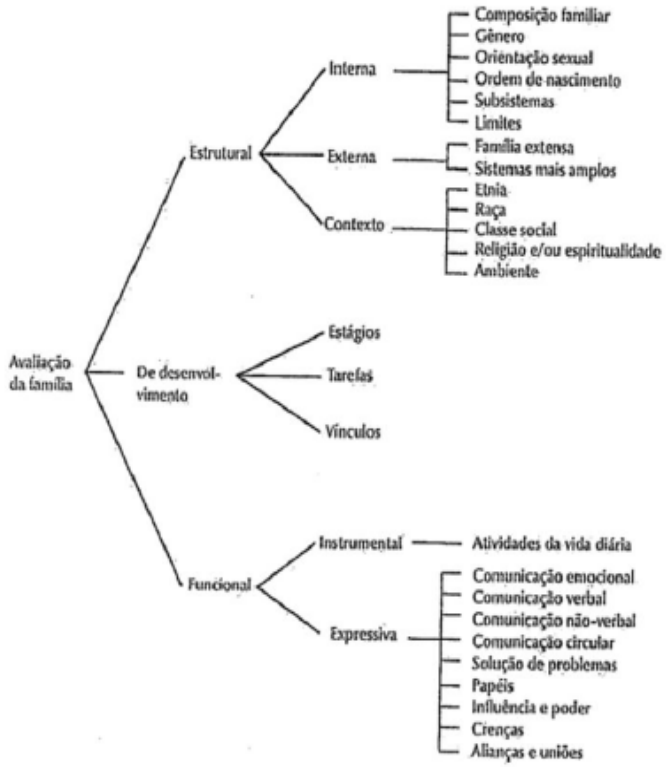


Diagrama ramificado do MCAF (Wright, L.; Leahey, M. (2009)

O MCAF organiza-se em **três dimensões principais**:

1. Estrutural – ***Quem é a família? Qual a ligação entre cada membro da família? Qual é o contexto da família?***

- **Estrutura Interna**:
  - Composição da família (quem são os membros)
  - Género e orientação sexual
  - Subsistemas (pais, irmãos, casal, etc.)
  - Limites familiares
- **Estrutura Externa**:
  - Relações com outras pessoas ou sistemas (ex.: amigos, trabalho, escola)
- **Contexto**:
  - Etnia, raça, classe social, espiritualidade, ambiente

Comum usar genogramas e ecomapas.

2. Desenvolvimento – ***Em que fase do ciclo de vida a família se encontra?***

Há 6 estádios considerados no desenvolvimento do Ciclo de Vida Familiar (Carter e McGoldrick, Anexo nº 5) de acordo com o MCAF:

- Sair de casa: adultos jovens solteiros
- União de famílias através do casamento
- Família com crianças pequenas
- Famílias com adolescentes
- Encaminhamento dos filhos e saída deles de casa
- Famílias no fim da vida

A avaliação do ciclo de vida familiar é um aspeto crucial, pois a família passa por diferentes estádios à medida que cresce e se adapta a novas mudanças e desafios. A cada uma dessas fases estão atribuídas **Tarefas** que exigem diferentes tipos de apoio e cuidados, sendo importante entender como a família lida com esses desafios e as transições ao longo do tempo.

Os **Vínculos familiares** também devem ser avaliados, tendo como objetivo fortalecer os mesmos, utilizando estratégias terapêuticas que promovem a empatia e compreensão dentro da família. O fortalecimento dos vínculos tem um impacto direto no bem-estar da família e no sucesso da intervenção de enfermagem, pois as famílias com bons vínculos tendem a ser mais resilientes e mais aptas a seguir planos de cuidados que envolvam mudanças comportamentais ou adaptações a novas condições de saúde.

3. Funcional – ***Como a família funciona no dia a dia? O "aqui" e o "agora" da vida de uma família!***

Avalia a forma como os indivíduos da família interagem entre si, considera rotinas, papéis e responsabilidades dos membros da família e permite a exploração de crenças, atitudes e valores.

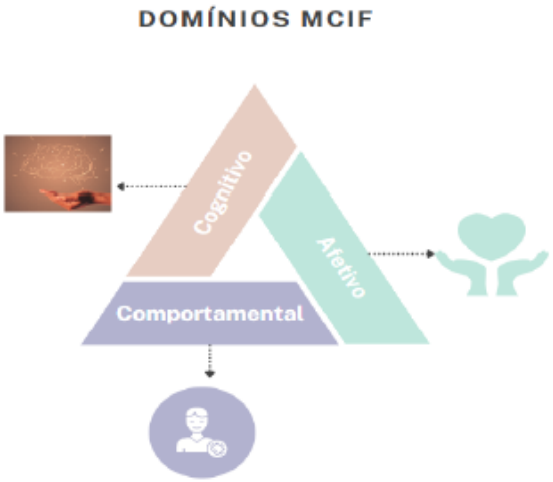
- *Instrumental:*
  - Tarefas básicas (alimentação, sono, higiene, preparar as refeições, mudar as roupas, limpeza/Arranjo da casa, exercício físico, etc)
- *Expressiva:*
  - Comunicação – Emocional, Verbal, Não Verbal e Circular
  - Solução de problemas
  - Papéis familiares
  - Influência e poder
  - Crenças
  - Alianças e uniões

Avalia a **qualidade das relações e da comunicação** dentro da família. (Anexo nº 10).

7.2 - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF)

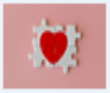
O MCIF propõe uma abordagem que respeita as características e o contexto da família, ajudando a implementar intervenções de enfermagem que considerem tanto os aspetos funcionais como emocionais da unidade familiar.

- Modelo baseado em forças, co-construído com a família, não hierárquico, que reconhece as experiencias dos membros da família que enfrentam doenças, bem como a perícia do enfermeiro na gestão da doença e promoção da saúde.
- Estrutura organizadora para concetualizar a interseção entre um domínio em particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta.
- Foca-se na promoção, melhoria ou manutenção de um funcionamento familiar eficaz em qualquer um dos três domínios:



- A alteração num domínio pode afetar todos os outros.
- Uma única intervenção pode impactar simultaneamente os três domínios.
- Os enfermeiros devem atuar como facilitadores, propondo intervenções à família, respeitando sua autonomia, sem impor, dirigir ou exigir mudanças específicas no funcionamento familiar.

INTERVENÇÃO FAMILIAR

Domínio	Objetivo	Intervenção
Cognitivo 	Mudar a forma pela qual uma determinada família vê e acredita nos problemas de saúde, de forma a que os seus membros possam descobrir novas soluções para os mesmos.	**ELOGIAR AS FORÇAS DA FAMILIA E DOS SEUS MEMBROS:** Forças - Competências - Recursos dos indivíduos e famílias. Ressaltar as forças e não os défices, disfunções, deficiências; Particularmente importante nas famílias com membros com doenças crónicas; **OFERECER INFORMAÇOES E OPINIÓES:** Receber informações e opiniões dos profissionais de saúde, especialmente se a doença for complexa - Capacitar a família para se auto-organizar e procurar recursos
Afetivo 	Reduzir ou aumentar as emoções intensas que podem estar a bloquear as tentativas da família de solucionar os seus problemas	**VALIDAR OU NORMALIZAR AS RESPOSTAS EMOCIONAIS:** Reconhecer e validar os sentimentos dos membros da família pode reduzir a sensação de isolamento e solidão, além de ajudar a estabelecer conexões entre a doença de um membro e as respostas emocionais de todos. Reconhecer e validar as emoções associadas a situações desafiantes, oferecendo tranquilidade e esperança à família. **INCENTIVAR AS NARRATIVAS DAS DOENÇAS:** A família deve ter a oportunidade de partilhar o impacto da doença nas suas vidas, bem como como cada membro perceber a influência da doença na família, promovendo a validação das suas experiências e proporcionando alívio emocional. **ESTIMULAR O SUPORTE FAMILIAR:** Incentivar e apoiar a comunicação entre os membros da família, permitindo que expressem suas preocupações e experiências dolorosas. Isso fortalece a capacidade da família de identificar seus próprios recursos e apoios para enfrentar a situação
Comportamental 	Ajudam os membros da família a interagir e comportar-se de modo diferente em relação uns aos outros	**INCENTIVAR OS MEMBROS DA FAMILIA A SEREM CUIDADORES E A OFERECER SUPORTE:** Reconhecer os riscos envolvidos na prestação de cuidados por parte de um membro da família; Estar disposto a intervir, quando necessário, fornecendo apoio ao cuidador (informações, defesa e suporte necessários para facilitar os cuidados); Equilíbrio ético entre assistência exagerada e insuficiente. **INCENTIVAR O DESCANSO:** Equilíbrio entre prestação de cuidados, atenção à própria saúde e resolução dos problemas. **PLANEAR RITUAIS:** Promovem coesão familiar, senso de orgulho familiar, continuidade, compreensão, proximidade, amor

O MCAIF ajuda os profissionais a:

- Avaliar forças e dificuldades familiares
- Identificar áreas para intervenção
- Trabalhar com a família como parceira de cuidados

8. DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS NO SCLINICO - CSP

O Processo de Enfermagem é um conjunto sistemático e dinâmico de ações que visa a prestação de cuidados individualizados, contínuos e de qualidade ao utente, levando em consideração suas necessidades de saúde, sua história de vida, e o contexto familiar e social.

Os registos clínicos têm uma função essencial dentro do processo de enfermagem. Eles são a documentação que reflete todas as informações relevantes sobre o cuidado prestado ao utente e a sua evolução ao longo do tempo. Esses registos são fundamentais para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento, permitindo a comunicação clara entre os profissionais de saúde e contribuindo para a segurança do utente.

No S.Clínico – CSP perfil Enfermagem é utilizada a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) oferecendo uma linguagem padronizada e internacionalmente reconhecida.

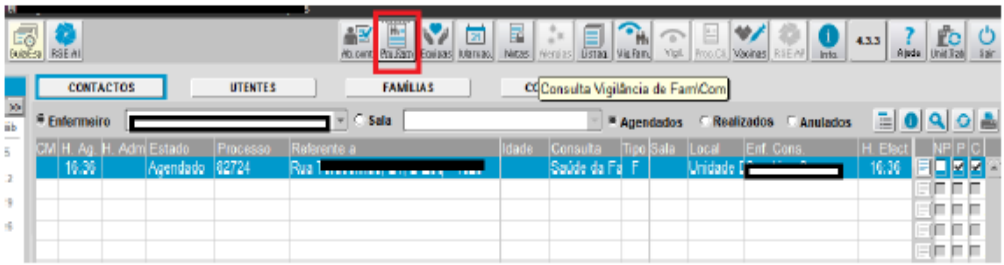
Apesar da Ordem dos Enfermeiros recomendar o uso do Modelo de Calgary para Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), os registos clínicos adotam o Modelo MDAIF (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar).

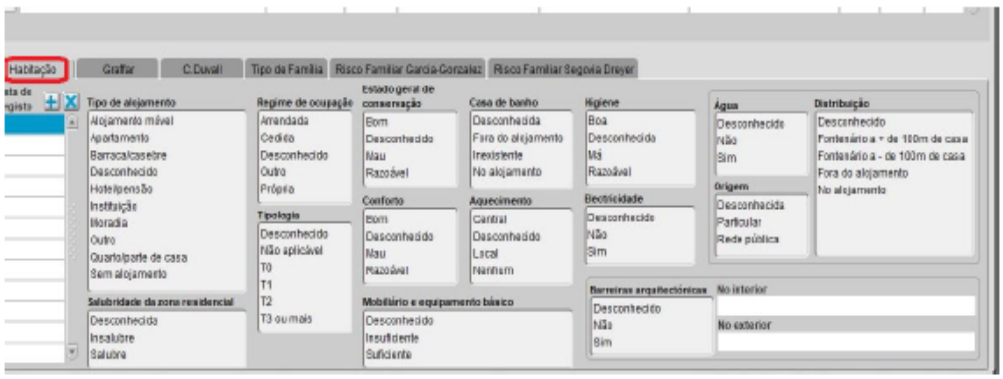
Os registos clínicos relacionados com a família podem ser realizados no âmbito da perspetiva familiar ou no âmbito da perspetiva individual.

