



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior
de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Vivências das Famílias com Crianças com Asma: Um Desafio à Enfermagem de Saúde Familiar

Susana Ferreira, n.º 31217

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**II Curso, Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na
área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Consórcio

2º Semestre

Ano letivo 2024/2025

**Vivências das Famílias com Crianças com Asma: Um Desafio à
Enfermagem de Saúde Familiar**

Unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Susana Ferreira, n.º 31217

Enfermeiras Orientadoras:

Professora Doutora Catarina Magalhães Alves

Professora Doutora Maria Cândida Cracel Viana

Enfermeira Tutora:

Mestre e Especialista Ana Sofia Alves

Viana do Castelo, 31 de outubro, 2025

AGRADECIMENTOS

É com enorme gratidão, que reconheço todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este percurso se tornasse mais leve e possível de concretizar.

A conclusão deste relatório representa o culminar de um caminho exigente e, ao mesmo tempo, profundamente enriquecedor, que não teria sido possível sem o apoio, dedicação e o incentivo de quem sempre acreditou em mim.

Ao meu filho e ao meu marido, pilares fundamentais da minha vida, o meu amor incondicional e a minha inspiração diária. Obrigada pela compreensão, carinho, paciência e pelos momentos em que o tempo em família foi sacrificado em prol deste sonho. Cada sorriso, cada abraço e cada palavra de apoio ajudaram-me a nunca desistir. Esta conquista é, sem dúvida tanto vossa como minha.

Aos meus pais, sogros e irmã, que tantas vezes cuidaram do meu filho e me permitiram seguir este caminho com mais serenidade. O vosso apoio foi imprescindível.

À minha orientadora de estágio, Mestre e Especialista Sofia Alves, agradeço pela partilha generosa de saberes, pela dedicação e por me guiar nesta etapa tão exigente e especial da minha formação. Com o seu apoio, paciência e incentivo, pude crescer enquanto futura enfermeira especialista, adquirindo competências essenciais para o meu percurso. O seu entusiasmo e a sua confiança foram fundamentais para ultrapassar os momentos de dificuldade. Obrigada por acreditar em mim.

A todos os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar, onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional, que me acolheram de forma tão calorosa e me fizeram sentir, desde o primeiro momento, parte integrante da equipa, expresso o meu profundo agradecimento pela confiança e pelo apoio demonstrado.

À escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e às respetivas orientadores, Professora Doutora Catarina Alves e à Professora Doutora Cândida Cracel, pela disponibilidade, acompanhamento, palavras de incentivo e motivação ao longo de todo o percurso.

Por fim, às crianças e famílias com quem me cruzei, o meu sincero agradecimento por terem tornado possível a realização deste relatório.

Cada etapa, cada desafio, cada vitória foi construída com todos ao meu lado.

A todos, o meu muito obrigada!

Dedico este trabalho a todas as famílias que cuidam, lutam e aprendem com a asma dos seus filhos, enfrentando cada desafio com amor e esperança.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.

Eduardo Galeano

RESUMO

Enquadramento: O diagnóstico de asma na criança constitui um evento de elevado impacto para a família, sobretudo para os pais, que enfrentam o desafio de gerir uma doença crónica que exige intervenções terapêuticas complexas e medidas preventivas contínuas. Neste contexto, a educação da criança e da família assume um papel central, ao potenciar o conhecimento sobre a doença, favorecer o controlo eficaz da asma e promover a qualidade de vida da criança e a adaptação familiar. Assim, a integração da família nos cuidados de enfermagem emerge como uma prática essencial no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, ao reconhecer a família como elemento nuclear e co-participante em todo o processo de cuidados.

Objetivo: O objetivo do estudo consiste em conhecer as vivências das famílias no âmbito do cuidado à criança com asma, procurando, a partir desse conhecimento, identificar contributos que sustentem a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Método: Efetuou-se um estudo descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido com uma amostra intencional de doze famílias com crianças com diagnóstico de asma, acompanhadas numa Unidade de Saúde Familiar do concelho de Felgueiras. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, conduzidas até à saturação teórica, e analisadas segundo os procedimentos de análise de conteúdo de Bardin (2016). Todos os procedimentos respeitaram os princípios éticos e deontológicos aplicáveis à investigação em saúde.

Resultados: Os participantes tinham idades entre 35 e 54 anos (média de $40,8 \pm 5,8$ anos), sendo a maioria do sexo feminino, encontrando-se casados ou a viver em união de facto. Predominam as famílias nucleares, maioritariamente com quatro elementos, e com habilitações literárias correspondentes ao ensino básico. Em metade dos casos, o diagnóstico de asma foi efetuado há um ano ou menos. Da análise das entrevistas emergiram oito áreas temáticas, nomeadamente: *Desafios e sobrecarga parental; Alterações e reorganização do quotidiano familiar; Conhecimento e perceção sobre a doença; Estratégias de prevenção e controlo das crises; Necessidades formativas e informativas; Impacto emocional do diagnóstico e das crises de asma; Apoio social e redes de suporte; Experiência com os serviços de saúde*, as quais permitiram dar resposta aos objetivos propostos e compreender as vivências das famílias no cuidado à criança com asma.

Conclusão: O estudo evidencia que o cuidado à criança com asma transcende a dimensão estritamente clínica, abrangendo componentes emocionais, educativas e relacionais que influenciam de forma significativa a adaptação familiar e a eficácia do controle da doença. As famílias valorizam o acompanhamento do enfermeiro de família, mas expressam necessidades acrescidas ao nível da educação para a saúde, do apoio psicossocial, do reforço da comunicação e da implementação de planos de ação individualizados, que promovam maior autonomia, segurança e confiança na gestão quotidiana da asma.

Palavras-chave: Asma; Criança; Família; Vivências; Enfermeiros de Saúde Familiar

ABSTRACT

Context: The diagnosis of asthma in children has a significant impact on the family, especially on parents, who face the challenge of managing a chronic disease that requires complex therapeutic interventions and the adoption of continuous preventive measures. In this perspective, educating the child and family plays a central role in enhancing knowledge about the disease, promoting effective asthma control, and improving the child's quality of life and family adaptation. Thus, the integration of the family into nursing care emerges as an essential practice in the field of Family Health Nursing, recognizing the family as a core element and co-participant in the entire care process.

Objective: The objective of the study is to understand the experiences of families in caring for children with asthma, seeking, based on this knowledge, to identify contributions that support the intervention of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing.

Method: A descriptive, qualitative study was conducted with a purposive sample of twelve families of children diagnosed with asthma, monitored at a Family Health Unit in the municipality of Felgueiras. Data collection was performed through semi-structured interviews, conducted until theoretical saturation, and analyzed according to Bardin's (2016) content analysis procedures. All procedures complied with the ethical and deontological principles applicable to health research.

Results: Participants were aged between 35 and 54 (mean age 40.8 ± 5.8 years), most were female, and most were married or living in a civil partnership. Nuclear families predominated, mostly with four members, and with educational qualifications corresponding to basic education. In half of the cases, the diagnosis of asthma had been made a year or less previously. Eight thematic areas emerged from the analysis of the interviews, namely: *Parental challenges and overload; Changes and reorganization of family life; Knowledge and perception of the disease; Strategies for prevention and control of attacks; Training and information needs; Emotional impact of diagnosis and asthma attacks; Social support and support networks; Experience with health services*, which enabled us to meet the proposed objectives and understand the experiences of families caring for children with asthma.

Conclusion: The study shows that caring for children with asthma transcends the strictly clinical dimension, encompassing emotional, educational, and relational components that significantly influence family adaptation and the effectiveness of disease control.

Families value the support of family nurses, but express additional needs in terms of health education, psychosocial support, improved communication, and the implementation of individualized action plans that promote greater autonomy, safety, and confidence in the daily management of asthma.

Keywords: Asthma; Children; Family; Experiences; Family Health Nurses

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVIATURAS

$\leq$ - Menor ou igual a

$\geq$ - Maior ou igual a

$>$ - Maior que

ACRÓNIMOS

GINA - Global Initiative for Asthma

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECAESF – Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EEEC-ESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EE – Enfermeiro Especialista

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPP – Sociedade Portuguesa de Pneumologia

UC – Unidade Curricular

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSTS – Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO.....	v
ABSTRACT	vii
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS.....	xiii
INTRODUÇÃO	1
1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM SAÚDE FAMILIAR.....	4
1.1. EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	5
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMÍLIAR.....	7
2. CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
2.1. HISTÓRIA DA ASMA: DA ANTIGUIDADE AO TEMPO MODERNO	12
2.2. A CRIANÇA COM ASMA NO CONTEXTO FAMILIAR	14
2.3. VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM ASMA	16
2.4. A TEORIA DE TRANSIÇÃO DE MELEIS COMO MODELO CONCEPTUAL DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	21
2.5. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA COM ASMA E DA FAMÍLIA.....	24
3. CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO	28
3.1. METODOLOGIA	29
3.1.1. Justificação da Problemática.....	29
3.1.2. Questões de Investigação, Finalidade e Objetivos	31
3.1.3. Tipo de Estudo	32
3.1.4. População e Amostra.....	33
3.1.5. Instrumento de Recolha de Dados	34
3.1.6. Procedimentos de Colheita e Análise de Informação	35
3.1.7. Procedimentos Éticos	37
3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	39

3.2.1.	Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes	39
3.2.2.	As vivências na voz dos pais das crianças com asma.....	41
3.3.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
3.4.	CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	61
3.5.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO, SUGESTÕES E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	64
4.	CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	66
4.1.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	69
4.1.1.	Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal.....	71
4.1.2.	Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	72
4.1.3.	Domínio da Gestão dos Cuidados.....	73
4.1.4.	Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	75
4.2.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	78
4.2.1.	Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.....	80
4.2.2.	Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar	83
4.3.	OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE A PRÁTICA ESPECIALIZADA	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
	ANEXOS.....	104
	ANEXO I: Autorização da comissão de ética da ULSTS	105
	ANEXO II: Autorização da coordenadora da USF	107
	APÊNDICES	109
	APÊNDICE I: Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica	110
	APÊNDICE II: Guião da Entrevista.....	112

APÊNDICE III: Modelo de Consentimento Informado	115
APÊNDICE IV: Pedido de autorização ao Centro de Investigação da ULSTS	118
APÊNDICE V: Flyer informativo intitulado “Asma Infantil: Conhecer é Cuidar”. 120	
APÊNDICE VI: Sessão Educativa em Contexto da Prática Clínica: “Cuidados à Pessoa Portadora de Gastrostomia Endoscópica Percutânea e Botão de Gastrostomia”	122
APÊNDICE VII: Plano de Acompanhamento Interno: Consulta de Vigilância da asma em Adultos.....	125
APÊNDICE VIII: Participação nas XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma Vida Melhor	130
APÊNDICE IX: XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma Vida Melhor - Comunicação livre: “Visita Domiciliária no Pós-Parto – Intervenção do Enfermeiro de Família”	132
APÊNDICE X: Participação no Congresso Internacional em Inovação e Bem-Estar na Saúde	134
APÊNDICE XI: International Congress Family Health - Comunicação poster: “A família como unidade de cuidados: estudo de caso”	136
APÊNDICE XII: International Congress Family Health - Comunicação oral: “Comunicação entre equipas – um contributo para a enfermagem de saúde familiar”.....	138
APÊNDICE XIII: Certificado de Presença no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar	140
APÊNDICE XIV: Certificado de Presença no Workshop “Cessação Tabágica: Intervenção com a Família”.....	142
APÊNDICE XV: VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar- Comunicação oral: “Intervenções dos enfermeiros de saúde familiar na transição para a parentalidade: scoping review”	144
APÊNDICE XVI: VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar - Comunicação oral: “Supervisão clínica – Um desafio para a enfermagem de saúde familiar: scoping review”	146