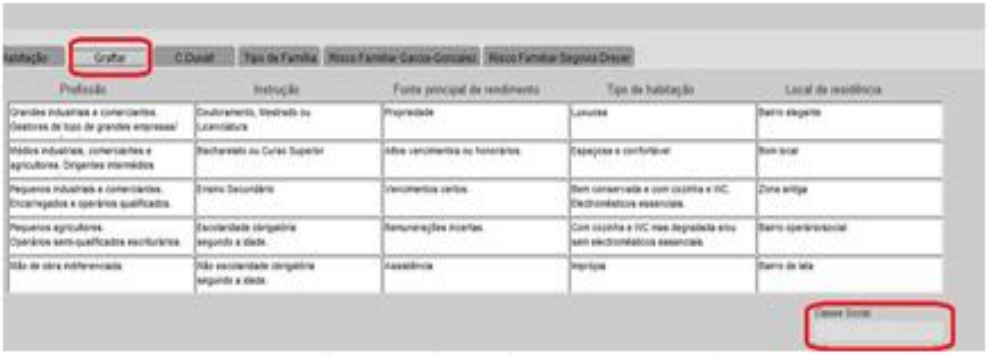
Assim sendo para uma melhor compreensão dividimos os registos à família na perspetiva familiar e na perspetiva do indivíduo.

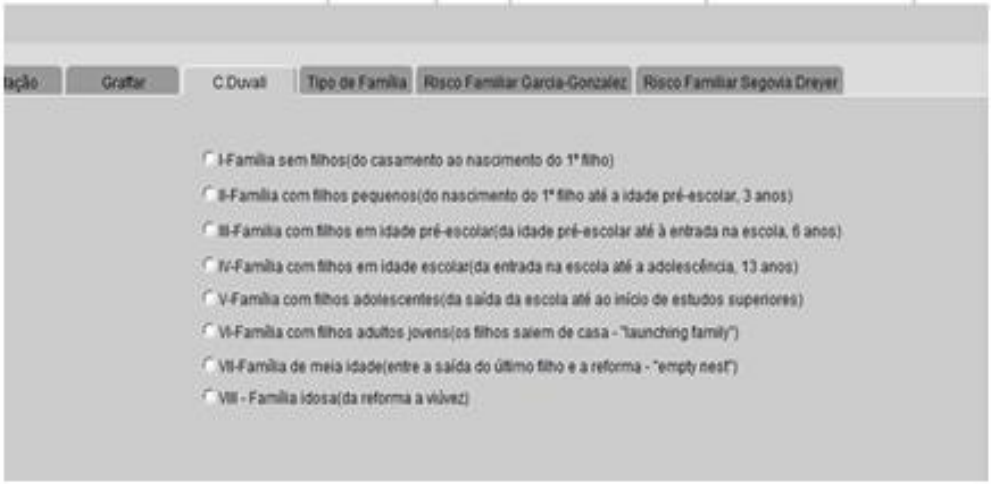
REGISTOS CLÍNICOS À FAMÍLIA NA PERSPETIVA FAMÍLIAR

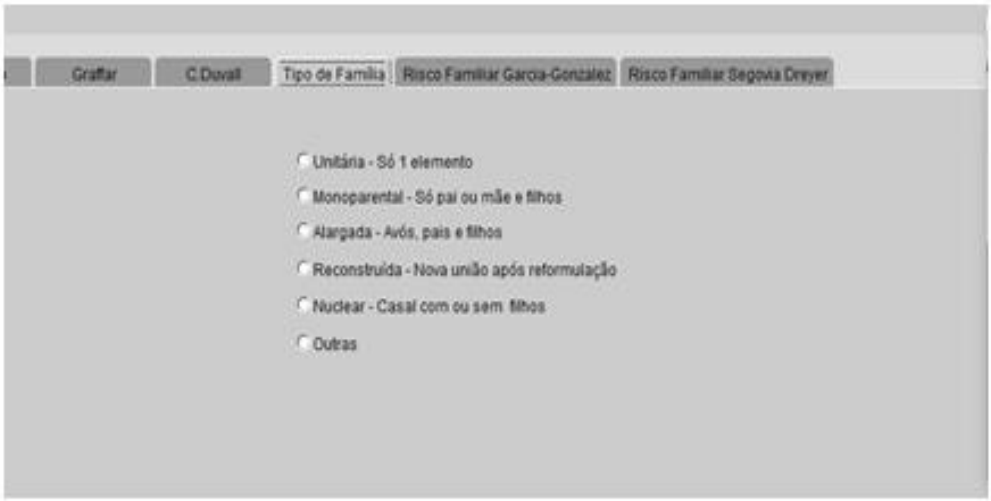
Etapa Inicial



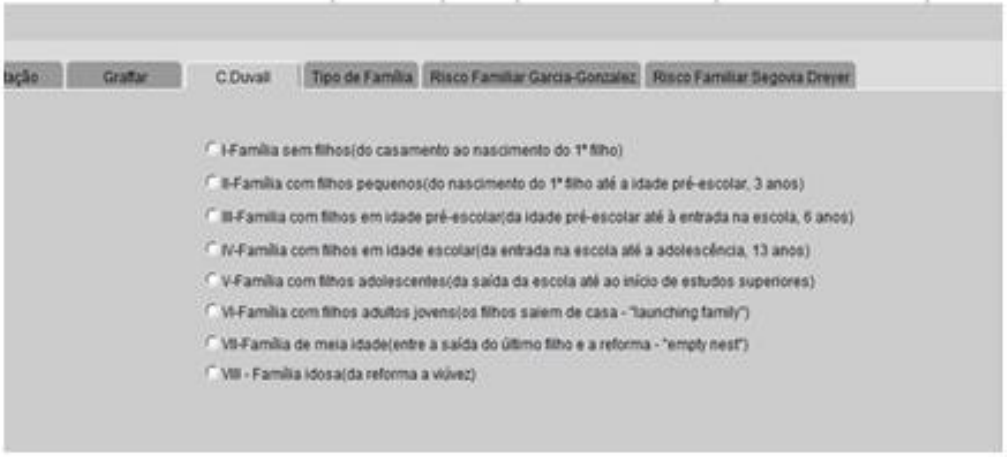



Grafar
C.Duvall
Tipo de Família
Risco Familiar Garcia-Gonzalez
Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão
Instrução
Fonte principal de rendimento
Tipo de habitação
Local de residência


Grafar
C.Duvall
Tipo de Família
Risco Familiar Garcia-Gonzalez
Risco Familiar Segovia Dreyer
I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saiem de casa - "launching family")
VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
VIII - Família idosa(da reforma a viúvez)


Grafar
C.Duvall
Tipo de Família
Risco Familiar Garcia-Gonzalez
Risco Familiar Segovia Dreyer
Unitária - Só 1 elemento
Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
Alargada - Avós, pais e filhos
Reconstruída - Nova união após reformulação
Nuclear - Casal com ou sem filhos
Outras

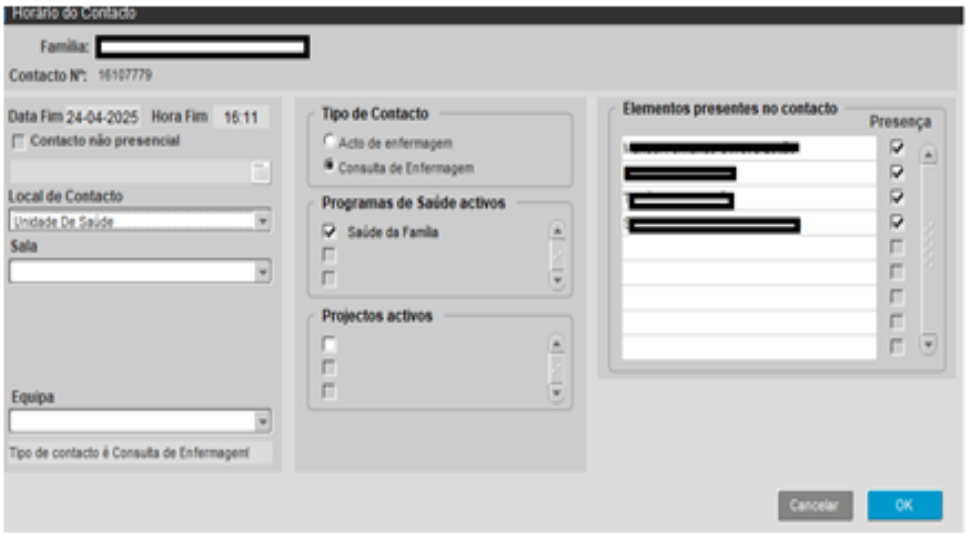

Graffar
C.Duvall
Tipo de Família
Risco Familiar Garcia-Gonzalez
Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão
Instrução
Fonte principal de rendimento
Tipo de habitação
Local de residência
Classe Social


Graffar
C.Duvall
Tipo de Família
Risco Familiar Garcia-Gonzalez
Risco Familiar Segovia Dreyer
I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saiem de casa - "launching family")
VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
VIII - Família idosa(da reforma a viúvez)

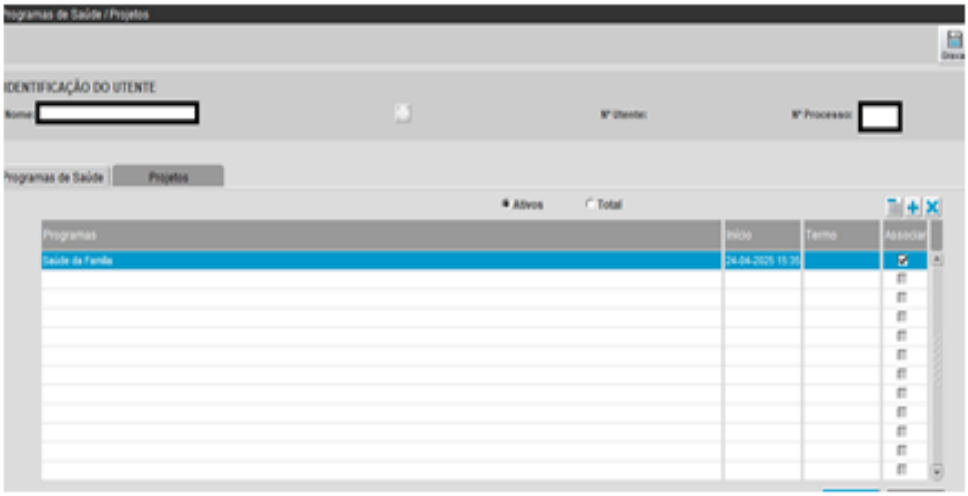

Graffar
C.Duvall
Tipo de Família
Risco Familiar Garcia-Gonzalez
Risco Familiar Segovia Dreyer
Unitária - Só 1 elemento
Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
Alargada - Avós, pais e filhos
Reconstruída - Nova união após reformulação
Nuclear - Casal com ou sem filhos
Outras

18

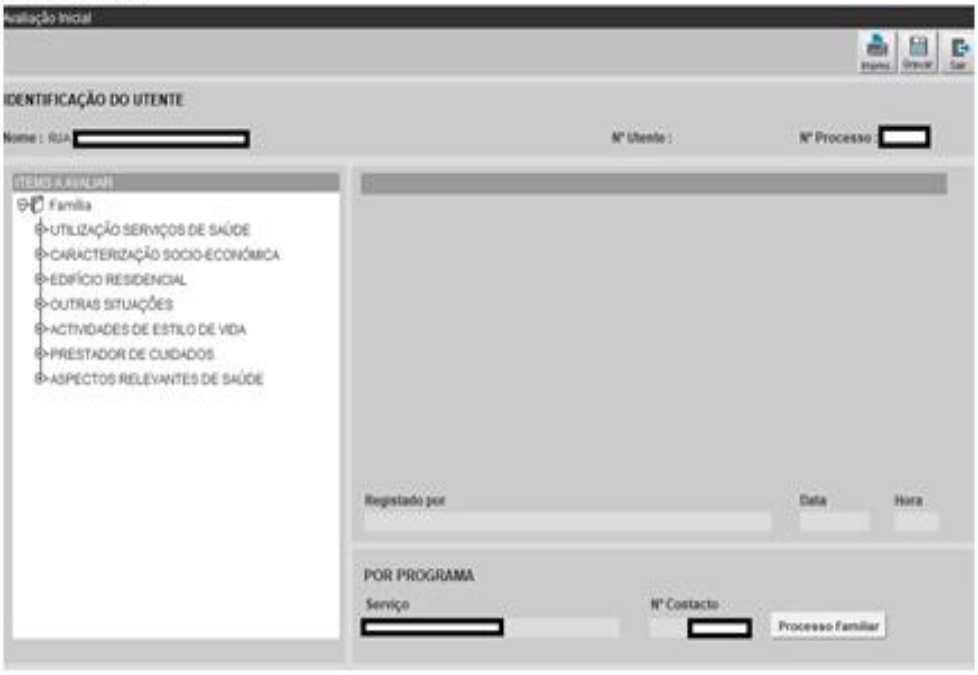




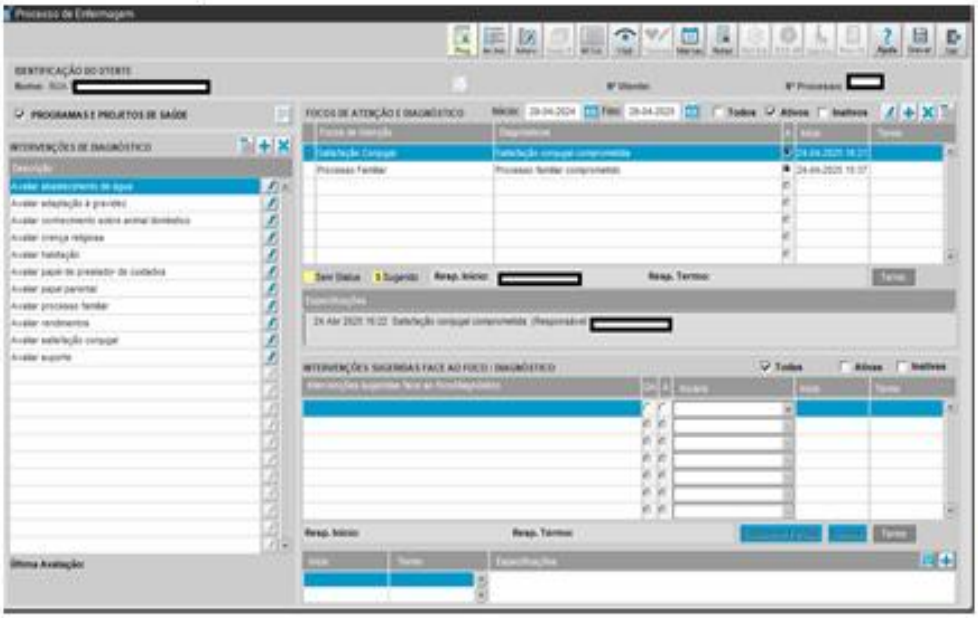
Programa de Saúde



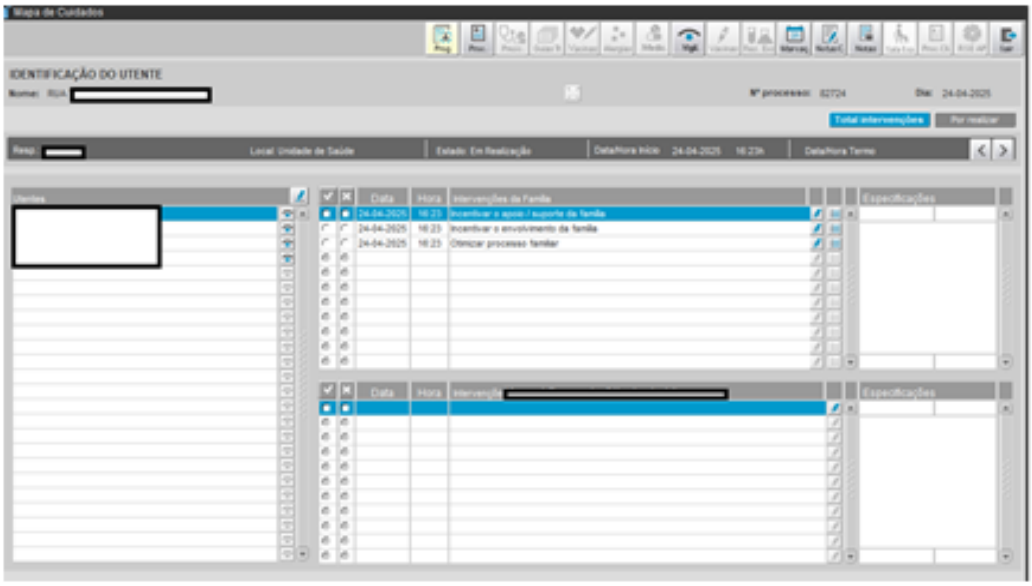
Avaliação Inicial



Processo de Enfermagem

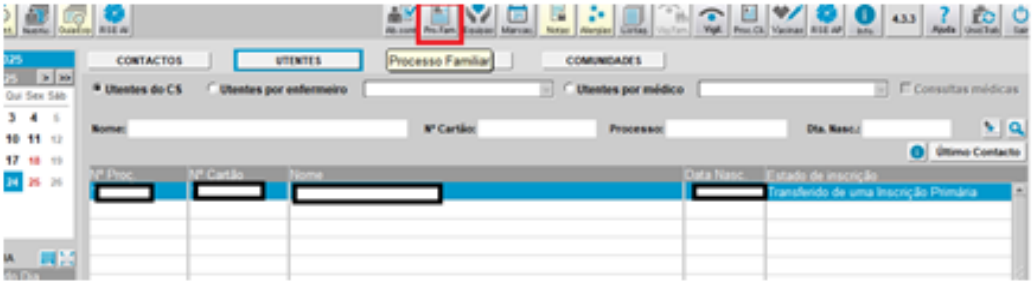


Mapa de Cuidados

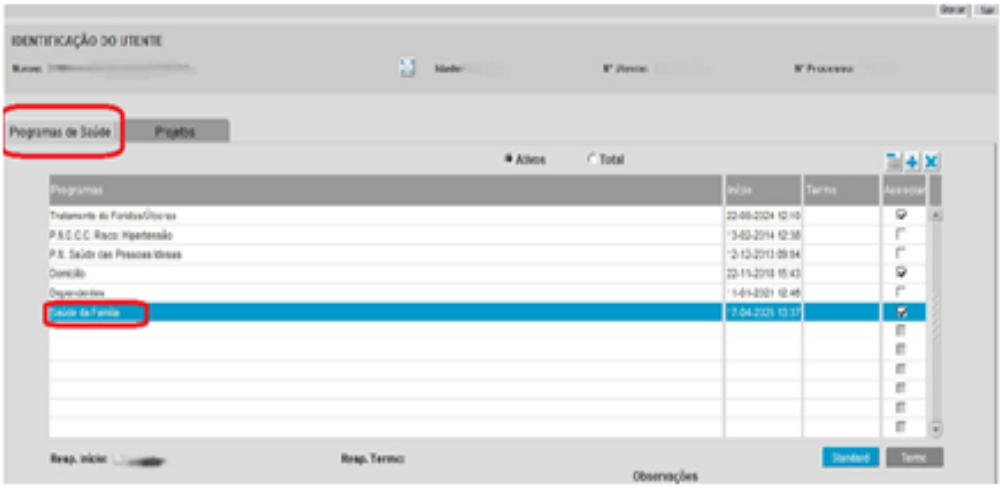


REGISTOS CLINICOS A FAMILIA NA PERSPETIVA INDIVIDUO

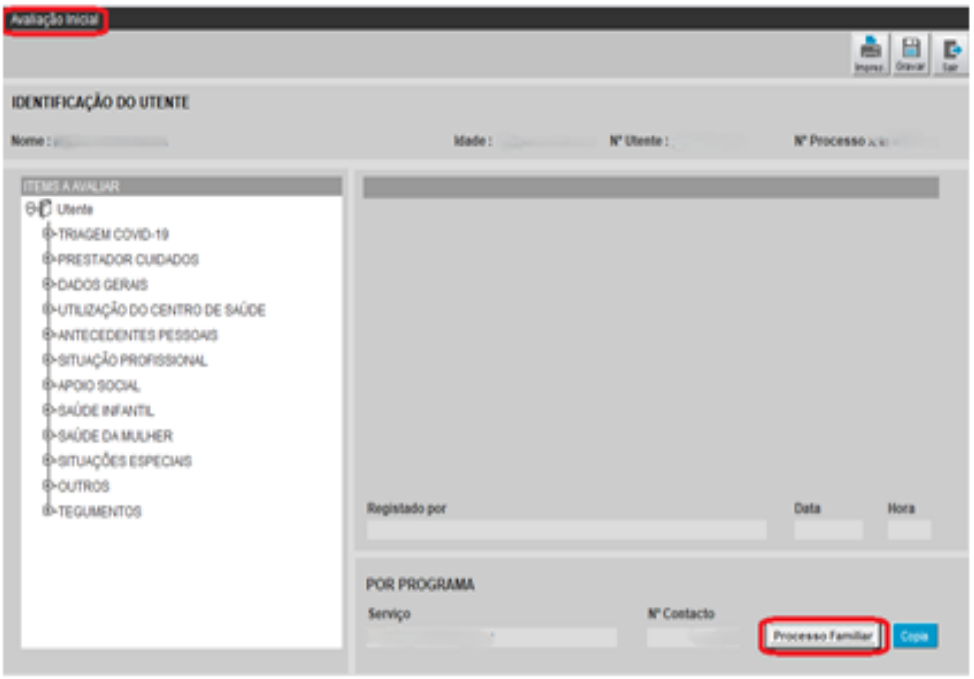
Etapa Inicial (~~semelhante~~ na perspetiva familiar)



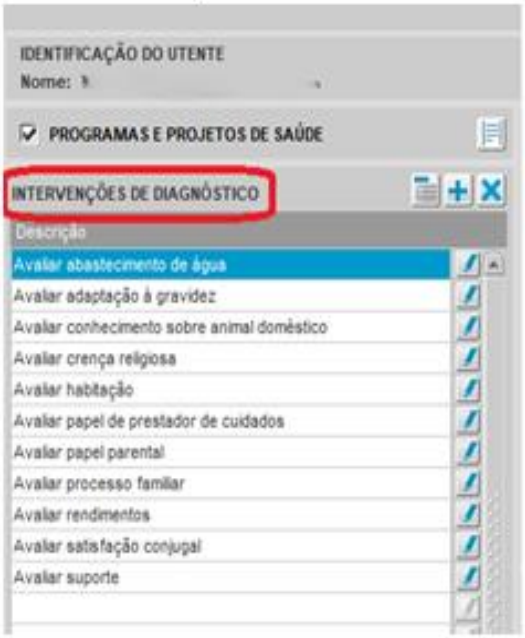
Programa de Saúde

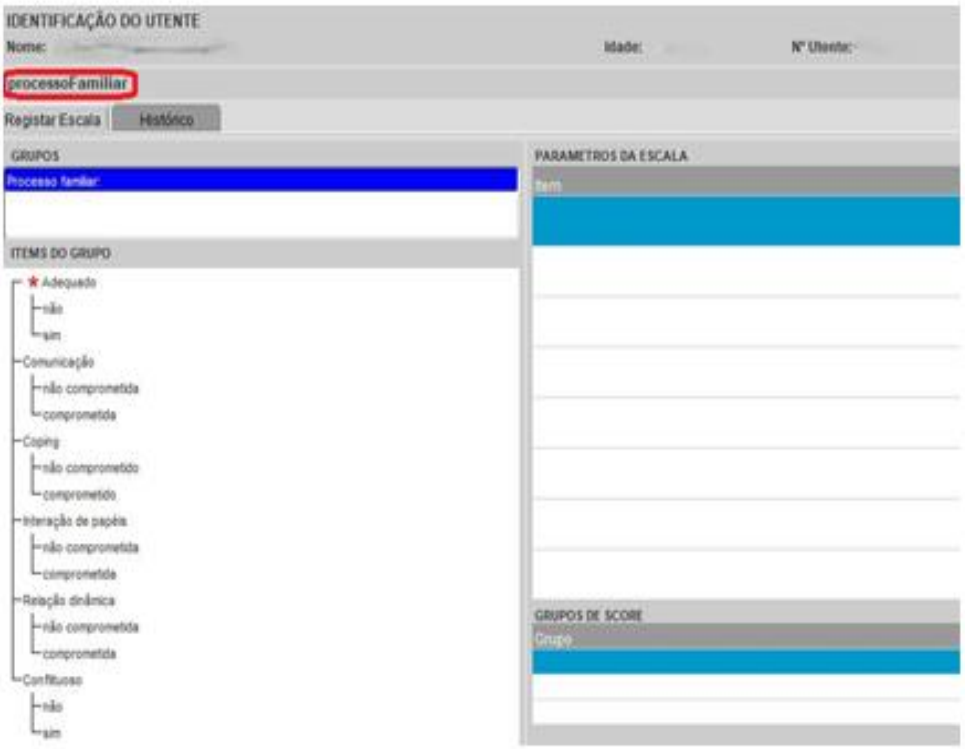


Avaliação Inicial



Processo de Enfermagem





Os registos clínicos devem ser adaptados e adequados às características e necessidades específicas de cada família.