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes inscritos na USF	9
--	---

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos participantes (n=12)	40
Tabela 2 - Distribuição dos antecedentes pessoais referidos pelos participantes do estudo (n = 14)	41
Tabela 3 - Áreas temáticas emergentes da entrevista	42
Tabela 4 - Área temática "Desafios e sobrecarga parental", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	42
Tabela 5 - Área temática "Alterações e reorganização do quotidiano familiar", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise.....	43
Tabela 6 - Área temática "Conhecimento e perceção sobre a doença", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	44
Tabela 7 - Área temática "Estratégias de prevenção e controlo das crises", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	45
Tabela 8 - Área temática "Necessidades formativas e informativas", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	46
Tabela 9 - Área temática "Impacto emocional do diagnóstico e das crises de asma", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	47
Tabela 10 - Área temática "Apoio social e redes de suporte", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	48
Tabela 11 - Área temática "Experiência com os serviços de saúde", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	49

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional (ENP) insere-se no plano curricular do 2.º ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECAESF), ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

O ENP decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do concelho de Felgueiras, que integra a Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa (ULSTS), de 1 de outubro de 2024 a 31 de março de 2025. Este relatório constitui uma componente académica e formativa essencial, permitindo articular o desenvolvimento de competências especializadas e de investigação, conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEEC – ESF) pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e à obtenção do grau de mestre mediante aprovação em prova pública.

Segundo a OE (2021), o relatório de estágio é um instrumento fundamental de avaliação e reflexão profissional, pois permite evidenciar as competências adquiridas, analisar criticamente o percurso formativo e demonstrar a aplicação integrada de conhecimentos teóricos e práticos no contexto da prestação de cuidados.

A família representa a primeira e mais significativa rede de suporte para os indivíduos, sendo no seu seio que se constroem vínculos afetivos, se transmitem valores e se consolidam hábitos que moldam a forma como a pessoa se relaciona com o mundo (Shajani & Snell, 2019). Inserida em contextos culturais, sociais e económicos específicos, a família interage permanentemente com sistemas externos, influenciando e sendo influenciada pelas práticas do cuidado e pelo seu funcionamento global (Mestre et al., 2024). Compreender a família como um sistema dinâmico e interdependente constitui, portanto, um pressuposto central para a orientação de estudos e intervenções em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), permitindo delinear respostas ajustadas às suas necessidades e às dinâmicas relacionais que as moldam (Shajani & Snell, 2019).

No contexto da doença crónica na infância, é fundamental reconhecer que os desafios não afetam apenas a criança, mas também toda a família, que precisa reorganizar rotinas, papéis e estratégias adaptativas (Loura et al., 2024). A asma, doença crónica de

elevada prevalência pediátrica, constitui uma das principais causas de morbilidade infantil a nível mundial. Em Portugal, cerca de 8,4% das crianças são afetadas por esta condição, evidenciando a necessidade de intervenções de saúde estruturadas e integradas (Sociedade Portuguesa de Pneumologia [SPP], 2022).

A literatura científica tem demonstrado que o controlo eficaz da asma depende de uma estreita colaboração entre profissionais de saúde, crianças e famílias, alicerçadas em educação para a saúde, promoção da autogestão e estratégias preventivas (Global Initiative for Asthma [GINA], 2024). GINA (2024) sublinha que os profissionais devem dedicar tempo a educar os doentes e as suas famílias sobre a natureza crónica da doença e sobre a importância da medicação preventiva, garantindo que saibam atuar de forma adequada em casos de crise. Esta educação constitui um componente essencial das consultas e dos cuidados de acompanhamento, permitindo que a criança e a família desenvolvam competências para gerir a doença de forma eficaz e criem um ambiente familiar que minimize os riscos de ocorrência de crises de asma.

Neste contexto, o enfermeiro de família assume um papel central, articulando cuidados clínicos, apoio relacional e capacitação familiar, promovendo a autonomia na gestão da doença e assegurando intervenções integradas, consistentes e contínuas. Esta função evidencia a relevância do acompanhamento ao longo de todo o ciclo vital, proporcionando às famílias um elevado nível de saúde e bem-estar. Considerando esta importância, e reconhecendo o impacto da asma na dinâmica familiar, emergiu a necessidade de desenvolver um estudo de investigação, intitulado “Vivências das Famílias com Crianças com Asma: Um Desafio à Enfermagem de Saúde Familiar”. O estudo tem como objetivo geral “Conhecer as vivências das famílias no âmbito do cuidado à criança com asma”, procurando identificar contributos para a prática especializada do EEEC-ESF, a partir da compreensão dessas experiências.

No percurso formativo do mestrado, o ENP constitui uma etapa estruturante para a consolidação das competências do EEEC-ESF. Este estágio representa uma oportunidade privilegiada para a aplicação prática dos conhecimentos teóricos, promovendo simultaneamente a reflexão crítica, o pensamento analítico e a tomada de decisão fundamentada. Através do contacto direto com as famílias e da articulação com equipas multidisciplinares, o estudante desenvolve aprendizagens significativas, integrando dimensões clínicas, relacionais e éticas do cuidar em contexto real.

O ENP permite, assim, operacionalizar as competências especializadas definidas no Regulamento n.º 428/2018, nomeadamente “Cuida a família, enquanto unidade de

cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do seu ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p. 19357-19358). A experiência clínica e a prática reflexiva assumem, neste processo, um papel determinante na consolidação do raciocínio clínico e da tomada de decisão baseada na evidência, pilares essenciais de uma prática profissional crítica e responsável (Sterner et al., 2021).

Estas competências adquirem particular relevância no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde a família é reconhecida como núcleo estruturante dos cuidados de enfermagem (Ferreira et al., 2021). Os CSP constituem, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o pilar fundamental de um sistema de saúde justo, equitativo e eficaz, caracterizando-se por uma abordagem global, acessível e centrada nas necessidades das pessoas e comunidades. Integram ações de promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados ao longo de todo o ciclo vital, sustentadas pelos princípios da equidade e da justiça social (OMS, n.d.).

O presente relatório, de natureza crítico-reflexiva, estrutura-se em quatro capítulos: o capítulo I contextualiza o ENP, apresentando uma breve abordagem político-teórica sobre os CSP e a caracterização da USF onde decorreu o estágio, no âmbito da respetiva Unidade Local de Saúde (ULS); o capítulo II enquadra o problema em estudo, a asma infantil, identificando os aspetos fisiopatológicos e as implicações do diagnóstico e da gestão da doença na dinâmica familiar e nas vivências das famílias. Integra ainda, a teoria de transições, enquanto modelo conceptual orientador da prática especializada, e aprofunda o papel do enfermeiro de família na intervenção junto da criança com asma e respetiva família; o capítulo III descreve a metodologia adotada, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos éticos. Apresenta e discute os resultados obtidos nas entrevistas a famílias com crianças com asma, organizados de acordo com os objetivos do estudo e analisados à luz das áreas temáticas que emergiram da análise de conteúdo; e por fim, o capítulo IV integra uma reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas ao longo do ENP, contemplando as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e específicas do EEEC-ESF e outras atividades relevantes para a consolidação de uma prática profissional crítica e reflexiva.

**1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE
NATUREZA PROFISSIONAL EM SAÚDE FAMILIAR**

Com o propósito de contextualizar o local de realização do ENP, procede-se a uma breve abordagem de enquadramento político e teórico relativa à evolução dos CSP, seguindo-se a caracterização da USF onde decorreu o estágio, enquadrando-a na respetiva ULS, com o objetivo de evidenciar a sua estrutura organizacional e dinâmica funcional.

1.1. EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O Estado português reconheceu precocemente a sua responsabilidade na proteção e promoção da saúde dos cidadãos. A criação dos centros de saúde, em 1971, constituiu um marco estruturante nesse processo, posicionando Portugal entre os primeiros países europeus a dispor de uma rede organizada de CSP (Melo, 2021).

Em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, os CSP foram considerados como a principal porta de entrada no sistema de saúde e como uma responsabilidade central dos governos (OMS, 1978). Esta declaração consagrou uma conceção ampliada de saúde, ultrapassando a perspetiva biomédica centrada exclusivamente na doença, ao reconhecer a importância determinante dos fatores sociais, económicos e ambientais no processo saúde-doença. A partir deste marco, a promoção da saúde e a prevenção da doença passaram a constituir funções nucleares dos CSP.

Segundo Melo (2021), a evolução dos CSP em Portugal pode ser compreendida em três gerações. A primeira geração teve início com o Decreto-Lei n.º 413/71, que atribuiu ao Estado a responsabilidade pela promoção da saúde e pela prevenção da doença. Neste período, a Enfermagem de Saúde Pública assumiu um papel de relevo, especialmente na administração de vacinas e na prestação de cuidados domiciliários.

A segunda geração foi marcada pela criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, garantindo, pela primeira vez, o acesso universal à saúde. Em 1990, a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto que estabeleceu a Lei de Bases da Saúde, veio reforçar este princípio, determinando que os cuidados de saúde poderiam ser prestados por entidades públicas ou por outras entidades sob sua supervisão do Estado (Melo, 2021).

A terceira geração dos CSP iniciou-se com o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, que consagrou a natureza multidisciplinar destes cuidados. Neste contexto emergiram as USF, constituídas por equipas multiprofissionais compostas por médicos,

enfermeiros e secretários clínicos, dotados de autonomia técnica e assistencial, e sujeitas a contratualização anual com as Administrações Regionais de Saúde (Melo, 2021).

Face à necessidade de reforçar a capacidade de resposta dos centros de saúde, foi implementada uma profunda reforma dos CSP, centrada na criação formal das USF, conforme definido no Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro (Portugal, 2006). Subsequentemente, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde, integrando, para além das USF, outras unidades funcionais, nomeadamente Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados e Unidades de Saúde Pública. Todas estas unidades funcionais são constituídas por equipas multidisciplinares e possuem autonomia organizativa e técnica, regendo-se por regulamentação própria que define a sua estrutura e funcionamento (Portugal, 2008). Esta reforma é amplamente reconhecida como uma das mais bem-sucedidas dos serviços públicos nas últimas décadas (Biscaia et al., 2017), uma vez que promoveu maior acessibilidade, qualidade e responsabilização nos cuidados prestados.