Fenómenos e Intervenções sugeridos:

Fenómenos do standard	Intervenções
Precaução de Segurança	Avaliar conhecimento da comunidade sobre prevenção de acidentes Avaliar conhecimento sobre medidas de segurança Avaliar conhecimento da comunidade sobre cuidados com o sol Avaliar capacidade da comunidade para prevenir acidentes Avaliar potencial para melhorar o conhecimento Avaliar conhecimento sobre uso de dispositivos Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cuidados com o sol Avaliar precaução de segurança Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de acidentes Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para assistir no uso de dispositivos Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
Abastecimento de Água	Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água Avaliar abastecimento de água Ensinar a família sobre controlo da qualidade da água
Papel Parental	Avaliar condição do papel parental Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais) Avaliar papel parental Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)
Papel de Prestador de Cuidados	Avaliar papel de prestador de cuidados Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta Avaliar potencial do cuidador para tomar conta Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
Processo Familiar	Avaliar processo familiar
Habitação	Avaliar conhecimento sobre habitação

	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
	Avaliar habitação
	Requerer serviço social
Adaptação à Gravidez	Avaliar conhecimento para promover desenvolvimento fetal
	Avaliar adaptação à gravidez
Satisfação Conjugal	Avaliar satisfação conjugal
Rendimentos	Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
	Avaliar rendimentos
	Requerer serviço social
	Ensinar a gerir o rendimento da família
Suporte	Avaliar suporte
Animal Doméstico	Avaliar conhecimento sobre animal doméstico
Crença religiosa	Avaliar crença religiosa

9. REFERÊNCIAS:

Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives (5th ed.). Allyn & Bacon.

Duvall, E. M. (1984). Family development: A life-span approach (3rd ed.). Addison-Wesley.

Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 3(2)

Figueiredo, M. H. (2023). Enfermagem de saúde familiar. LIDEL.

Figueiredo, M. H. (2013). Avaliação e intervenção familiar em enfermagem: Abordagem teórica e prática. Edições Lusodidacta.

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

Figueiredo, M. H. J. S. (2014). Enfermagem de família: teoria e prática (2.ª ed.). Lisboa: Lidel.

González, M. D., Arriagada, C., & Gutiérrez, J. (2012). La enfermería en la atención primaria de salud: Perspectivas y desafíos. Editorial Universitaria.

Gottlieb, B. R. (2014). Caring for families: The influence of family dynamics on health care (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Hanson, S. M. H., Gedaly-Duff, V., & Kaakinen, J. R. (Eds.). (2020). Family health care nursing: Theory, practice, and research (3rd ed.). Jones & Bartlett Learning.

Meleis, A. I. (2010). Transições de saúde: Teoria e prática em enfermagem. Elsevier.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., et al. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. Advances in Nursing Science, 23(1), 12-28.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Guia orientador da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt

Pereira, A. A., Costa, S. M., & Silva, M. R. (2013). Enfermagem familiar: Uma abordagem integrativa. Edições Pedago.

Relvas, A. P. (1996). Ciclo de vida familiar: Uma abordagem sistémica. Instituto Piaget.

Smilkstein, G. (1978). The APGAR family function test: A proposal for a family function test and its use in clinical practice. The Journal of Family Practice, 6(4), 1231-1236.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família (4.ª ed.). São Paulo: Roca.

Wright, LM, & Leahey, M. (2013). Cuidados de Enfermagem para Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção Familiar (5ª ed.). FA Davis Company.

10.ANEXOS:

ANEXO Nº 1 – GENOGRAMA

ANEXO Nº 2 – ECOMAPA

ANEXO Nº 3 – GRAFFAR

ANEXO Nº4-CICLO DE VIDA DUVALL

ANEXO Nº5 –CICLO DE VIDA CARTER & McGOLDRICK

ANEXO Nº6-CICLO DE VIDA RELVAS

ANEXO Nº7 – APGAR FAMILIAR DE SMIKLSTEIN

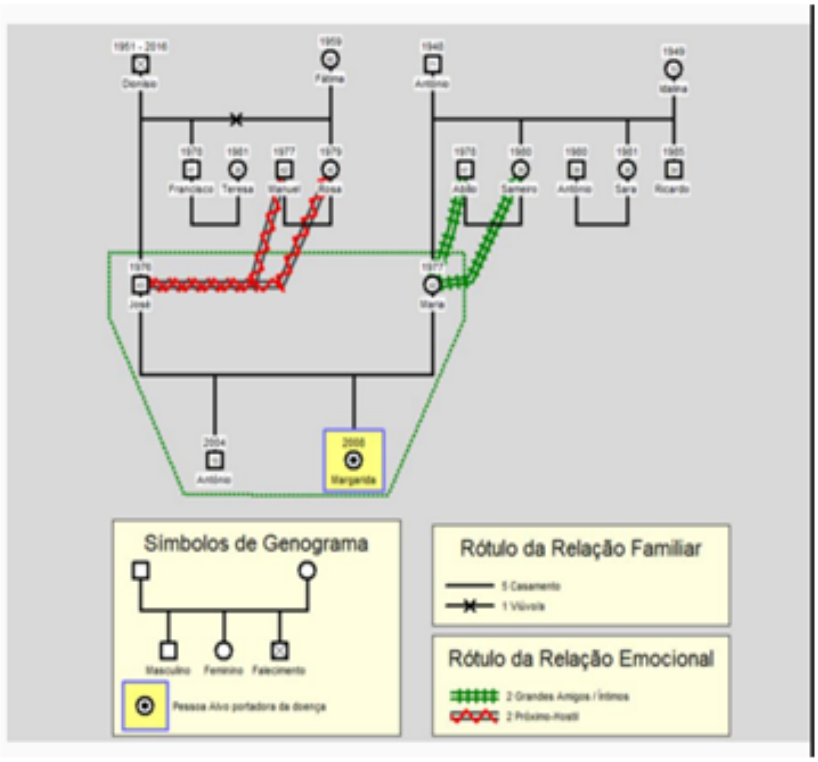
ANEXO Nº8 - FACES II

ANEXO Nº9-ESCALA DE READPTAÇÃO SOCIAL DE HOMES E RAHE

ANEXO Nº10-ESBOÇO DE UM RESUMO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

[illegible]	[illegible]			

ANEXO Nº 1 - GENOGRAMA



ANEXO Nº 2 - ECOMAPA



ANEXO Nº 3 – GRAFFAR

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO c/5 itens	PONTUAÇÃO c/4 itens	PONTUAÇÃO c/3 itens	POSIÇÃO SOCIAL
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ___/___/___
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ___/___/___
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ___/___/___
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'echantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459
Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

ANEXO Nº4 - CICLO DE VIDA DUVALL

Fases do ciclo de vida familiar	Tarefas necessárias ao desenvolvimento familiar
Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1.º filho)	Estabelecimento de um casamento mutuamente satisfatório Preparação para uma gravidez e para o nascimento do 1.º filho (funções parentais) Consolidação das novas relações familiares
Família com filhos pequenos (do nascimento do 1.º filho à idade pré-escolar, 3 anos)	Preocupação com a educação dos filhos Conseguir adaptar a casa a contento quer dos pais quer dos filhos
Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)	Corresponder às necessidades e interesses dos filhos, estimulando a descoberta de novos horizontes Como pais, adaptarem-se ao desgaste físico e à falta de intimidade
Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13 anos)	Ser capaz de integrar os filhos na comunidade escolar Encorajar os filhos a terem sucesso escolar
Família com adolescentes (da saída da escola ao início de estudos superiores, 20 anos)	Contribuir para o equilíbrio entre a liberdade e a emancipação nos adolescentes Procura de novas áreas de interesse e mesmo carreiras profissionais para além da educação dos filhos
Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa)	Dar assistência adequada e proporcionar rituais apropriados à saída dos filhos à procura de trabalho, para o serviço militar, para casarem, etc.
Família na meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma)	Reconstrução da relação matrimonial Manter relações intergerações
Família idosa (da reforma à viuvez)	Conseguir adaptar-se à viuvez e a viver só Reagir bem à situação de reforma

(Duvall, 1984)

ANEXO Nº5 – CICLO DE VIDA CARTER & McGOLDRICK

ESTÁDIO	PROCESSO EMOCIONAL DE TRANSIÇÃO	MUDANÇAS DE 2ª ORDEM NECESSÁRIAS AO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO
1.Entre famílias: o jovem adulto independente	Aceitação da separação pais-filhos	* diferenciação do self em relação à família de origem * desenvolvimento de relações intimas com um parceiro * estabelecimento de uma identidade no mundo laboral
2. Junção de famílias pelo casamento: o novo casal	Compromisso com o novo sistema	* formação do novo sistema conjugal * realinhamento das relações com as famílias de origem e os amigos de modo a incluir os cônjuges
3. Famílias com filhos pequenos	Aceitação no sistema dos membros da nova geração	* ajustamento do subsistema conjugal: criar espaço para o(s) filho(s) * assumir papéis parentais * realinhamento das relações com as famílias de origem a fim de nelas incluir os papéis parentais e os avós
4. Famílias com adolescentes	Flexibilização dos limites familiares de modo a aceitar a independência dos filhos	* mudança nas relações pais-filhos; possibilitar aos filhos as entradas e saídas no sistema * recentração nos aspectos da vida conjugal da meia-idade e das carreiras profissionais * início da função de suporte à geração mais velha
5. Saída dos filhos	Aceitação de múltiplas entradas e saídas no sistema	* renegociação do sistema conjugal como díade * desenvolvimento de relações adulto-adulto entre os jovens e os pais * realinhamento de relações para incluir os parentes por afinidade e os netos * necessidade de lidar com as incapacidades e morte dos pais (avós)
6. Última fase da vida da família	Aceitação da mudança dos papéis geracionais	* mudança de interesses, próprios e/ou de casal ; exploração de novas opções familiares e sociais * papel de destaque da geração intermédia (filhos) * aceitação da experiência e sabedoria dos mais velhos; suporte da geração mais velha sem super-protecção * aceitação da perda do cônjuge, irmãos e outros da mesma geração; preparação para a morte; revisão e integração da própria vida

Fonte: Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives

ANEXO Nº6 - CICLO DE VIDA RELVAS

Ciclo de Vida da Família (Relvas, 1996)	
Formação do Casal	Nascimento da família nuclear. A sua constituição implica o aparecimento de um novo sistema, provido de normas e padrões transacionais próprios. Para a formação da família é transformado o património individual em património comum.
Família com filhos Pequenos	Nascimento do primeiro filho. Surge um novo subsistema, o subsistema parental. Reorganização familiar, caracterizada por uma definição de papéis e tarefas parentais e filiais e também uma nova redefinição de limites face ao exterior, visando uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade.
Família com Filhos na Escola	Abertura do sistema familiar ao mundo que o rodeia, sendo este o primeiro teste, à capacidade familiar, do cumprimento da função externa. A família pode revelar sentimentos de invasão da sua privacidade, relativamente ao desempenho escolar da criança e relativamente às competências que esta possui para viver e conviver com os outros.
Família com Filhos Adolescentes	A família, perante a adolescência, depara-se com um conjunto de mudanças (e.g. alterações no corpo, a emergência da sexualidade, relacionamentos amorosos) que leva a que esta etapa possa trazer dificuldades para o sistema familiar. Este tem que ser flexível e é exigida uma constante adaptação que irá permitir a continuidade funcional e organizacional.
Família com Filhos Adultos - (empty-nest)	Momento de grande movimentação familiar, marcado por múltiplas entradas e saídas e por transformações relacionais do sistema, exigindo assim, uma grande capacidade de adaptação e flexibilidade do sistema. Fase em que ocorrem as saídas dos filhos do sistema e a entrada de parentes por afinidade (como genros, noras, entre outros) e surgem os netos. Com o passar dos anos um dos cônjuges da família nuclear desaparece, para assim, a última saída, coincidir com a morte do sistema

Fonte: Relvas, A. P. (1996). *Ciclo de vida familiar: Uma abordagem sistémica*. Instituto Piaget

ANEXO Nº7 – APGAR FAMILIAR DE SMIKLSTEIN

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

Total:

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

0 a 3 – Família com acentuada disfunção

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

ANEXO Nº8 - FACES II

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar
(Family Adaptability and Cohesion Scale II – FACES II)

Instruções:
Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família. Numa escala que vai de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinale com uma cruz qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões.
Por favor responda a todas as questões!

		Quase nunca 1	De vez em quando 2	Às Vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades.	1	2	3	4	5
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	4	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.	1	2	3	4	5
7	Na nossa casa fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	1	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir opinião uns dos outros.	1	2	3	4	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15	Temos dificuldade em fazer as coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16	Quando é necessário resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em consideração.	1	2	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns dos outros.	1	2	3	4	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	4	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.	1	2	3	4	5
20	A nossa família tende a encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	4	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	3	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	5
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha dos amigos feita por cada um de nós.	1	2	3	4	5
28	Em casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda	1	2	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos comuns uns aos outros.	1	2	3	4	5

Itens da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar (FACES)

Fonte: Lourenço, 1996: 162-163

Faces II (30 *itens*)

COESÃO FAMILIAR – 16 *itens*
Laços emocionais:
(+) I. Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades.
(-) 17. Na nossa família sentíamo-nos muito chegados uns aos outros.
Limites familiares:
(-) 3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.
(+) 19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família,.
Coligações:
(-) 9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.
(-) 29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.
Tempo:
(+) 7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.
(+) 23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.
Espaço:
(+) 5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.
(-) 25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.
Amigos:
(+) 11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.
(+) 27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.
Decisões:
(+) 13. Quando é necessário tomar um decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.
(+) 21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.
Interesses e lazeres:
(-) 15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.
(+) 30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.

Quadro 1: Conceitos relacionados com a Coesão e respectivos itens da Escola

Faces II (30 *itens*)

ADAPTABILIDADE FAMILIAR – 14 *itens*
Imposição:
(+) 2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.
(+) 14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.
(-) 28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.
Liderança:
(+) 4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.
(+) 16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidos em conta.
Disciplina:
(+) 6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras da disciplina.
(+) 18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.
Negociações:
(+) 8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.
(+) 20. A nossa família tente encontrar novas formas de resolver os problemas.
(+) 26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.
Funções:
(+) 10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.
(+) 22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.
Normas:
(+) 12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.
(-) 24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.

Quadro 2: Conceitos relacionados com a Adaptabilidade e respectivos itens da Escala

Interpretação linear da FACES II

Coesão		
8	80	Muito ligada
	74	
7	73	
	71	
6	70	Ligada
	65	
5	64	
	60	
4	59	Separado
	55	
3	54	
	51	
2	50	Desmem-brada
	35	
1	34	
	15	

Adaptabilidade		
8	70	Muito flexível
	65	
7	64	
	55	
6	54	Flexível
	50	
5	49	
	46	
4	45	Estruturada
	43	
3	42	
	40	
2	39	Rígida
	30	
1	29	
	15	

Família-tipo	
8	Equilibrada
7	
6	Moderada-mente equilibrada
5	
4	Meio-termo
3	
2	Extrema
1	

Fonte: Olson *et al.*, 1992: 13, in Lourenço, 1996

_____Coesão + _____Adaptabilidade _____/2=Tipo Família

ANEXO Nº9-ESCALA DE READPTAÇÃO SOCIAL DE HOMES E RAHE

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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

Na sua aplicação devem ser somar as pontuações que a família experienciou, desde o dia da aplicação até a um ano anterior a essa data.

Um total:

150 a 200 pontos - Menor probabilidade de incidência de doenças

≥ 200 e ≤ 300 pontos - 50% de probabilidades de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica num futuro próximo

> 300 - 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática (Figueiredo, 2013).

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

ANEXO N°10-ESBOÇO DE UM RESUMO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Esboço de um resumo de Avaliação da Família
Nome da Família:_____ Data:_____ Membros da Família presentes na Entrevista:_____ Entrevistador:_____ Local da Entrevista:_____
I. Via de Encaminhamento e Problema apresentado Uma ou duas frases resumindo o motivo de encaminhamento e sua origem II. Composição Familiar Fazer um genograma. Incluir nome, idade, ocupação ou grau escolar de cada membro da família. Circular aqueles que vivem na casa no momento. III. Vínculos Familiares Fazer um diagrama de vínculos . indicar a intensidade e a natureza da ligação entre os membros da família IV. História pertinente (muito breve e relevante ao problema apresentado) i) Sequência cronológica de eventos que conduzem ao problema apresentado. Incluir soluções anteriores para lidar com o problema e assistência profissional solicitada. ii) História de desenvolvimento da família incluindo informações pertinentes referentes à família de origem e eventos pessoais, sociais, vocacionais e médicos/de saúde siginificativos. V. Forças/Problemas Identificar as forças da família. Fazer uma lista dos problemas da família (estruturais, de desenvolvimento e funcionais) e dos problemas individuais (físicos, psicológicos e sociais) em seus níveis de sistema apropriados. VI. Hipótese/Resumo Fazer um resumo entre hipóteses iniciais, problemas apresentados, história pertinente e forças da família. Se necessário, aprimorar as hipóteses para fornecer direções para as intervenções. VII. Objetivos e Planos Indicar os planos para intervenções, encaminhamento ou alta. Indique as reações e resultados da família.
VIII. Assinatura

Fonte: Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (4.ª ed.)

ANEXO 3- PÓSTER: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM ENFERMAGEM: PROPOSTA DE PROCEDIMENTO A IMPLEMENTAR NUMA ULS DO NORTE DE PORTUGAL

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A Enfermagem Comunitária, como estratégia política do SNS

Ordem dos Enfermeiros

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR DE ENFERMAGEM: PROPOSTA DE PROCEDIMENTO A IMPLEMENTAR NUMA ULS DO NORTE DE PORTUGAL

INTRODUÇÃO: A enfermagem de saúde familiar é uma especialidade que se foca no cuidado integral e holístico das famílias, reconhecendo que a saúde de um indivíduo está intimamente ligada ao contexto familiar e social em que vive. Uma das principais abordagens neste contexto é o reconhecimento da família como um sistema dinâmico, onde as interações e os cuidados entre seus membros influenciam o bem-estar de todos. O enfermeiro, ao realizar uma avaliação da dinâmica familiar, não apenas observa as condições físicas de saúde, mas também os aspetos emocionais, sociais e culturais que impactam o cuidado. A enfermagem de saúde familiar vai além do cuidado individual, tratando a saúde como uma construção coletiva e relacional, onde a participação ativa da família no processo de cuidar é essencial para alcançar melhores resultados de saúde. A avaliação familiar em enfermagem é uma etapa fundamental para compreender a dinâmica, necessidades e recursos da família. Existem vários instrumentos estruturados que ajudam os enfermeiros a realizar essa avaliação de forma sistematizada e humanizada.

OBJETIVO: Apresentar proposta de procedimento a implementar numa ULS do Norte de Portugal para a avaliação e intervenção familiar de enfermagem



METODOLOGIA: Com base na melhor evidência disponível e nos diversos modelos de intervenção em enfermagem de família, foi construído um procedimento com base no Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, que constitui uma das principais ferramentas recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal para avaliação e intervenção junto das famílias.

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA

- Genograma, Ecomapa e Escala de Graffar Adaptada

AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTAL DA FAMÍLIA

- Modelo de Estádios de Desenvolvimento Familiar de Duvall, Ciclo de Vida Familiar de Carter e McGoldrick ou Ciclo de Vida Familiar de Relvas

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

- APGAR Familiar de Smilkstein, Escala FACES - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale e Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe



RESULTADOS

Ler mais de cuidados especializados em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar

Sensibilização e consciencialização

Sensibilização e consciencialização

CONCLUSÃO



RECOMENDAÇÕES: Esta proposta de procedimento foi alvo de recomendação para vir na ULS a aguardar a emissão de parecer por parte do Conselho de Administração. É fortemente recomendado o uso de um padrão de documentação e de programas de intervenção que ajudem os enfermeiros nos complexos processos de tomada de decisão.

AUTORES: Rui Pereira, 22150; Andreia Vieira, 52815; Lília Leite, 47134; Sandrina Sousa, 50735; Sílvia Moreira, 49081

Referências Bibliográficas

ANEXO 4- FORMAÇÃO INTERNA SOBRE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

REGISTO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	

9. SUMÁRIO

Importância da saúde Familiar

Modelos de Avaliação e intervenção familiar

Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary

Instrumentos de Avaliação familiar

Documentação dos Cuidados da Família no SCLÍNICO- CSP

	IMPRESSO	

REGISTO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

1. CURSO/AÇÃO	2. TEMA
	Avaliação e Intervenção Familiar

3. DATA	4. HORÁRIO	5. SERVIÇO/LOCAL
06/08/2025	12h-14h	USF

6. DESTINATÁRIOS

- [ ] Dirigente Superior
- [ ] Dirigente Intermédio
- [ ] Técnico Superior
- [X] Assistente Técnico
- [ ] Assistente Operacional
- [ ] Técnico Superior de Saúde
- [X] Médico
- [ ] Informático
- [X] Enfermeiro
- [ ] Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- [ ] Outro: _____

7. FUNDAMENTAÇÃO

A família constitui a unidade essencial para a prática em saúde, sobretudo no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. A avaliação e intervenção familiar permitem compreender as necessidades e dinâmicas familiares, possibilitando a oferta de cuidados mais adequados e eficazes. Modelos estruturados, como o de Calgary, e instrumentos como genogramas e ecomapas são fundamentais para essa abordagem. Dessa forma, a formação dos profissionais de saúde nessa temática torna-se imprescindível para o desenvolvimento de competências que assegurem uma atuação qualificada, humanizada e integral junto às famílias, promovendo cuidados centrados na pessoa e fortalecendo o impacto positivo dos serviços de saúde.

8. OBJETIVOS

- Avaliar a componente estrutural, de desenvolvimento e a funcional da família.
- Identificar as necessidades de saúde da família.
- Promover a educação em saúde dentro do contexto familiar.
- Fortalecer a autonomia da família na gestão dos cuidados de saúde.
- Promover a comunicação eficaz entre os membros da família.
- Identificar e intervir em situações de risco na dinâmica familiar.
- Apoiar a família na adaptação às transições de vida (desenvolvimental, situacional, saúde/doença, organizacional)

Avaliação e intervenção familiar

Trabalho realizado por: Lília Leite

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

OBJECTIVOS



- Avaliar a componente estrutural, de desenvolvimento e a funcional da família.
- Identificar as necessidades de saúde da família.
- Promover a educação em saúde dentro do contexto familiar.
- Fortalecer a autonomia da família na gestão dos cuidados de saúde.
- Promover a comunicação eficaz entre os membros da família.
- Identificar e intervir em situações de disfuncionalidade familiar.
- Apoiar a família na adaptação às transições da vida (desenvolvimental, situacional, saúde/doença, organizacional).

ENFERMAGEM DE FAMÍLIA



- A enfermagem de família é uma especialidade que se foca **no cuidado integral e holístico das famílias.**
- A saúde de um indivíduo está intimamente ligada ao **contexto familiar e social** em que vive.
- As interações e as atividades entre membros da família **influenciam e intervalar de todos.**
- A enfermagem de família tem um papel crucial nas **transições de vida** (Meleis, 2000) sejam elas [illegible] ou [illegible] ao longo do ciclo vital da família, situacional (associadas a acontecimentos específicos e alterações/ganho/perda de papeis), saúde/doença (aparecimento de doença crónica ou evolução de uma doença) e organizacional (alterações ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas).
- A abordagem de enfermagem deve focar-se na totalidade da [illegible] **capacitando a família**, ajudando-a a identificar e mobilizar os seus recursos e estratégias para melhorar os desafios da saúde de forma mais eficaz.
- A enfermagem de família avalia o estado de saúde individual, interativo e saúde como uma entidade coletiva e relacional, sendo **a participação ativa da família** no processo de saúde fundamental para alcançar melhores resultados de saúde.