As USF foram criadas no âmbito da reforma dos CSP e regulamentadas pela primeira vez pelo Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro (Portugal, 2006). Desde então, o modelo organizacional das USF tem evoluído em consonância com as políticas públicas de saúde, sendo reforçado pela recente reforma do SNS. Atualmente, o enquadramento jurídico das USF encontra-se definido no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o estatuto do SNS, e no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, que estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento destas unidades. De acordo com este último diploma, as USF são “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, compostas por equipas multiprofissionais, voluntariamente constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos” (Portugal, 2023, Anexo I, Art.º 3.º, p. 21).

As USF passaram, com esta nova legislação a organizar-se segundo os Modelos B e C, sendo o antigo Modelo A descontinuado. O Modelo B corresponde a uma fase de maior desenvolvimento e maturidade organizacional das USF, caracterizando-se por uma maior autonomia funcional, técnica e de gestão, associada a um contrato-programa e indicadores de desempenho clínico e organizacional, enquanto que o Modelo C tem carácter excecional e destina-se a responder a contextos com carência de médicos de família, sendo orientado para a recuperação de cobertura assistencial (Portugal, 2023, Anexo I, Art. 4.º; Art.8.º).

Paralelamente, foi reforçada a integração dos cuidados através da criação das ULS, previstas no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que integram hospitais e ACES na mesma estrutura de gestão, promovendo continuidade nos cuidados e uma maior eficiência assistencial (Portugal, 2023).

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Procede-se, de seguida, à caracterização da USF do concelho de Felgueiras onde foi desenvolvido o ENP, enquadrando-a na respetiva ULS.

Tal como preconizado pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, a ULS do Tâmega e Sousa (ULSTS) constitui uma entidade pública empresarial criada no âmbito da reorganização do SNS e agrega os CSP, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados. Esta estrutura integrada visa promover a continuidade e a coordenação dos cuidados entre diferentes níveis de prestação, potenciando a eficiência, a acessibilidade e a qualidade da resposta às necessidades da população (SNS, 2024).

A sua área de influência abrange onze municípios da região Norte, caracterizados por expressiva heterogeneidade geográfica, demográfica e socioeconómica. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021a), esta região integra uma população superior a 400 mil habitantes, distribuídos por uma área aproximada de 1.831 km², o que corresponde a uma densidade populacional média de cerca de 223 habitantes por km².

Embora esta sub-região apresente um índice de envelhecimento inferior ao verificado em Portugal (179,4 *versus* 192,4) observa-se uma tendência de envelhecimento populacional progressivo, evidenciada pelo aumento progressivo da proporção de pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2021b). Este fenómeno constitui um desafio relevante para a organização dos serviços de saúde, exigindo ajustamentos estruturais e funcionais adequados.

A USF em análise iniciou a sua atividade a 1 de setembro de 2014, tendo transitado para o modelo B a 2 de janeiro de 2020. De acordo com a Base de Informação dos CSP (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], n.d.), a sua missão consiste em prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade e em tempo útil à população da sua área geográfica de influência, assegurando a globalidade, acessibilidade e sustentabilidade da resposta assistencial. A visão desta unidade passa por afirmar-se

como uma USF de excelência, promotora de confiança, satisfação e melhoria do estado de saúde da população, mediante a otimização dos recursos disponíveis e da garantia de elevados padrões de qualidade técnico-profissional. Esta USF pauta-se ainda, por valores como a cooperação e conciliação entre os membros da equipa, a solidariedade, a autonomia profissional, a articulação interinstitucional, a avaliação contínua e objetiva e a gestão participativa, procurando promover uma melhoria sustentada da eficácia e da qualidade dos cuidados prestados.

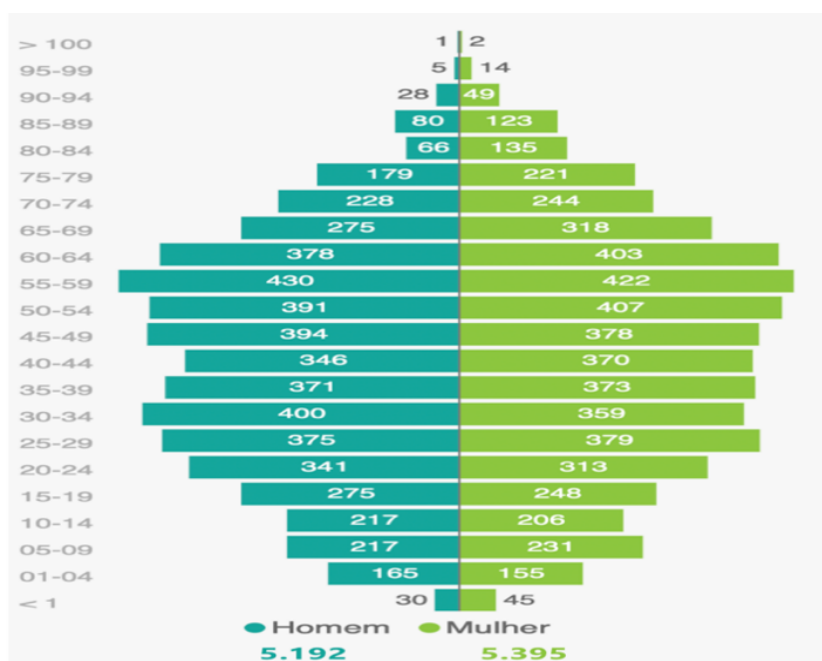
Com o intuito de responder de forma eficaz às necessidades da população inscrita, a USF dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por seis médicos, seis enfermeiros e quatro secretários clínicos. Cada utente encontra-se adstrito a uma equipa de saúde familiar, composta por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, assegurando o acompanhamento individualizado e o seguimento assistencial contínuo de toda a família (Fernandes, 2025).

A unidade funciona em dias úteis, entre as 8h e as 20h, podendo o horário ser alargado em situações de contingência. A sua carteira de serviços integra programas de saúde infantil e juvenil, planeamento familiar, saúde materna, rastreios oncológicos, consultas de vigilância de diabetes e hipertensão, acompanhamento à pessoa idosa, cuidados domiciliários para utentes dependentes e vacinação. A equipa reúne-se semanalmente em Conselho Geral para discussão de aspetos formais e operacionais da unidade (Fernandes, 2025).

Em maio de 2025, a USF prestava cuidados a 10.587 utentes, maioritariamente residentes em oito freguesias do concelho de Felgueiras. A distribuição por sexo evidencia um equilíbrio entre homens e mulheres em todas as faixas etárias. O índice de dependência global situa-se em 43,98%, dos quais 17,22% correspondem à população jovem e 26,76% à população idosa (ACSS, n.d.).

A análise da pirâmide etária (Figura 1) evidencia uma tendência de envelhecimento populacional, traduzida pelo estreitamento da base e pelo alargamento do topo, refletindo o aumento da proporção de adultos e idosos em detrimento da população jovem. Esta configuração resulta, em grande parte, da conjugação de uma taxa de natalidade em decréscimo, do aumento da esperança média de vida e da diminuição da mortalidade.

Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes inscritos na USF



Fonte: ACSS (BI-CSP n.d.)

No âmbito do ENP, realizado nesta USF, identificou-se a necessidade de intervenção na área das doenças respiratórias, dada a sua elevada prevalência na população inscrita e impacto clínico e sociofamiliar associado. Entre estas patologias, destacou-se a asma, não só pela sua natureza crónica e pelo risco de exacerbações, mas também por se constituir um dos indicadores de saúde com resultados menos favoráveis nesta unidade. Embora o indicador contratualizado relativo à vigilância da asma (indicador 437) seja definido para a população adulta (≥ 18 anos), considerou-se pertinente estender a intervenção à população pediátrica, dado que a asma frequentemente tem início na infância, sendo que um acompanhamento precoce contribui para um melhor controlo da doença e para a prevenção de complicações a longo prazo.

Esta constatação originou uma reflexão conjunta com a equipa multidisciplinar sobre a relevância de uma abordagem que, para além do controlo clínico da doença, valorizasse as vivências das famílias com crianças asmáticas, com especial enfoque no papel dos pais enquanto cuidadores principais.

Conhecer estas vivências constitui um desafio significativo para o enfermeiro de família, uma vez que este profissional intervém de forma próxima, contínua e humanizada, apoiando os pais na vertente clínica e emocional, promovendo uma resposta mais abrangente e ajustada às necessidades das famílias.

Para além da necessidade identificada em contexto profissional, a motivação para o desenvolvimento deste estudo foi reforçada pela experiência pessoal da investigadora, enquanto mãe de uma criança com asma. Esta vivência pessoal despertou o interesse em aprofundar o conhecimento sobre a temática, procurando compreender de forma mais ampla, as emoções, dificuldades e estratégias mobilizadas pelos pais que, acompanham diariamente uma criança com esta doença crónica.

A escolha desta temática revela-se, assim, particularmente pertinente para a prática de enfermagem nos CSP, considerando que a asma constitui uma das doenças crónicas mais prevalentes em idade pediátrica em Portugal, com impacto expressivo na qualidade de vida das crianças e das suas famílias (Inquérito Nacional sobre Asma, 2022; GINA, 2024). A literatura tem igualmente destacado a importância de integrar a perspetiva parental no planeamento e implementação dos cuidados. Organizações internacionais como a GINA (2024) e entidades nacionais como o Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias (2022) reforçam que a participação ativa dos pais na gestão da asma, melhora o controlo da doença, reduz o risco de exacerbações e potencia a adesão ao regime terapêutico.

2. CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo tem como objetivo enquadrar o fenómeno em estudo, abordando a asma enquanto doença crónica na infância e analisando a sua repercussão no contexto familiar. Estrutura-se em três subsecções principais: a primeira dedica-se à contextualização da asma (etiologia e epidemiologia), destacando as estratégias terapêuticas e a relevância da adesão no controlo da doença; a segunda centra-se na criança com asma no seio familiar, enfatizando as implicações do diagnóstico e da gestão da doença nas dinâmicas familiares; por fim, a terceira explora as vivências da família da criança com asma, procurando identificar os desafios enfrentados e as estratégias de adaptação mobilizadas perante esta condição crónica.

2.1. HISTÓRIA DA ASMA: DA ANTIGUIDADE AO TEMPO MODERNO

O termo “asma” deriva do grego *asthma*, significando falta de ar ou respiração ofegante. Trata-se de uma das doenças respiratórias mais antigas, com registos históricos que evidenciam a sua presença desde a antiguidade. A perceção clínica da doença evoluiu significativamente ao longo dos séculos, embora já na antiguidade fossem descritos sintomas compatíveis com o quadro atual de asma. Hipócrates foi pioneiro na descrição da doença, associando sintomas respiratórios a fatores ambientais, como o clima e a poeira, fundamentando ainda as suas observações na teoria dos humores, segundo a qual o excesso de fleuma nos pulmões provocaria obstrução das vias aéreas e consequente chiado. Posteriormente, Galeno (129–200 d.C.) refinou esta teoria, descrevendo a asma como uma obstrução intermitente da respiração, associada a alterações bronquiais e aos humores corporais. Apesar das limitações do conhecimento da época, Galeno consolidou bases que influenciaram a compreensão da doença por séculos (Telles Filho, 2025).

Durante a Idade Média, a teoria dos quatro humores (sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra) orientou a medicina ocidental, considerando a asma uma doença resultante do excesso de fleuma, responsável pela obstrução pulmonar e consequente dificuldade respiratória. Os tratamentos visavam restaurar o equilíbrio humoral, incluindo práticas como sangrias, dietas, uso de ervas medicinais e ambientes secos (Pinto, 2017).

Com o avanço do pensamento científico, no século XVII surgiram interpretações que associavam a doença a causas observacionais mais objetivas, considerando a asma como uma condição das vias aéreas com obstrução respiratória intermitente, embora ainda sem fundamentação imunológica clara (Telles Filho, 2025).

No século XX, a asma passou a ser reconhecida como uma entidade clínica distinta, com diagnóstico baseado em auscultação, permitindo a incorporação de fatores ambientais, alérgicos e emocionais, designando-se com frequência como “asma nervosa”. Os tratamentos incluíam substâncias como xarope de ipeca e fumo de folhas de *Datura stramonium*, sendo apenas no final do século XX introduzidos broncodilatadores mais eficazes, à base de adrenalina e efedrina. Na década de 1950 surgiram os corticosteroides orais, seguidos, na década de 1970, pelos corticosteroides inalados, que revolucionaram o controlo sintomático e reduziram os efeitos adversos (Telles Filho, 2025; Stein et al., 2017).

Entre as décadas de 1980 e 1990, consolidou-se a visão da asma como doença inflamatória crónica das vias respiratórias. Atualmente, sabe-se que fatores genéticos, ambientais e imunológicos contribuem para o seu desenvolvimento, sendo o tratamento orientado pelo controlo da inflamação, educação do doente e prevenção de crises, em conformidade com as recomendações da GINA (Telles Filho, 2025).

Segundo a GINA (2024), a asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, caracterizada por sintomas respiratórios como pieira, dispneia, aperto torácico e tosse, que se manifestam com intensidade e frequência flutuantes e estão associados a limitação variável do fluxo aéreo expiratório, resultante da inflamação e do aumento da reatividade brônquica. A inflamação crónica pode ocasionar alterações estruturais das vias aéreas, denominadas remodelação, contribuindo para a persistência dos sintomas e para a perda gradual da função pulmonar.

A asma apresenta elevada heterogeneidade, com múltiplos fenótipos e endótipos influenciados por fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Entre os mais frequentes destacam-se: a asma alérgica de início precoce, associada à história familiar de atopia e boa resposta aos corticosteroides inalados; a asma não alérgica, de início na idade adulta, frequentemente menos responsiva ao tratamento convencional; a asma relacionada com obesidade, caracterizada por sintomas intensos mas inflamação eosinofílica reduzida; e a asma com obstrução fixa das vias aéreas, típica de doentes com longa evolução e remodelação brônquica. O diagnóstico baseia-se na identificação dos sintomas típicos e na confirmação da limitação variável do fluxo aéreo por meio de testes de função pulmonar (GINA, 2024).

Atualmente, a abordagem clínica da asma centra-se no controlo da doença, categorizado em três níveis: asma controlada, parcialmente controlada e não controlada.

Esta classificação considera a frequência de sintomas diurnos, limitações nas atividades, despertares noturnos e necessidade de medicação de alívio (GINA, 2024).

O tratamento da asma deve ser individualizado, com foco no controlo dos sintomas, na prevenção de exacerbações e na minimização dos efeitos adversos dos medicamentos. As diretrizes recomendam o uso de corticosteroides inalados como tratamento de primeira linha para a maioria dos pacientes, com a adição de outros medicamentos conforme a gravidade e o controlo da doença (GINA, 2024).

Em termos epidemiológicos, a asma é uma das doenças crónicas mais prevalentes no mundo. Segundo a OMS (2024), afeta mais de 262 milhões de pessoas em todo o mundo e foi responsável por cerca de 455.000 mortes em 2019. Em Portugal, estima-se que a prevalência desta doença seja de 6,8% da população, o que corresponde aproximadamente a 700 mil pessoas, com valores mais elevados no grupo etário das crianças e adolescentes (8,4%), isto é, cerca de 175 mil jovens (SPP, 2022). Importa ainda referir que, à data, quase metade destes doentes não tinha a doença controlada, ou seja, 43% da população asmática em geral e 51% das crianças apresentavam asma não controlada (SPP, 2022). Dados recentes do estudo EpiAsthma (SPP, 2024) indicam aumento da prevalência em adultos para 7,1%, com 68% sem controlo adequado, refletindo possíveis falhas na adesão terapêutica, literacia em saúde respiratória, uso incorreto de dispositivos inaladores e acompanhamento insuficiente por profissionais de saúde.

A asma constitui, assim, um problema de saúde pública global, com prevalência crescente, especialmente na infância, impactando significativamente a saúde infantil (Melo, 2022). Ao longo da história, a doença evoluiu de um sintoma pouco compreendido para uma condição clínica bem caracterizada, com diagnóstico preciso, terapêutica eficaz e acompanhamento multidisciplinar. Este percurso histórico e científico influencia diretamente a prática dos profissionais de saúde, nomeadamente a do enfermeiro de família, pois desempenha um papel central na educação, monitorização e apoio às famílias de crianças com asma.

2.2. A CRIANÇA COM ASMA NO CONTEXTO FAMILIAR

A doença crónica pode ser definida como uma condição de saúde prolongada que interfere significativamente com a rotina diária da criança e da sua família, exigindo

adaptações constantes e acompanhamento contínuo. De acordo com Saraiva e Sousa (2022), situações de saúde prolongadas afetam não apenas o indivíduo, mas também todo o sistema familiar, introduzindo uma dimensão de imprevisibilidade que condiciona a organização familiar. Para estas autoras, uma doença crónica é “um distúrbio de saúde de evolução prolongada que pode ser progressiva e fatal, ou não progressiva, mas que interfere com o funcionamento do quotidiano” (Saraiva & Sousa, 2022, p. 55).

No contexto das doenças crónicas pediátricas, a asma destaca-se pela elevada prevalência e pelas suas particularidades na infância. Trata-se de uma condição que transcende o âmbito médico, interferindo no desenvolvimento global da criança e afetando as suas atividades diárias, relações sociais, desempenho escolar e bem-estar emocional (Ramos & Barbieri, 2020). Desde os primeiros anos de vida, a criança com asma enfrenta limitações que a diferenciam dos seus pares, como restrições à prática de atividades físicas, necessidade de evitar ambientes desencadeantes e cumprimento rigoroso da terapêutica inalatória (GINA, 2024). Estas restrições podem ser internalizadas como sinais de fragilidade ou barreiras sociais, o que pode comprometer a autoestima e a integração social da criança (Ramos & Barbieri, 2020).

No âmbito do desenvolvimento infantil, a presença de uma doença crónica impõe desafios específicos às famílias, provocando alterações significativas nas rotinas, na organização doméstica e nas expectativas de desenvolvimento, exigindo contínuas adaptações (Figueiredo, 2023). A interação familiar manifesta-se principalmente através da comunicação, da expressão de sentimentos, da resolução de conflitos e da tomada de decisões. Uma comunicação clara, empática e participativa é fundamental para que a criança se sinta segura e compreendida na gestão da sua condição. Estratégias centradas na escuta ativa promovem a adaptação familiar e o envolvimento da criança nos cuidados com a asma (Silva, 2021).

A distribuição dos papéis familiares no cuidado da criança com asma é igualmente relevante. O envolvimento dos cuidadores na monitorização dos sintomas, na gestão da medicação e na tomada de decisões clínicas é fundamental. Embora exista frequentemente um cuidador principal, geralmente a mãe, o envolvimento equilibrado de outros membros da família, nomeadamente da criança, contribui para reduzir a sobrecarga emocional e melhorar a adaptação no contexto familiar (Pinto et al., 2023).

É frequente a existência de crenças familiares limitadoras, como a perceção da asma enquanto condição altamente incapacitante ou perigosa. Tais crenças, embora bem-intencionadas, podem gerar práticas de sobreproteção, dificultando o desenvolvimento da

autonomia da criança. A interpretação da doença pelas famílias influencia diretamente a forma como esta é gerida no quotidiano, podendo reforçar sentimentos de medo, insegurança e dependência excessiva do cuidador principal (Lange et al., 2024). Quando a asma é percecionada como imprevisível e ameaçadora, aumenta a ansiedade parental e diminuem as oportunidades de participação ativa da criança nas atividades escolares, recreativas e sociais, o que compromete o seu desenvolvimento emocional e social (Jia et al., 2023). Além disso, crenças erradas sobre a terapêutica inalatória ou receios quanto à dependência da medicação podem contribuir para baixa adesão ao tratamento e pior controlo da doença (Pande et al., 2024; GINA, 2024).

A família deve, sempre que possível, incentivar a autonomia progressiva da criança, envolvendo-a ativamente na gestão da sua condição, de forma adequada à idade e à capacidade de compreensão, incentivando-a a reconhecer sintomas, utilizar corretamente a medicação e a participar no seu plano de tratamento. A criança com asma não é apenas recetora de cuidados, mas também protagonista na forma como lida com a doença. Este envolvimento favorece a construção de competências de autogestão e promove a confiança da criança na sua capacidade para lidar com a asma (Jia et al., 2023). A família tem a responsabilidade de criar um ambiente de apoio e informação que favoreça o desenvolvimento autónomo da criança, garantindo segurança, bem-estar emocional e integração social (GINA, 2024). Este processo é sustentado pela literacia em saúde, comunicação eficaz e validação dos sentimentos da criança. Um ambiente familiar que promove segurança e autonomia contribui para o controlo eficaz da doença e para o desenvolvimento emocional da criança (GINA, 2024).

Deste modo, a compreensão da criança com asma implica considerar o impacto da doença no sistema familiar, uma vez que é neste contexto que se refletem as principais dificuldades e estratégias de adaptação. Ao mesmo tempo, é fundamental reconhecer que a asma influencia não só a dinâmica familiar, mas também o desenvolvimento emocional e social da criança, podendo afetar a sua autonomia, autoestima e a participação em atividades escolares, recreativas e de interação com os seus pares.

2.3. VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM ASMA

A família constitui a unidade básica da sociedade, desempenhando funções centrais de proteção, socialização e suporte aos seus membros. No domínio da saúde, é

reconhecida como o primeiro recurso de apoio, assumindo um papel determinante na identificação precoce de sinais de doença e na implementação de estratégias de cuidado. Figueiredo (2020) conceptualiza a família numa perspetiva sistémica, integrando variáveis relacionais e a autodeterminação familiar, caracterizada por vínculos afetivos sólidos. Shajani e Snell (2019) reforçam que a família, enquanto sistema dinâmico em constante interação, influencia e é influenciada pelo estado de saúde dos seus elementos, constituindo uma parceira indispensável na planificação e execução de intervenções de enfermagem.