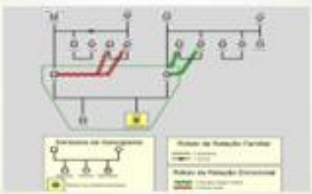
Modelos de avaliação e intervenção familiar



Instrumentos de Avaliação/Intervenção Familiar

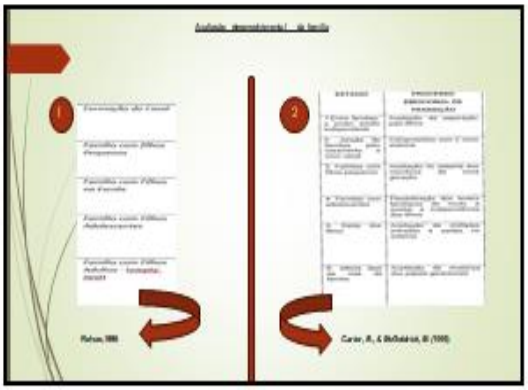
Avaliação Estrutural da família

Genograma: [illegible]

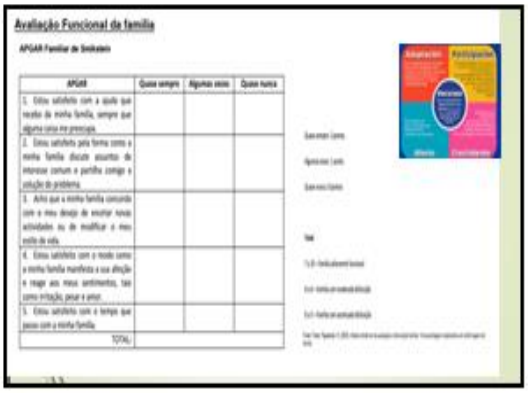


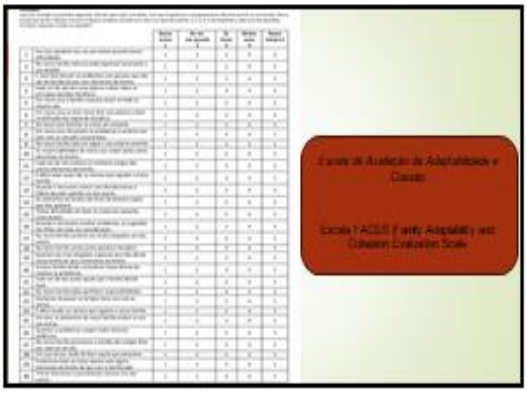




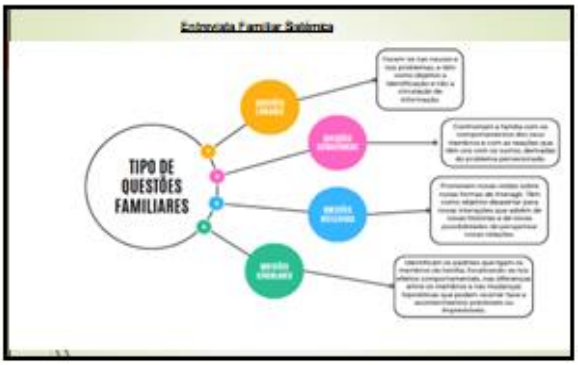


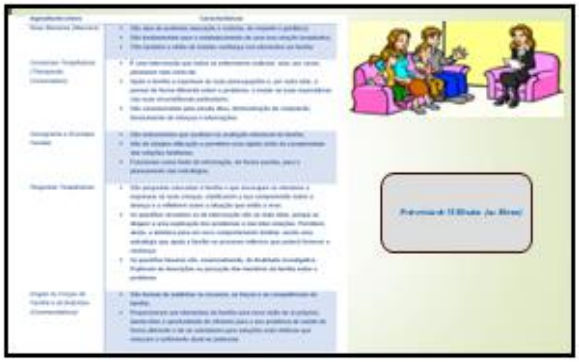


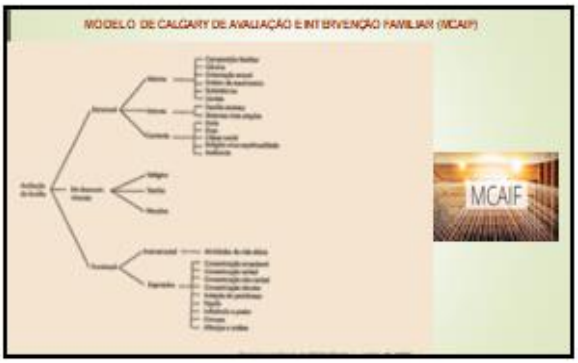

Avaliação Funcional da família
APGAR Familiar de Smilkstein


Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão
Escala FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale


Escala de Readaptação Social
de Holmes e Rahe


Entrevista Familiar Sistémica
TIPO DE QUESTÕES FAMILIARES




MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MCAIF)
MCAIF


OBSERVAÇÃO INTERCULTURAL


Avaliação do Funcionamento da Família



























Avaliação da Ação Formativa: "Avaliação e Intervenção Familiar"

Foi dinamizada uma sessão de formação com a duração de duas horas, subordinada ao tema "Avaliação e Intervenção Familiar", dirigida a 12 profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar (USF). Esta sessão teve como objetivos principais promover o conhecimento teórico e prático sobre modelos de avaliação familiar e fomentar a reflexão sobre intervenções centradas na família enquanto unidade de cuidados.

A metodologia adotada combinou momentos expositivos com dinâmicas participativas, recorrendo à apresentação de conteúdos teóricos, análise de casos práticos e discussão em grupo. O ambiente formativo foi propício à partilha de experiências e à contextualização do conhecimento na prática clínica.

A avaliação da ação formativa foi realizada através de um questionário disponibilizado pela Unidade Local de Saúde (ULS), aplicado no final da sessão, permitindo aferir os seguintes aspetos:

- Utilidade percecionada da formação para a prática clínica;
- Clareza e pertinência dos conteúdos abordados;
- Adequação da metodologia e da duração da sessão;
- Autoavaliação dos conhecimentos antes e após a formação.

Os resultados evidenciaram uma perceção globalmente positiva por parte dos participantes, salientando-se o reforço dos conhecimentos no âmbito dos cuidados à família e a relevância da formação contínua na consolidação de competências específicas em Enfermagem de Saúde Familiar.

Enquanto formadora, esta experiência constituiu uma oportunidade para o desenvolvimento de competências pedagógicas e de comunicação, bem como para o aprofundamento da reflexão crítica sobre práticas clínicas centradas na família. A ação formativa revelou-se um contributo relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para o fortalecimento do trabalho em equipa no seio da USF.

ANEXO 5–FORMAÇÃO INTERNA SOBRE IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS PELAS CRIANÇAS NA DINÂMIICA FAMILIAR

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE	IMPRESSO	Código: REG.020.CAF Data Elaboração: 20/03/2023 Edição: 02 Revisão: 01

REGISTO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

1. CURSO/AÇÃO	2. TEMA
	Implicações do Uso de Ecrãs pelas Crianças na Dinâmica Familiar

3. DATA	4. HORÁRIO	5. SERVIÇO/LOCAL
23/10/2025	13h-15h	USF

6. DESTINATÁRIOS

- [ ] Dirigente Superior
- [ ] Dirigente Intermédio
- [ ] Técnico Superior
- [x] Assistente Técnico
- [ ] Assistente Operacional
- [ ] Técnico Superior de Saúde
- [x] Médico
- [ ] Informático
- [x] Enfermeiro
- [ ] Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- [ ] Outro: _____

7. FUNDAMENTAÇÃO

Os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na orientação das famílias sobre o uso dos ecrãs pelas crianças. Esta formação visa sensibilizar para os impactos físicos, emocionais e sociais do uso excessivo, além de capacitar na promoção de limites saudáveis e alternativas ao tempo de ecrã. Assim, contribui para o fortalecimento do apoio familiar e para o bem-estar infantil, reforçando a atuação preventiva e educativa da USF.

8. OBJETIVOS

- Sensibilizar para os impactos do uso excessivo de ecrãs nas crianças e na família.
- Capacitar para identificar sinais de uso problemático.
- Fornecer estratégias para orientar famílias sobre limites e uso equilibrado.
- Promover a participação dos pais no acompanhamento do uso dos ecrãs.
- Estimular alternativas saudáveis ao tempo de ecrã.
- Reforçar o papel dos profissionais de saúde na prevenção e apoio precoce.

9. SUMÁRIO

- Impactos do uso de ecrãs nas crianças e na família
- Riscos do uso excessivo de tecnologia
- Importância do equilíbrio no tempo de ecrã
- Definição e aplicação de regras claras para uso dos dispositivos
- Papel dos profissionais de saúde na orientação das famílias
- Estratégias para envolver os pais no acompanhamento
- Alternativas saudáveis ao tempo de ecrã
- Prevenção e apoio precoce no contexto familiar

11. REGISTO DE PRESENÇAS DOS FORMANDOS

SESSÃO DE FORMAÇÃO

FLÁVIA SILVA [1,5,6] ANDREIA VIEIRA [2,5,6] FERNANDA ANDRADE [3,5,6] LÍLIA LEITE [2,5,6] MARIA JOÃO BERMUDES [4,5,6] RAFAELA ROSÁRIO [5,6,7]

PORTUGAL

[1] ULS Braga – Hospital de Braga
[2] ULS Alto Ave – USF O Basto
[3] ULS Trás-os-Montes e Alto Douro / UCSP Vila Pouca de Aguiar
[4] ULS Póvoa de Varzim / Vila do Conde / USF S Simão da Junqueira
[5] Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho
[6] Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf)
[7] Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UCISA:E)

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR: UMA REVISÃO SCOPING

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

Sumário:

1. Introdução
2. Objetivo
3. Metodologia
4. Resultados
5. Discussão
6. Conclusões
7. Implicações Prática
8. Referências Bibliográficas

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR: UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

1. Introdução



Crescente uso de ecrãs por crianças

Efeitos na saúde física emocional e social

Impacto na dinâmica familiar





Forte avanço da tecnologia

Uso de dispositivos com ecrãs tem vindo a aumentar exponencialmente

Principalmente por parte das crianças



IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR: UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

1. Introdução

RECOMENDAÇÕES DA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA

(AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2023)

CRIANÇAS < 18 MESES

Evicção de ecrãs

exceção das videochamadas

CRIANÇAS 18 E 24 MESES

Conteúdos de qualidade

Acompanhados por adultos

CRIANÇAS 2 E 5 ANOS

Máximo de 1 h por dia

Conteúdos educativos

CRIANÇAS DOS 5 A ATÉ À PRÉ-ADOLESCÊNCIA

Utilização sem compromisso de outras atividades

Com supervisão

PRÉ-ADOLESCENTES E ADOLESCENTES

Diálogo sobre uso de ecrãs

Conteúdos e segurança digital

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

1. Introdução

Muitos pais desconhecem os efeitos potenciais da exposição precoce a dispositivos digitais no desenvolvimento infantil

O impacto do uso da tecnologia digital tem sido muito investigado (Cullen et al., 2024)

FONTES DE PREOCUPAÇÃO

Visão, audição, obesidade, dor, sono, cognição e impactos sociais

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

Quais as implicações do uso de ecrãs por crianças na dinâmica familiar?