O funcionamento familiar reflete-se na capacidade de reconhecer e responder às necessidades físicas e emocionais dos seus membros. Esta capacidade baseia-se no conhecimento e nas competências práticas que sustentam as rotinas do cuidado, assim como na sensibilidade para identificar sinais precoces de mal-estar ou doença, muitas vezes impercetíveis externamente. A proximidade relacional, a convivência diária e os vínculos afetivos conferem à família um papel privilegiado na monitorização da saúde e na gestão das condições crónicas, tornando-a um agente central na promoção do bem-estar (Lopes et al., 2021).

A vivência das famílias com crianças com asma é caracterizada por alterações emocionais, sociais e económicas, que variam consoante o contexto familiar e a gravidade da doença. A asma interfere diretamente nas rotinas familiares, exigindo elevado nível de envolvimento e adaptação por parte dos cuidadores, especialmente dos pais. Esta adaptação traduz-se em reorganizações diárias e afeta profundamente os aspetos emocionais, manifestando-se pelo medo de crises, insegurança quanto ao futuro e frustração face à imprevisibilidade da doença.

Os cuidadores principais, particularmente as mães, tendem a experienciar sentimentos de sobrecarga emocional, tristeza e frustração, frequentemente associados à perda de autonomia e à necessidade de reorganizar as suas rotinas pessoais em função do cuidado diário da criança com asma. Esta realidade compromete o bem-estar psicológico e dificulta a manutenção de uma vida pessoal equilibrada (Silva, 2018).

No plano profissional, estas exigências repercutem-se frequentemente em dificuldades na conciliação entre o papel de cuidador e o desempenho laboral. As ausências recorrentes para acompanhamento médico e a imprevisibilidade das crises podem interferir na estabilidade profissional, originando perda de rendimento e limitação de oportunidades de progressão na carreira.

Evidência recente corrobora esta realidade. Yang et al. (2024) identificaram que mais de um terço dos pais de crianças em idade escolar com asma apresentam níveis moderados a elevados de sobrecarga associada ao papel de cuidador. Essa sobrecarga manifesta-se de forma mais acentuada nas mães, em famílias com menores recursos económicos e em contextos onde é frequente o recurso aos serviços de urgência. De forma convergente, Valero-Moreno et al. (2022) verificaram que os cuidadores de crianças com asma referem níveis moderados de stress, diretamente relacionados com a gravidade da doença e com a frequência de consultas médicas.

Além do impacto emocional e profissional, estas famílias, enfrentam mudanças significativas nas rotinas domésticas, com o objetivo de minimizar a exposição a fatores desencadeantes das crises. Estas adaptações incluem, com frequência, a remoção de tapetes, alcatifas e cortinas, a eliminação de brinquedos de peluche e a substituição de colchões, almofadas e cobertores por versões antialérgicas. Muitas famílias optam ainda por evitar a presença de animais domésticos, sobretudo gatos e cães, devido ao risco de agravamento dos sintomas respiratórios (Le Pham et al., 2023; Klain et al., 2024).

A adoção de produtos de limpeza hipoalergénicos, a utilização de purificadores de ar e o aumento da frequência da limpeza doméstica são igualmente medidas comuns. Estas modificações implicam não apenas uma reorganização profunda do espaço físico da habitação, mas também a incorporação de novos hábitos de vida, frequentemente associados a custos financeiros adicionais e a alterações no estilo de vida familiar (Silva, 2015).

As famílias com crianças com asma, enfrentam ainda, desafios nas atividades escolares e de lazer. A prática de exercício físico, como a natação ou a educação física, é frequentemente condicionada ou mesmo evitada, devido ao receio de desencadear crises. Esta limitação pode gerar frustração e sentimentos de exclusão na criança, afetando o seu bem-estar emocional e a sua autoestima. Por vezes, os próprios colegas não compreendem as limitações impostas pela doença, levando a situações de rejeição ou *bullying*, o que agrava o impacto psicológico da condição (Cigna, 2023).

Para os pais, assistir às dificuldades de integração social e escolar dos filhos constitui uma fonte adicional de ansiedade e desgaste emocional, frequentemente acompanhada por sentimentos de impotência. As ausências reiteradas às aulas, motivadas por consultas médicas, episódios de crise ou períodos de recuperação, podem comprometer o desempenho académico e exigir um envolvimento acrescido da família e da escola no apoio à criança (Souto et al., 2022).

A literatura tem demonstrado uma relação direta entre a gravidade da asma, a frequência de internamentos e a percepção de qualidade de vida, tanto da criança como dos seus cuidadores. Assim, quanto maior a gravidade e a instabilidade da doença, maior tende a ser o impacto emocional, social e funcional na vida familiar (Ali, 2023).

A vida social das famílias é igualmente afetada pela presença da asma, uma vez que o controlo rigoroso dos fatores ambientais desencadeantes, como o fumo do tabaco, o pólen, o pó doméstico ou a humidade, condiciona a participação em atividades fora de casa. Muitas famílias optam por evitar espaços públicos, eventos sociais ou encontros familiares, de modo a reduzir o risco de crises (Le Pham et al., 2023). Esta restrição, embora protetora, pode conduzir ao isolamento social dos cuidadores e, em particular, da própria criança, que tende a sentir-se diferente dos seus pares. Tal percepção de diferença pode afetar negativamente a autoestima e o sentido de pertença social, intensificando o impacto psicológico da doença.

Alguns contextos familiares enfrentam desafios acrescidos, sobretudo quando existe disponibilidade limitada de apoio ou ausência de um segundo cuidador, o que intensifica a carga física e emocional associada ao cuidado diário. A conjugação de noites mal dormidas, a vigilância constante da sintomatologia e a exigência de manter simultaneamente uma atividade profissional, contribuem para elevados níveis de exaustão, podendo comprometer a saúde física e mental dos cuidadores. O peso financeiro associado à doença, que inclui custos com medicação, consultas especializadas, deslocações e ausências laborais, constitui igualmente um fator de stress económico relevante, particularmente em famílias com recursos limitados (Yang et al., 2024). Estas circunstâncias evidenciam a complexidade da gestão da asma em contexto familiar, na qual se combinam exigências emocionais, logísticas e financeiras, exigindo dos cuidadores uma elevada capacidade adaptativa.

A relação das famílias com os serviços de saúde constitui outra dimensão relevante da vivência da asma, uma vez que as deslocações frequentes a consultas médicas, urgências hospitalares e sessões de acompanhamento especializado passam a integrar a rotina familiar. Este contacto reiterado com o sistema de saúde exige uma articulação contínua com diferentes profissionais e serviços, podendo, contudo, ser fonte de frustração quando surgem constrangimentos, como tempos de espera prolongados, dificuldades no acesso a cuidados especializados ou falhas na comunicação entre profissionais e os cuidadores (Batista et al., 2025). A qualidade desta interação é determinante para a percepção de segurança e confiança da família, influenciando a adesão

terapêutica e a gestão eficaz da doença. Assim, a relação entre famílias e serviços de saúde deve ser entendida como um processo colaborativo, sustentado na comunicação clara, na escuta ativa e na partilha de responsabilidades.

No plano emocional, a literatura evidencia que os pais de crianças com asma experienciam uma constante sensação de alerta e preocupação face à possibilidade de agravamento dos sintomas, o que acentua o estado de vigilância permanente e compromete o equilíbrio psicológico familiar. A conciliação entre o papel de cuidador e as restantes funções sociais e profissionais torna-se frequentemente difícil, potenciando sentimentos de ansiedade e exaustão. Estas vivências são, por vezes, acompanhadas por culpa e frustração, sobretudo quando ocorrem crises fora do controlo parental, o que reforça o sentimento de impotência (Yang et al., 2024). A ansiedade e o medo têm sido apontados como fatores que comprometem a estabilidade emocional dos cuidadores, podendo conduzir ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. De facto, revisões sistemáticas demonstram que os cuidadores apresentam, frequentemente, uma perceção de qualidade de vida emocional mais deteriorada do que as próprias crianças com asma, especialmente quando a doença se encontra mal controlada (Roncada et al., 2020).

O impacto da asma não se restringe à criança diagnosticada nem aos seus cuidadores principais, estendendo-se frequentemente a todo o núcleo familiar. Os irmãos podem manifestar reações emocionais e comportamentais variadas, que oscilam entre a preocupação e hiper-vigilância até sentimentos de negligência, ciúme ou rivalidade, decorrentes da atenção centrada no irmão doente e da reorganização das rotinas familiares (Valero-Moreno et al., 2022). Importa sublinhar a evidência apresentada por Figueiredo (2023), segundo a qual “até 50% dos irmãos têm dificuldades emocionais e comportamentais, sendo o suporte social um preditor de sintomas depressivos mais baixos em irmãos de crianças com doenças crónicas” (p. 251). Assim, o equilíbrio emocional da família depende, em grande medida, da capacidade parental em gerir de forma equitativa os afetos, as preocupações e os recursos disponíveis.

Apesar das exigências, muitas famílias desenvolvem estratégias adaptativas que promovem resiliência e funcionalidade. Características intrínsecas, como coesão familiar, autoconfiança, crenças positivas e capacidade de resolução de problemas, associadas a recursos extrínsecos, especificamente apoio social, acesso a informação fiável e suporte das equipas de saúde, favorecem a aceitação da condição crónica e a implementação de rotinas eficazes de autocuidado (Saraiva & Sousa, 2022). A literacia em saúde respiratória, a formação no uso correto dos dispositivos inaladores e a disponibilidade de

planos de ação individualizados contribuem para reduzir a ansiedade parental e aumentar a autonomia da criança.

Esta responsabilidade implica uma profunda mudança nos referenciais de atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que devem orientar e apoiar, proporcionando suporte na tomada de decisão, na mudança de comportamentos e nos processos adaptativos inerentes à vida com doença crónica.

A vivência da doença crónica exige uma gestão diária permanente, que transfere para a família uma parte significativa da responsabilidade pelo autocuidado e pela promoção da saúde da criança. Neste âmbito, embora a asma implique um conjunto de desafios emocionais, sociais e económicos para o sistema familiar, a existência de estratégias de coping eficazes e de apoio profissional sustentado potencia a resiliência e mitiga os impactos adversos. A intervenção sistemática e centrada na família, integrada pelas equipas de saúde, constitui assim um eixo fundamental para promover o bem-estar emocional, a adesão terapêutica e a integração social da criança com asma.

2.4. A TEORIA DE TRANSIÇÃO DE MELEIS COMO MODELO CONCEPTUAL DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

As transformações sociais e demográficas verificadas nas últimas décadas em Portugal provocaram alterações significativas na estrutura e dinâmica das famílias, com repercussões diretas nas necessidades de saúde, exigindo uma adaptação dos serviços e das práticas de enfermagem. De acordo com o Regulamento n.º 367/2015, da OE “a família, enquanto unidade sistémica em funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros” (p. 17385). Neste enquadramento, a ESF assume um papel central na resposta às necessidades emergentes das famílias, sobretudo em contextos de transição, como acontece nas doenças crónicas, entre as quais se destaca o diagnóstico de asma em crianças.

O conceito de transição, segundo Meleis (2010), refere-se ao processo de passagem de uma fase relativamente estável da vida para outra, igualmente estável, desencadeado por uma mudança significativa. Trata-se de um fenómeno dinâmico, multidimensional e complexo, marcado por momentos críticos e exigências de adaptação. A autora propõe que as transições podem ser avaliadas através de indicadores que refletem o desenvolvimento do processo e os seus resultados.

A Teoria de Transição de Afaf Meleis fornece um modelo conceptual robusto para compreender e intervir nas experiências da mudança, vividas pelos indivíduos e pelas suas famílias. Esta teoria considera as transições como processos dinâmicos que envolvem alterações significativas na vida das pessoas, exigindo adaptação e reconfiguração de papéis, rotinas e relações (Meleis 2010).

De acordo com a autora, as transições podem ser classificadas em quatro grandes categorias: desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença e organizacionais. As transições desenvolvimentais acompanham o ciclo de vida, como é o caso da entrada na parentalidade, da adolescência ou do papel de cuidador informal. As situacionais decorrem de acontecimentos que exigem uma redefinição de papéis, como mudanças profissionais, familiares ou relacionadas com a hospitalização. As transições saúde/doença, refletem a passagem de um estado de bem-estar para a condição de doença e implicam uma maior fragilidade da família perante uma nova realidade. Já as organizacionais ocorrem em contextos institucionais mais amplos, marcados por mudanças sociais, políticas ou estruturais (Meleis, 2010).

Nas famílias de crianças com asma, a transição de saúde-doença é particularmente complexa, pois envolve não apenas a adaptação da criança a uma condição crónica, mas também provoca alterações profundas no quotidiano e na dinâmica familiar. De acordo com Meleis (2018), é frequente que as famílias passem por múltiplas transições em simultâneo, o que dificulta ainda mais os processos de adaptação. No caso dos pais com crianças com asma, a transição do estado de saúde para a condição de doença associa-se a mudanças de ordem emocional, organizacional e social, exigindo uma abordagem de enfermagem integrada, contínua e sensível ao contexto familiar.

Segundo Meleis et al. (2000), uma transição bem-sucedida depende de vários fatores, nomeadamente da natureza da transição, das condições que a facilitam ou dificultam, dos padrões de resposta e das intervenções de enfermagem adequadas. A natureza da transição de saúde-doença na criança com asma caracteriza-se pela cronicidade, pela imprevisibilidade das crises e pela necessidade de conhecimento e habilidades específicas para a sua gestão. Para os pais, isso significa a aquisição de novos conhecimentos, a reorganização das rotinas familiares e a adaptação emocional à nova condição da criança (Ekim & Ocakci, 2015).

As condições de transição incluem fatores pessoais, familiares, sociais e ambientais que podem atuar como facilitadores ou inibidores. Estudos recentes destacam que o suporte social e a intervenção de profissionais de saúde são cruciais para que os

pais adquiram competências de autocuidado e de resposta adaptativa (Al-Yateem et al., 2020). Pais bem informados e emocionalmente apoiados têm tendência a apresentar respostas de transição mais positivas, com melhor adesão ao tratamento e com redução das hospitalizações da criança.

A teoria de Meleis sustenta a importância de haver uma intervenção ativa da enfermagem no processo de transição, dando prioridade a estratégias de educação para a saúde, ao apoio emocional e ao desenvolvimento das competências dos cuidadores no âmbito do autocuidado (Meleis et al., 2000). Estes aspetos assumem particular relevância na asma infantil, onde o controlo da doença depende tanto da compreensão do problema como da correta gestão do tratamento (GINA, 2024).

No contexto da ESF, a Teoria de Transição permite uma abordagem centrada na família, reconhecendo as suas necessidades, forças e especificidades. O enfermeiro torna-se, assim, facilitador do processo de adaptação, promovendo a autonomia e a segurança dos cuidadores. Estudos recentes apontam que programas de intervenção baseados nesta teoria têm impacto positivo na qualidade de vida dos pais e das crianças com asma (Morawska et al., 2019).

Nesta perspetiva, a revisão sistemática conduzida por Fawcett et al. (2019) evidencia que os pais das crianças com asma enfrentam um conjunto de desafios que ultrapassam a gestão clínica da doença. Estes incluem a incerteza quanto ao diagnóstico, o receio associado à terapêutica prolongada e o impacto emocional provocado pela imprevisibilidade das crises. O estudo reforça que uma intervenção de enfermagem centrada na transição, tal como defende a teoria de Meleis, deve incluir apoio contínuo, comunicação clara e o desenvolvimento gradual de competências na família, de maneira a promover maior segurança e autonomia nos cuidados. Esta abordagem consolida a relação terapêutica e contribui para um processo de transição mais saudável e sustentável para toda a família.

Assim, a Teoria de Transição de Meleis oferece um referencial teórico essencial para a compreensão das vivências dos pais com crianças com asma, possibilitando uma prática de enfermagem mais empática, personalizada e eficaz. Esta teoria permite ao enfermeiro não só reconhecer os desafios que emergem com a doença crónica, como também identificar momentos críticos ao longo de todo o processo de transição, intervindo de forma oportuna e ajustada às necessidades de cada criança e família. A sua utilização evidencia a importância de um cuidado centrado nas experiências humanas e

constitui um recurso teórico indispensável para a promoção das transições saudáveis e para o apoio às famílias em situações de vulnerabilidade.

2.5. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA COM ASMA E DA FAMÍLIA

A ESF emergiu da evolução conceptual que reconhece a família como unidade fundamental do cuidado, assumindo que a saúde de cada indivíduo está intimamente ligada ao bem-estar do seu sistema familiar. Desde o século XIX que Florence Nightingale sublinhava a importância do ambiente e do contexto no processo de saúde-doença, abrindo caminho para uma visão da enfermagem que ultrapassa o indivíduo isolado (Nightingale, 1992). Wright e Leahey vieram reforçar esta perspetiva, salientando que a enfermagem familiar se centra na compreensão das dinâmicas relacionais e no apoio ao sistema familiar em momentos de maior fragilidade (Shajani & Snell, 2019).

Neste contexto, a família é reconhecida como núcleo de proteção, socialização e integração da criança com doença crónica. Como referem Ramos e Barbieri (2020), “na ótica da intervenção é notória a evolução de um paradigma biomédico para um paradigma sistémico, onde a família é entendida como um núcleo de proteção, socialização, educação e integração da criança/jovem com doença crónica ou incapacitante” (p. 234). Estes princípios encontram consonância com a Carta de Ottawa, que define a promoção da saúde como o processo que permite aos indivíduos e comunidades exercer um maior controlo sobre os determinantes da saúde, no sentido de a melhorar (OMS, 1986).

A ESF fundamenta-se, assim, numa prática centrada na família, que integra a dimensão relacional e a promoção da autonomia. O enfermeiro de família desempenha um papel essencial no acompanhamento da criança com asma e da sua família, promovendo cuidados individualizados, contínuos e centrados na pessoa. Esta prática assenta numa relação terapêutica de proximidade, baseada na confiança e na escuta ativa, procurando responder de forma integrada às necessidades da criança e dos cuidadores. De acordo com Saraiva e Sousa (2020), a parceria “requer uma profunda relação entre o enfermeiro e a família, facilitada pela metodologia de trabalho do enfermeiro de referência e pela partilha de competências entre ambos” (p. 61).

As intervenções de enfermagem no contexto da asma na criança incluem a avaliação sistemática das necessidades da criança e da família, o ensino sobre a doença,

a utilização correta dos dispositivos inalatórios, a identificação precoce de sinais de agravamento e a orientação sobre estratégias de controlo ambiental. Estas ações devem ser contínuas, reforçadas ao longo do tempo e ajustadas ao nível de literacia em saúde dos cuidadores (Melo, 2022).

O enfermeiro de família é responsável por elaborar e acompanhar um plano de cuidados individualizado, partilhado com a família e adaptado às suas rotinas e capacidades (Melo, 2022).

Para orientar a sua avaliação e intervenção junto da criança e da sua família, o enfermeiro de família pode recorrer a modelos específicos de enfermagem familiar, nomeadamente ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Este revela-se particularmente pertinente, uma vez que possibilita ao enfermeiro compreender não apenas a condição clínica da criança, mas também o modo como a família se organiza e encara a doença. Através deste modelo, torna-se possível avaliar crenças familiares sobre a asma, identificar dificuldades na gestão do regime terapêutico, reconhecer sinais de sobrecarga do cuidador e analisar a forma como a família reage às crises e sintomas. Com base nesta avaliação, o enfermeiro de família pode implementar intervenções direcionadas, como a redefinição de papéis familiares, a capacitação dos pais para atuação em situações de exacerbação, a promoção de literacia em saúde respiratória e a elaboração de planos de ação personalizados para o controlo da asma (Figueiredo, 2023). A existência de planos de ação específicos para a asma tem demonstrado serem eficazes na prevenção de crises e no controlo sintomático, sendo uma das recomendações mais valorizadas pelas famílias (Melo, 2022).

Para além da vertente prática, a dimensão emocional é igualmente fundamental, uma vez que o diagnóstico de uma doença crónica pode provocar ansiedade, sentimentos de impotência e sobrecarga nos cuidadores (Ramos & Barbieri, 2020). O enfermeiro de família deve, portanto, atuar como facilitador emocional, acolhendo preocupações, reforçando competências parentais e encaminhando para recursos de apoio sempre que necessário. A escuta ativa, a empatia e o reconhecimento das dificuldades familiares são competências essenciais para um cuidado humanizado (Melo, 2022).

A intervenção da ESF desenvolve-se em estreita proximidade com a criança e com a sua família, abrangendo não só os cuidados prestados na unidade de saúde, mas também no domicílio e na comunidade. Neste contexto, o enfermeiro de família articula-se com diferentes estruturas, como escolas, serviços de pediatria, apoio social e associações locais, garantindo uma resposta integrada, contínua e adaptada às necessidades reais da

família. Esta articulação intersectorial constitui uma mais-valia na gestão da doença crónica, promovendo inclusão, autonomia e melhoria da qualidade de vida (Bica et al., 2024).

A Ordem dos Enfermeiros (2017), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, reforça a importância de cuidados centrados na família, culturalmente sensíveis, alicerçados em relações terapêuticas sólidas e com forte componente educativa. Estes padrões destacam ainda a relevância da atuação do enfermeiro em todos os contextos da vida da criança, com foco na promoção da saúde, prevenção da doença e apoio às competências familiares para o autocuidado.

A educação para a saúde é também uma ferramenta imprescindível, na medida em que as intervenções educativas devem ser planeadas de forma contínua e progressiva, respeitando o nível de desenvolvimento da criança, bem como o nível de compreensão dos cuidadores. Conteúdos como o uso adequado da medicação, a gestão de fatores desencadeantes (ácaros, fumo do tabaco, poluição, entre outros), a leitura de sinais de alarme e os procedimentos a adotar perante crises devem ser abordados de forma clara e prática (Melo, 2022).