População: Criança
Conceito: Uso de ecrãs
Contexto: Família



2. Objetivo

- Mapear a evidência científica sobre as implicações do uso de ecrãs por crianças na dinâmica familiar

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING
Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

3. Metodologia

- Revisão Scoping (JBI)
- Dez de 2024 e Jan de 2025
- Plataforma **EBSCOhost** OE : bases de dados (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, etc)
- Guia PCC e o PRISMA -ScR
- Estudos primários Quantitativos e Qualitativos, PT/ EN, sem restrições temporais
- Palavras chave do PCC (crianças, uso de ecrãs e família) e descritores MeSH
- Critérios de exclusão: crianças com transtornos físicos ou mentais
- 2 revisores independentes

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

3. Metodologia

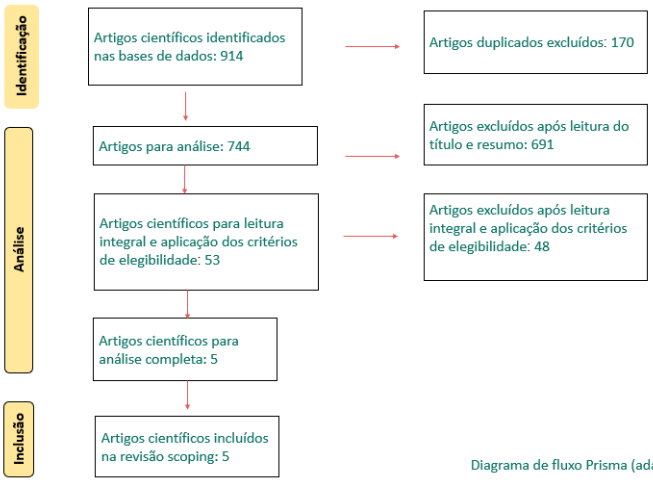


Diagrama de fluxo Prisma (adaptado) (Page et al., 2021)

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

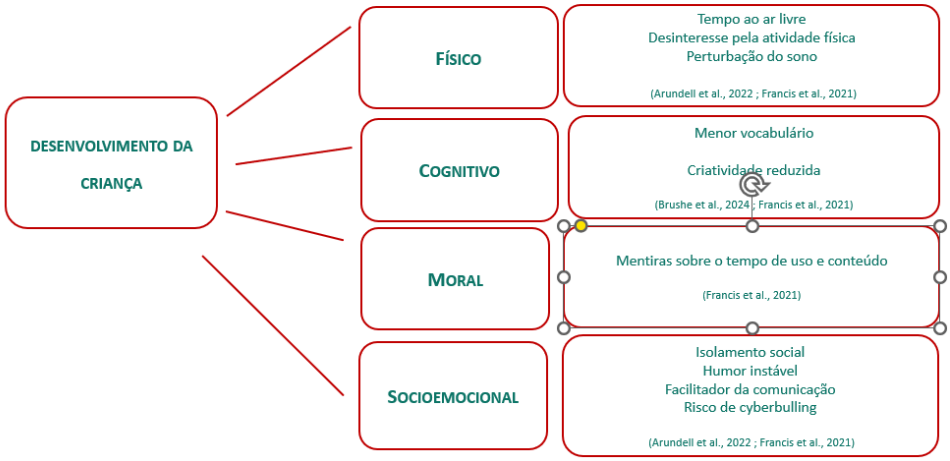
4. Resultados e Discussão



IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

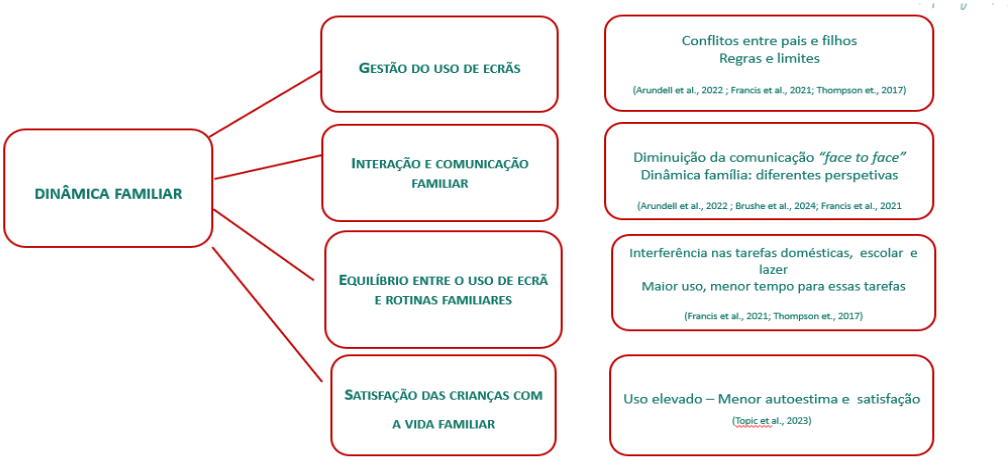
4. Resultados e Discussão



IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

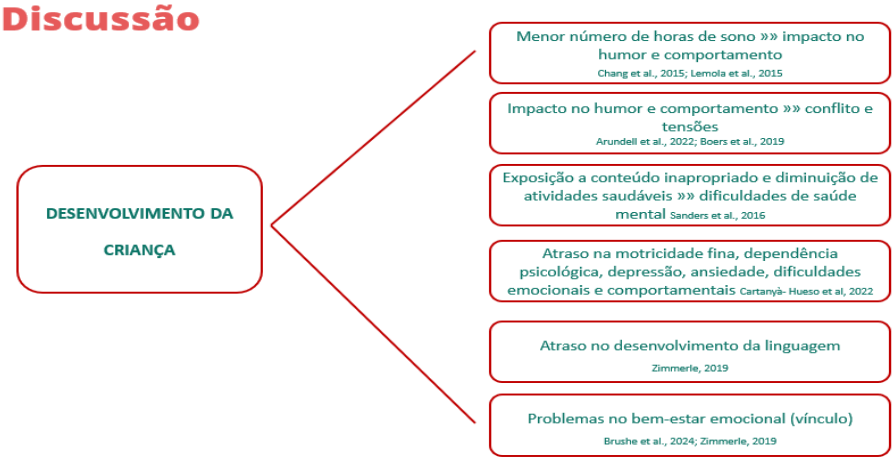
4. Resultados e Discussão



IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

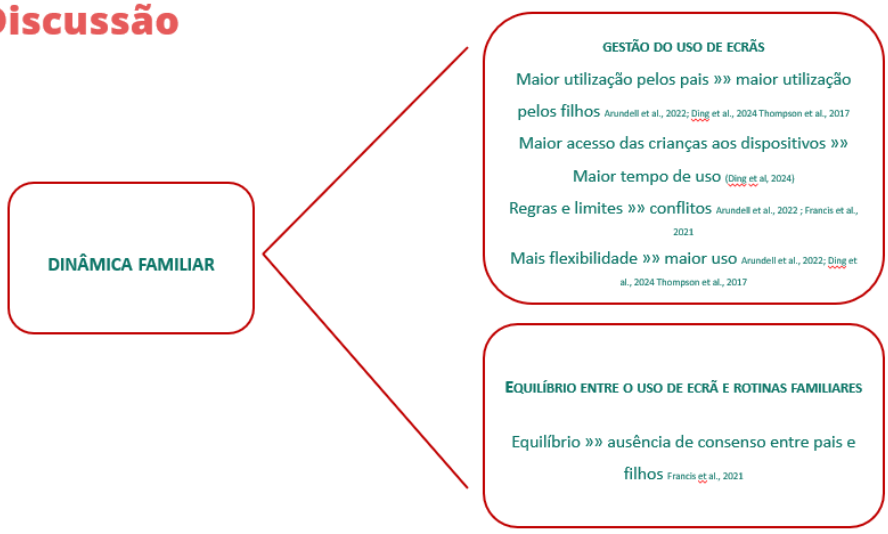
5. Discussão



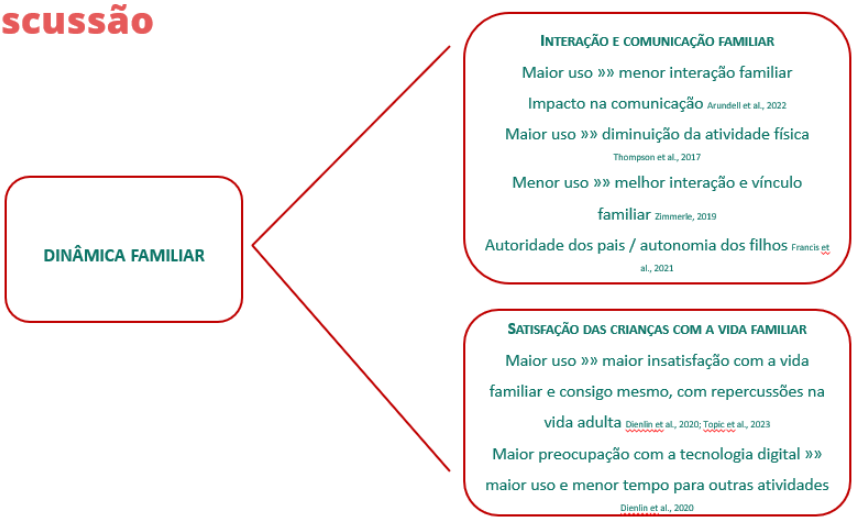
IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING

Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

5. Discussão



5. Discussão



IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING
Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

6. Conclusões

Existe associação entre uso de ecrãs e dinâmica familiar

O uso de ecrãs pode afastar ou aproximar as famílias

Impacto na qualidade das interações/relações familiares, comunicação, ambiente familiar e tempo de lazer em família

7. Implicações para a Prática

A gestão do tempo de ecrã por parte dos pais e dos filhos é considerada um desafio

Necessidade de regras básicas



Equilíbrio entre o uso de ecrãs e as rotinas familiares

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING
Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

7. Implicações para a Prática

Os pais devem ser o exemplo

Abordar o uso de ecrãs o mais cedo possível:
- tipo e tempo de ecrã adequado para a idade,
conteúdo, horários,
Co-visualização,
negociação entre uso de ecrãs e rotinas familiares



Os pais devem negociar e gerir estilos parentais e expectativas relativas ao uso de ecrãs

Promover pensamento crítico e autorregulação: cidadania e segurança digital

7. Implicações

Fomentar o equilíbrio entre o uso de ecrãs e outras atividades: sono, atividade física, socialização, relacionadas com o tempo de lazer da família



Foco no conteúdo visualizado e não no tempo

Os pais devem compartilhar as regras com outros cuidadores

IMPLICAÇÕES DO USO DE ECRÃS POR CRIANÇAS NA DINÂMICA FAMILIAR:
UMA REVISÃO SCOPING
Flávia Silva, Andreia Vieira, Fernanda Andrade, Lília Leite, Maria João Bermudes, Rafaela Rosário
PORTUGAL

7. Referências Bibliográficas

Arundell, L., Gould, L., Ridgers, N. D., Ayala, A. M. C., Downing, K. L., Salmon, J.,...Veitch, J. (2022). "Everything kind of revolves around technology": a qualitative exploration of families' screen use experiences, and intervention suggestions. BMC Public Health, 22(1), 1606. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14007-w

Brushe, M. E., Haag, D. G., Melhuish, E. C., Reilly, S., & Gregory, T. (2024). Screen Time and Parent-Child Talk When Children Are Aged 12 to 36 Months. JAMA Pediatrics, 178(4), 369-375. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.6790

Francis, K., Scholten, H., Granic, I., Lougheed, J., & Hollenstein, T. (2021). Insights about Screen-Use Conflict from Discussions between Mothers and Pre-Adolescents: A Thematic Analysis. Int J Environ Res Public Health, 18(9). https://doi.org/10.3390/ijerph18094686

Thompson, J. L., Sebire, S. J., Kesten, J. M., Zahra, J., Edwards, M., Solomon-Moore, E., & Jago, R. (2017). How parents perceive screen viewing in their 5-6 year old child within the context of their own screen viewing time: a mixed-methods study. BMC Public Health, 17(1), 471. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4394-5

Topić, M. K., Brkljačić, T., & Brajša-Žganec, A. (2023). Digital technology use and preoccupation with digital technology as predictors of life satisfaction in children. Child & Family Social Work, 28(4), 1131-1138. https://doi.org/ https://doi.org/10.1111/cfs.13032

Avaliação da Ação Formativa: Implicações do Uso de Ecrãs pelas Crianças na Dinâmica Familiar

Foi dinamizada uma sessão de formação com a duração aproximada de duas horas, subordinada ao tema "Implicações do Uso de Ecrãs pelas Crianças na Dinâmica Familiar", dirigida a 12 profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar (USF). A sessão teve como principal objetivo sensibilizar os profissionais para o impacto do uso excessivo de ecrãs no desenvolvimento infantil e na dinâmica familiar, bem como promover estratégias de intervenção e aconselhamento às famílias no âmbito da promoção de hábitos saudáveis.

A metodologia adotada combinou momentos expositivos e participativos, incluindo a apresentação de evidência científica atual, discussão de situações práticas observadas no contexto clínico e reflexão em grupo sobre estratégias de educação para a saúde dirigidas às famílias. Esta abordagem permitiu promover a partilha de experiências entre os profissionais e a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.

A avaliação da ação formativa foi realizada através de um questionário de satisfação aplicado no final da sessão, permitindo recolher informação sobre:

- Utilidade da formação para a prática clínica;
- Clareza e relevância dos conteúdos apresentados;
- Adequação da metodologia utilizada;
- Perceção de aquisição de novos conhecimentos sobre o impacto do uso de ecrãs nas crianças e na dinâmica familiar.

Os resultados evidenciaram uma avaliação globalmente positiva da formação, sendo destacado pelos participantes o aumento da consciência relativamente aos riscos associados ao uso excessivo de ecrãs, nomeadamente no desenvolvimento cognitivo, comportamental e nas interações familiares. Os profissionais reconheceram ainda a importância de integrar este tema nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, promovendo o aconselhamento às famílias sobre limites de utilização e alternativas de atividades que favoreçam o desenvolvimento e a interação familiar.

Enquanto dinamizadora da sessão, esta experiência constituiu uma oportunidade para desenvolver competências pedagógicas e de comunicação, bem como para reforçar a importância do papel do enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis e no apoio às famílias na gestão do uso de

tecnologias digitais pelas crianças. A ação formativa contribuiu para sensibilizar a equipa de saúde para esta problemática emergente, reforçando a importância da intervenção precoce e da educação para a saúde no contexto familiar.

ANEXO 6- FORMAÇÃO INTERNA SOBRE PROMOÇÃO DA UTILIZAÇÃO CORRETA DE INALADORES PELO UTENTE E FAMILIA

	IMPRESSO	

REGISTO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

1. CURSO/AÇÃO	2. TEMA
	Promoção da Utilização Correta de Inaladores pelo Utente e Família no Contexto da Saúde

3. DATA	4. HORÁRIO	5. SERVIÇO/LOCAL
04/12/2025	13h-15h	USF

6. DESTINATÁRIOS

☐ Dirigente Superior	☐ Dirigente Intermédio	☐ Técnico Superior	☒ Assistente Técnico	☐ Assistente Operacional	☐ Técnico Superior de Saúde
☒ Médico	☐ Informático	☒ Enfermeiro	☐ Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	☐ Outro: _____	

7. FUNDAMENTAÇÃO

A utilização correta de inaladores é essencial para o controlo eficaz de doenças respiratórias crónicas. Muitas vezes, utentes apresentam dificuldades na técnica, comprometendo a adesão e os resultados terapêuticos. Capacitar o utente e a família é fundamental, e o enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel central na educação para a saúde e no incentivo ao autocuidado.

8. OBJETIVOS

- Identificar os diferentes tipos de inaladores.
- Demonstrar a técnica correta e corrigir erros comuns.
- Desenvolver competências para educar utente e família.
- Sensibilizar para o papel da família no acompanhamento da doença respiratória.

REGISTO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	

9. SUMÁRIO

- Indicações para inaloterapia
- Características do inalador ideal
- Fatores associados à inalação eficaz
- Terapêutica inalatória: princípios e aplicações
- Principais causas do insucesso na terapêutica inaladora
- Tipos de dispositivos inalatórios
- Técnica correta de utilização dos inaladores
- Papel da equipa de saúde na educação do utente e família

SESSÃO DE FORMAÇÃO



PROMOÇÃO DA UTILIZAÇÃO CORRETA DE INALADORES PELO UTENTE E FAMILIA NO CONTEXTO DE SAÚDE FAMILIAR

Lília Leite

dezembro 2025

Inaloterapia

- A inaloterapia consiste na administração de medicação por via inalatória por dispositivos médicos produtores de aerossóis;



Indicações

- Fibrose quística;
- Bronquiectasias não fibrose quística;
- Hipertensão pulmonar
- Transplante pulmonar;
- Necessidade de fluidificação frequente das secreções, nomeadamente em doentes ventilados no domicílio com vias aéreas artificiais ou com dificuldade nos mecanismos da tosse

Indicação do dispositivo

- Fisiopatologia da doença;
- Gravidade;
- Aspetos farmacológicos dos fármacos;
- Dose a administrar;
- Características técnicas dos dispositivos de inalação
- Capacidade do doente para a execução correta da técnica de inalação, que é específica de cada dispositivo.

Características de um inalador ideal

- **Velocidade do aerossol**

  Velocidade recomendada: baixa

- **Tamanho da partícula**

  Tamanho recomendado: <5 µm

- **Duração do aerossol**

  Duração recomendada: >1 s

Características associadas à inalação

- Facilidade de inalação
- Técnica de inalação

Terapêutica inalatória

Necessidades médicas

- Forneça doses precisas e consistentes
  Dispositivo de fácil aprendizagem
- Fácil de manusear, ativar e exija o mínimo de coordenação
- Necessite de um esforço inspiratório mínimo

vs

Necessidades do doente/família

- Preço suportável
- Permita uma deposição pulmonar ótima
- Que o doente e/ou cuidador se adaptem

Causas de insucesso da terapêutica inalatória

- Frequência da **técnica inalatória incorreta** permanece elevada (27%–36%) e não melhorou nos últimos 40 anos*,1
- **Erros no uso do inalador** que afetam substancialmente a deposição pulmonar do fármaco (erros críticos) estão associados ao aumento da taxa de exacerbações graves2
- **22%–93%** de doentes com DPOC reportaram **não aderir ao tratamento** prescrito3

Dispositivos Inalatórios

Nebulizadores	Inaladores Pressurizados	Inaladores de Pó Seco	Inalador Soft Mist
• Ultrassónico • Pneumático • Membrana vibratória	• pMDIs **com** contador de dose • pMDIs **sem** contador de dose **Breath-trigger** • Autohaler® • K-haler®	**Unidose** • HandiHaler® • Aerolizer® • Breezhaler® • Zonda® **Multi-dose** • Diskus® • Turbohaler® • Twisthaler® • Genuair® • Ellipta® • Airflusal® • Spiromax ® • Easyhaler ®	• Respimat®

Nebulizadores

Convertem líquido em gotas de aerossol capazes de serem inaladas



Vantagens

- Não necessita de coordenação nem de pausa inspiratória
- Permite misturar várias soluções de fármacos diferentes
- Para doentes incapazes de utilizar outros dispositivos inalatórios
- Quando há necessidade de altas doses de medicação ou de administração de O2
- Baixa deposição na orofaringe
- Ausência de propelentes

Inaladores Pressurizados



Vantagens

- Pequeno e portátil
- Económico
- Rápida administração
- Disponível para maioria fármacos
- Habitualmente utilizado como medicação de alívio

Desvantagens

- Exige boa coordenação “mão-pulmão”
- Elevada deposição na orofaringe e redução dos efeitos terapêuticos
- Efeito “cold-freon”
- Os mais antigos sem contador de doses o que impede de determinar o número de doses existentes no inalador

Inaladores Pressurizados
Com câmara expansora



Vantagens

- Não necessitam de coordenação
- Medicação pode ser administrada pelo cuidador
- Ausência do efeito "cold-freon"
- Reduzem deposição na orofaringe
- Podem ser utilizados em situações de exacerbação de Asma e DPOC

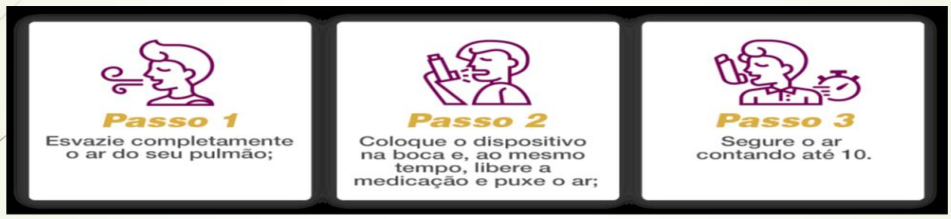
Desvantagens

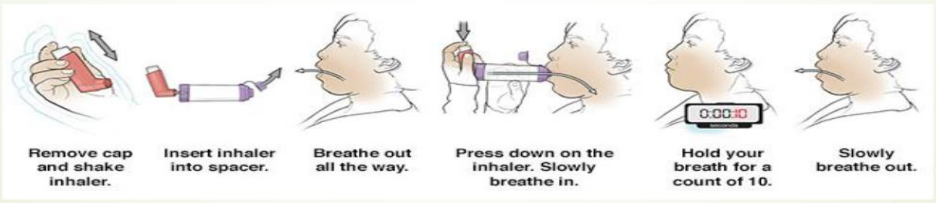
- Necessidade de higienização semanal
- Problemas de funcionamento da válvula
- O atraso entre a ativação do inalador e a inalação diminui o efeito terapêutico, por deposição das partículas < 5µm nas paredes da câmara

Técnica Inalatória



Técnica Inalatória





Papel da Equipa de Saúde na Educação do Utente e Família

- Promover a literacia em saúde sobre o uso correto dos inaladores.
- Demonstrar e corrigir a técnica inalatória passo a passo.
- Fornecer informações claras e adaptadas às necessidades da família.
- Incentivar o envolvimento ativo da família no acompanhamento do tratamento.
- Realizar seguimento contínuo para avaliar técnica e adesão terapêutica.
- Fomentar a colaboração interdisciplinar para cuidados integrados e centrados no utente.



Referências bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Norma de Orientação Clínica para Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) – diagnóstico e tratamento* [PDF]. https://www.dgs.pt/ (substituir pela URL específica do documento)

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) management* (WHO Guidelines). https://www.who.int/

Silva, E. (2019). *Educação em Saúde Respiratória e Técnicas Inalatórias: princípios e prática*. Editora Saúde e Família.

AVALIAÇÃO DA AÇÃO FORMATIVA: PROMOÇÃO DA UTILIZAÇÃO CORRETA DE INALADORES PELO UTENTE E FAMILIA NO CONTEXTO DE SAÚDE FAMILIAR

A avaliação da ação formativa foi realizada através de um questionário aplicado aos 10 profissionais de saúde da USF no final da sessão. O questionário avaliou a perceção sobre a relevância dos conteúdos abordados, a clareza da exposição, a adequação da metodologia e a utilidade prática para a rotina clínica.

Os resultados indicaram uma avaliação globalmente positiva, destacando o aumento do conhecimento sobre a técnica correta de utilização dos inaladores e a importância do papel da família no acompanhamento do utente. Os participantes consideraram a formação útil para a melhoria da prática clínica e manifestaram interesse na realização de futuras ações formativas sobre temas relacionados.

Esta avaliação reforça a importância de promover formações continuadas para capacitar os profissionais na educação terapêutica e no suporte ao utente e família, contribuindo para melhores resultados na gestão das doenças respiratórias crónicas.

ANEXO 7 -PÓSTER: CADA RESPIRAÇÃO CONTA: O ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR NA GESTÃO DA DPOC

Cada Respiração Conta
O Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na Gestão da DPOC

Realizado por: Lília Leite; lleite@ulsaave.min-saude.pt,962580400; Rui Pereira; ruipereira@ese.uminho.pt

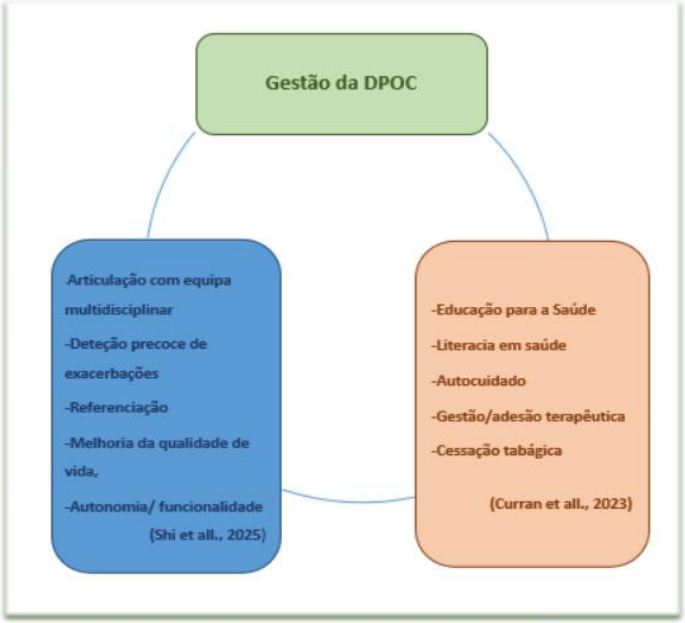
Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) constitui uma das principais causas de mortalidade a nível global, prevendo-se que atinja o terceiro lugar até 2030 (OMS, 2018). Neste contexto, o enfermeiro de família assume um papel central na gestão da DPOC, contribuindo para respostas mais qualificadas e orientadas às necessidades da comunidade.



Objetivos: Mapear as principais intervenções do enfermeiro de família na gestão do DPOC.

Métodos: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados EBSCO, através do portal da Ordem dos Enfermeiros, utilizando os descritores e combinações booleanas: *"Chronic Obstructive Pulmonary Disease" AND "Family Nursing" AND ("Primary Health Care" OR "Community")*.

Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar



Conclusão: O enfermeiro de família, enquanto **elemento central na gestão integrada da DPOC,** desempenha funções essenciais na educação em saúde, na capacitação para o autocuidado e na gestão terapêutica. Estas intervenções, articuladas com uma **abordagem multidisciplinar** e continuidade de cuidados, contribuem para maior estabilidade clínica, redução de internamentos melhoria da qualidade de vida, reforçando a importância da intervenção precoce no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Referências Bibliográficas