A inclusão da família nas decisões de saúde e no planeamento dos cuidados é também considerado fator de sucesso, visto que quando os pais são envolvidos ativamente, sentem-se mais confiantes e motivados, o que se traduz numa melhoria dos resultados em saúde e numa redução de episódios de descompensação. Esta parceria entre enfermeiro e família é a base para uma prática eficaz, centrada na corresponsabilização e no respeito pela individualidade de cada agregado (Bica et al., 2024).

O enfermeiro de família assume ainda, a função de defensor dos direitos da criança e da família, identificando barreiras no acesso aos cuidados e promovendo políticas de saúde locais que favoreçam equidade, inclusão e continuidade assistencial.

O contacto frequente e contínuo permite ao enfermeiro conhecer a realidade familiar, compreender os recursos e limitações, identificar sinais precoces de sobrecarga ou fragilidade e apoiar os pais na aquisição de conhecimentos e estratégias para lidar com a doença. Desta forma, reforça os vínculos afetivos e promove a autonomia na gestão da asma, garantindo confiança e segurança emocional (Ramos & Barbieri, 2020; OE, 2017).

O enfermeiro de família deve, assim, ser entendido como agente promotor da saúde e facilitador da adaptação positiva, não apenas no controlo da doença, mas na vivência da parentalidade em contexto de doença crónica. Através da educação, do apoio

emocional e da atuação em rede, contribui decisivamente para a melhoria da qualidade de vida da criança e da sua família, garantindo cuidados mais eficazes, integrados e humanizados (Melo, 2022).

3. CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

A investigação constitui um elemento imprescindível para o avanço do conhecimento em todas as áreas da ciência, permitindo questionar, compreender e sistematizar fenómenos complexos. Na ESF, a investigação assume um papel central, uma vez que sustenta a prática baseada em evidências, orienta a tomada de decisões clínicas e contribui para o desenvolvimento de intervenções centradas na família (Figueiredo, 2012). Através de estudos rigorosos e metodologicamente estruturados, é possível identificar necessidades de cuidados, avaliar a eficácia de estratégias de intervenção e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e à família, reforçando a capacidade de resposta do enfermeiro às necessidades do contexto familiar.

3.1. METODOLOGIA

A metodologia de investigação engloba os princípios, procedimentos e estratégias sistemáticas que orientam a realização de um estudo científico de forma rigorosa, organizada e replicável. Segundo Vilelas (2022), constitui “a explicação minuciosa, pormenorizada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa” (p. 95). Este capítulo descreve o desenho do estudo, a população e amostra, os instrumentos e técnicas de recolha de dados, os critérios de análise e interpretação, bem como os aspetos éticos que sustentaram a investigação.

3.1.1. Justificação da Problemática

A definição da problemática constitui o ponto de partida de qualquer estudo científico, orientando o desenvolvimento do projeto e influenciando diretamente as etapas subsequentes da investigação (Fortin, 2009). Para apresentar relevância científica, a problemática deve ser atual, fundamentada na realidade e capaz de contribuir para o desenvolvimento de práticas clínicas mais eficazes e baseadas em evidência.

As doenças respiratórias crónicas continuam a representar um desafio significativo para a saúde pública, particularmente na população pediátrica. Entre estas patologias, a asma destaca-se pela elevada prevalência e pelo impacto que provoca na vida das crianças e das suas famílias. Segundo a OMS (2024), mais de 262 milhões de pessoas vivem com asma, que esteve associada a aproximadamente 455 mil mortes em

2019, a nível mundial. Em Portugal, estima-se que a doença afete entre 700 mil e 800 mil indivíduos, incidindo particularmente na população pediátrica (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020). A SPP (2022) refere que cerca de 8,4% das crianças portuguesas são diagnosticadas com asma, sendo esta uma das doenças crónicas mais frequentes na infância. A fragilidade imunológica e anatómica das crianças contribui para a maior incidência e gravidade da doença nos primeiros anos de vida (Ribeiro, 2016).

A asma compromete não apenas o bem-estar da criança, mas também interfere nas rotinas familiares, na atividade escolar e no rendimento académico, constituindo uma das principais causas de recurso ao serviço de urgência pediátrico. Para além do impacto clínico, a asma representa um elevado custo económico para o sistema de saúde português, estimado em cerca de 547 milhões de euros anuais, correspondendo a aproximadamente a 3% da despesa total em saúde. Embora a maior fatia deste valor seja atribuída à população adulta, a asma na infância apresenta um impacto considerável, estimado em mais de 161 milhões de euros anuais, equivalendo a 1% das despesas globais. Cada criança com asma implica um custo médio anual de 929 euros, dos quais 75% se referem a consultas, internamentos e medicação, sendo que o controlo inadequado da doença contribui para o aumento de consultas não programadas e internamentos, elevando substancialmente estes custos (Universidade do Porto, 2017). De acordo com o relatório *Health at a Glance* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2023), as doenças respiratórias crónicas continuam a representar uma fração significativa dos encargos com a saúde, sendo a asma uma das patologias com maior potencial de controlo através da atuação dos CSP. Estudos indicam que, caso a asma fosse adequadamente controlada em crianças até aos 17 anos, Portugal poderia economizar até 30 milhões de euros por ano (Ferreira-Magalhães, 2017).

Neste contexto, o papel do enfermeiro de família assume particular relevância, uma vez que atua na promoção da saúde, prevenção de complicações e acompanhamento contínuo da criança e da família, mediante intervenções centradas na educação, vigilância e desenvolvimento de competências para a autogestão da doença. A prática clínica evidencia que os cuidadores enfrentam múltiplos desafios no quotidiano, desde o receio perante crises até à insegurança relativamente à terapêutica e à sobrecarga emocional.

Apesar do reconhecido contributo da enfermagem na gestão da asma infantil, a evidência científica continua limitada no que respeita à análise qualitativa das vivências parentais no contexto dos cuidados de proximidade. A maioria dos estudos concentra-se em abordagens biomédicas, relegando para segundo plano os aspetos emocionais, sociais

e relacionais vivenciados pelas famílias, o que limita o desenvolvimento de intervenções personalizadas e sensíveis às particularidades de cada núcleo familiar (Searle et al., 2017; Goddard et al., 2022).

Em consonância com o exposto, no ENP desenvolvido numa USF do concelho de Felgueiras, foi identificada a necessidade de intervenção na área das doenças respiratórias, devido à sua elevada prevalência e ao impacto clínico e social na população inscrita. Entre estas condições, a asma destacou-se pela sua natureza crónica, pelo risco de exacerbações e pelo facto de apresentar indicadores de saúde com resultados menos favoráveis, o que reforça a importância de estratégias preventivas e de acompanhamento eficaz.

Embora o indicador contratualizado de vigilância da asma (indicador 437) se aplique à população com idade igual ou superior a 18 anos, considerou-se relevante estender a intervenção à população pediátrica, reconhecendo que o acompanhamento precoce contribui para o controlo clínico e para a prevenção de complicações futuras.

Esta constatação levou a uma reflexão com a equipa multidisciplinar sobre a necessidade de uma abordagem que não se limitasse apenas ao controlo clínico, mas que também valorize as vivências dos pais enquanto cuidadores principais de crianças com asma. Conhecer estas experiências apresenta um desafio importante para o enfermeiro de família, que atua de forma próxima, contínua e centrada na família, apoiando os pais tanto na vertente clínica como emocional, garantindo intervenções ajustadas às necessidades reais.

Para além desta constatação profissional, a experiência pessoal da investigadora enquanto mãe de uma criança com asma reforçou o interesse em explorar esta problemática, visando compreender de forma abrangente as dificuldades, emoções e estratégias adotadas pelos pais no acompanhamento diário de crianças com esta condição crónica.

3.1.2. Questões de Investigação, Finalidade e Objetivos

Face ao enquadramento apresentado no ponto anterior, a presente investigação foi orientada pela seguinte questão de investigação principal: Quais as vivências das famílias no âmbito do cuidado à criança com asma?

A partir desta questão principal, foram formuladas questões orientadoras complementares, destinadas a guiar o investigador no aprofundamento da problemática estudada (Santos, 2021), nomeadamente:

- Como é que as famílias descrevem o seu dia a dia no cuidado da criança com asma?
- Quais os conhecimentos e práticas da família no cuidado da criança com asma?
- Quais os aspetos significativos vivenciados pela família no cuidado da criança com asma?
- Quais os contributos que as famílias com criança com asma identificam como facilitadores deste cuidado?

A presente investigação tem como finalidade identificar contributos para as intervenções do enfermeiro de família, a partir do conhecimento das vivências das famílias no cuidado à criança com asma. Pretende-se, assim, aprofundar o conhecimento sobre os significados, práticas e desafios quotidianos associados a este processo de cuidado, de modo a sustentar intervenções mais ajustadas e sensíveis às necessidades familiares.

Conforme refere Fortin (2009), os objetivos de um estudo fundamentam a razão da sua realização e orientam o percurso metodológico e analítico da investigação. Assim, definiu-se como objetivo geral - Conhecer as vivências das famílias no âmbito do cuidado à criança com asma.

Como objetivos específicos, foram estabelecidos:

- Caracterizar o quotidiano da família no cuidado à criança com asma;
- Identificar os conhecimentos e práticas da família no cuidado da criança com asma;
- Caracterizar os aspetos significativos vivenciados pela família no cuidado da criança com asma;
- Identificar os contributos que as famílias consideram facilitadores no cuidado da criança com asma.

3.1.3. Tipo de Estudo

Em consonância com as questões de investigação e os objetivos propostos, optou-se por um estudo descritivo de abordagem qualitativa, uma vez que se pretende conhecer

e descrever experiências vividas, bem como os significados que os indivíduos atribuem a fenómenos específicos (Fortin, 2009). Esta abordagem revela-se particularmente adequada quando o objetivo é aceder à subjetividade das vivências humanas, interpretar percepções individuais e compreender os sentidos construídos pelos participantes a partir das suas realidades concretas.

A investigação qualitativa permite explorar de forma aprofundada experiências, atitudes e perspetivas, valorizando o contexto em que estas se manifestam e reconhecendo a complexidade das relações sociais e familiares. Segundo Vilelas (2022), “os investigadores usam as abordagens qualitativas para explorar o comportamento, as perspetivas e experiências das pessoas que eles estudam. A base da investigação qualitativa reside na abordagem interpretativa da realidade social” (p. 199).

Neste sentido, a abordagem qualitativa constitui a opção metodológica mais adequada para o presente estudo, uma vez que possibilita compreender de forma aprofundada as vivências das famílias com crianças com asma, permitindo interpretar não apenas as ações e decisões relacionadas com a gestão da doença, mas também os significados, desafios e estratégias emocionais mobilizados no quotidiano familiar.

3.1.4. População e Amostra

A população deste estudo foi constituída por todas as famílias com crianças diagnosticadas com asma, inscritas na USF onde a investigação foi realizada, totalizando 60 famílias.

Considerando a natureza qualitativa do estudo, a seleção dos participantes recorreu a uma amostragem não probabilística, intencional, orientada pela pertinência e potencial contributo para a compreensão do fenómeno em análise. Este tipo de amostragem privilegia a inclusão de participantes com experiência direta e significativa da realidade estudada, permitindo uma análise aprofundada dos significados e das percepções emergentes (Gerrish & Lathlean, 2016).

Assim, os participantes foram selecionados entre as famílias inscritas na USF localizada no concelho de Felgueiras, devendo cumprir os seguintes critérios de inclusão: (i) ter filhos com diagnóstico médico de asma confirmado; (ii) constar na plataforma Mim@UF; (iii) frequentar a consulta de saúde infantil (crianças desde o nascimento até aos 9 anos).

Aplicados estes critérios, foram incluídas no estudo 19 famílias. Para garantir representatividade e assegurar a diversidade na experiência de vivência da doença, selecionou-se uma família com criança diagnosticada com asma por cada equipa da USF. As restantes famílias foram selecionadas de forma não sistemática, tendo por base a lista de crianças com diagnóstico de asma, até à saturação dos dados.

Em investigações qualitativas, as amostras são tipicamente pequenas, dado que o propósito não é a generalização estatística dos resultados, mas a compreensão aprofundada de significados e de experiências subjetivas. O processo de amostragem é, por conseguinte, orientado pelo princípio da saturação dos dados, ou seja, o ponto em que a recolha de informação deixa de acrescentar novos contributos relevantes e se torna repetitiva (Vilelas, 2022). No presente estudo, verificou-se que a saturação foi alcançada após a realização da 12.^a entrevista, momento em que se considerou encerrada a recolha de dados.

Deste modo, a amostra é constituída por 12 famílias com crianças diagnosticadas com asma.

3.1.5. Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados, recorreu-se à entrevista semiestruturada, amplamente reconhecida na investigação qualitativa pela sua flexibilidade e profundidade analítica. Este método permite explorar os significados subjetivos das experiências humanas, possibilitando ao investigador adaptar a sequência, a formulação e a profundidade das questões em função da riqueza das informações partilhadas pelos participantes (Vilelas, 2022). Segundo o mesmo autor, a entrevista semiestruturada combina questões abertas e fechadas, permitindo ao participante expressar livremente as suas vivências e perceções, enquanto o investigador orienta a conversação de modo a garantir a relevância e coerência com os objetivos do estudo (Vilelas, 2022).

A estrutura da entrevista compreendeu duas secções complementares. A primeira destinou-se à recolha de dados sociodemográficos e clínicos dos pais das crianças com asma, incluindo dados como a idade, o género, estado civil, escolaridade, composição do agregado familiar, os antecedentes pessoais e o tempo desde que foi diagnosticado a asma à criança, visando contextualizar as experiências familiares no quadro das suas condições sociais e estruturais (Apêndice I). A segunda secção centrou-se na exploração das vivências parentais associadas ao cuidar de uma criança com asma, procurando apreender

os significados subjetivos, as estratégias de adaptação e as percepções construídas no cotidiano familiar.

O guião de entrevista (Apêndice II) foi elaborado em consonância com os objetivos da investigação e sustentado na revisão da literatura científica, assegurando a sua validade conceptual e pertinência temática. A sua validação de conteúdo foi realizada por um painel de especialistas na área da ESF, com o propósito de aferir a clareza, adequação e relevância das questões face ao contexto do estudo.

Com o intuito de assegurar a clareza, fiabilidade e adequação do instrumento, procedeu-se à realização de um pré-teste, conforme recomendado por Fortin (2009). Este procedimento teve como finalidade avaliar a compreensão das questões, a fluidez da entrevista e a pertinência dos conteúdos, bem como identificar eventuais fragilidades na formulação das perguntas. O pré-teste foi aplicado a uma família com características semelhantes às da amostra, mas que não integrou o estudo final. A sua realização permitiu validar a consistência e a relevância do guião, estimar a duração média da entrevista e aperfeiçoar o processo de recolha de dados.

Após a execução do pré-teste, concluiu-se que o conteúdo e a estrutura do guião se mostravam coerentes com os objetivos da investigação, não se revelando necessária qualquer modificação.

3.1.6. Procedimentos de Colheita e Análise de Informação

As entrevistas aos pais das crianças com asma decorreram entre janeiro e fevereiro de 2025, na USF do concelho de Felgueiras, onde se desenvolveu o ENP. O agendamento das entrevistas foi articulado com a enfermeira tutora do estágio, de forma a ajustar o horário à disponibilidade dos participantes, evitando interferir nas suas rotinas diárias e assegurando condições favoráveis à sua participação. As entrevistas decorreram presencialmente, em sala reservada, garantindo condições de conforto, privacidade e tranquilidade, o que favoreceu a criação de um ambiente de confiança e propício à partilha espontânea de experiências, emoções e percepções.

Durante as entrevistas, os pais foram encorajados a expressar livremente os seus sentimentos, vivências e pensamentos, num ambiente de escuta ativa, empatia e de respeito mútuo. Foi-lhes igualmente transmitido, de forma clara, que poderiam interromper ou cessar a entrevista a qualquer momento, bem como optar por não

responder às questões, sem que daí resultasse qualquer tipo de constrangimento ou de prejuízo, reforçando o caráter ético, voluntário e confidencial da participação. No final de cada entrevista, o investigador procedeu à síntese das ideias centrais emergentes, com o propósito de validar os dados com os participantes, garantindo a fidedignidade interpretativa das suas narrativas. A duração das entrevistas variou entre 30 e 40 minutos, conforme a disponibilidade e o envolvimento dos participantes, sendo cada entrevistado identificado por um código alfanumérico (P1, P2, P3...), garantindo anonimato e organização sistemática dos dados.

Para a análise descritiva dos dados relativos à caracterização sociodemográfica e clínica recorreu-se aos valores de frequência absoluta (n_i) e frequência relativa (f_i), sendo ainda calculada a média ($\bar{x}$) e o desvio padrão (s) para a variável idade.

A análise das entrevistas seguiu o método de análise de conteúdo de Bardin (2016), reconhecido pela sua adequação a estudos qualitativos e pela capacidade de identificar significados, padrões, categorias e temas nos discursos dos participantes. Para Bardin (2016), a análise de conteúdo constitui um conjunto estruturado de “técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p. 42). Na perspetiva de Vilelas (2022), este método é considerado “o método mais comumente adotado no tratamento de dados das investigações qualitativas” (p. 432).

O tratamento e a interpretação dos dados foram realizados pela investigadora, seguindo as três fases propostas por Bardin (2016):

- Pré-análise

Nesta etapa procedeu-se à organização e preparação do material para a análise. Todas as entrevistas foram transcritas integralmente e com rigor, tendo-se convertido os registos áudio em formato textual (Word) e armazenados em pasta protegida, acessível exclusivamente à investigadora em conformidade com os princípios éticos e de confidencialidade da investigação científica. Posteriormente, todas as entrevistas foram submetidas a uma leitura atenta e integral, com o propósito de permitir à investigadora familiarizar-se com o conteúdo e o contexto geral, bem como organizar o material e ter uma ideia global do fenómeno em estudo. Esta etapa possibilitou a identificação de impressões iniciais, pistas e até significados, por vezes não imediatamente evidentes na leitura superficial do texto.

- Exploração do material

Neste ponto de análise deu-se início à fase de exploração, durante a qual o material empírico foi submetido a uma análise sistemática e organizada. Nesta etapa, a investigadora procedeu à segmentação do *corpus de análise* em unidades de registo (que podiam corresponder a palavras, frases, parágrafos ou textos completos) as quais foram, subsequentemente, organizadas de acordo com as questões orientadoras da investigação. Assim, as unidades de registo, foram codificadas e agrupadas em categorias e subcategorias, que se constituíram como temas centrais permitindo estabelecer conexões coerentes entre diferentes segmentos da informação. Esta estruturação possibilitou uma análise aprofundada e uma compreensão precisa dos aspetos mais significativos do conteúdo.

- Tratamento e interpretação dos resultados

Esta etapa teve como objetivo organizar a informação de forma significativa, identificar padrões de sentido e relações entre categorias. Assim, procedeu-se ao tratamento dos dados já codificados, reunindo e sintetizando as categorias e subcategorias construídas na fase anterior. Posteriormente, os resultados foram interpretados tendo em conta os objetivos do estudo e o enquadramento teórico, permitindo analisar as vivências das famílias com crianças com asma no contexto dos CSP e criar inferências fundamentadas. Todo o processo interpretativo respeitou os critérios de rigor, coerência e credibilidade científica, conforme preconizado por Bardin (2016) para a análise qualitativa.

3.1.7. Procedimentos Éticos

A investigação em saúde reveste-se de importância ética singular, dado que envolve sujeitos em situação de potencial vulnerabilidade. Embora todos os estudos científicos exijam um equilíbrio entre o interesse pelo conhecimento e a viabilidade ética, esta exigência assume maior complexidade quando se trata de investigação com seres humanos, sobretudo no contexto da saúde (Deodato, 2022).

A produção de conhecimento científico deve pautar-se pelo respeito à dignidade das pessoas e ao contexto em que se inserem. A proteção dos participantes torna-se fundamental, considerando que estes frequentemente se encontram em estados de fragilidade ou dependência (Deodato, 2022). Este autor realça que “qualquer estudo realizado em seres humanos implica sempre algum dano, por muito ligeiro que seja. É o

caso, por exemplo, do tempo despendido a responder a um questionário” (Deodato, 2022, p. 98). Mesmo com consentimento informado e voluntário, os participantes cedem parte do seu tempo e da sua disponibilidade, o que exige atenção ética rigorosa.

O princípio central da investigação em saúde é o respeito pela dignidade e autonomia do participante, assegurando que a sua participação seja sempre voluntária, consciente e desprovida de qualquer forma de coação. Além disso, devem ser salvaguardados todos os direitos dos participantes, quer específicos do estudo, quer inerentes à sua condição de pessoa assistida ou cuidadora. A justificação ética da necessidade do estudo é, portanto, imperativa (Deodato, 2022).

Neste enquadramento, o presente estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos e deontológicos fundamentais:

- Princípio da beneficência e justiça, considerando a dignidade, a confidencialidade, o respeito pela privacidade e anonimato, quer dos participantes, quer dos dados recolhidos;
- Princípio da autonomia, garantindo que os participantes do estudo, após serem previamente informados sobre os procedimentos e finalidade do mesmo, participem voluntariamente;
- Princípio da não maleficência, assegurando aos participantes o direito de desistir do estudo em qualquer momento, sem que haja prejuízo com a investigação.

A implementação do estudo foi precedida da submissão de pedidos formais de autorização às entidades competentes. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ULSTS, bem como autorização institucional do Senhor Diretor Executivo e Presidente do Conselho de Administração da mesma entidade (Anexo I) e da coordenadora da USF onde decorreu a investigação (Anexo II).

Antes de cada entrevista, foi solicitado o consentimento informado por escrito (Apêndice III), contendo informações claras sobre objetivos, procedimentos, direitos dos participantes e garantias de anonimato e confidencialidade. Reforçou-se que a participação era voluntária e que a desistência poderia ocorrer a qualquer momento, sem consequências.

As entrevistas foram gravadas em suporte áudio apenas com autorização prévia, para posterior transcrição rigorosa. Os dados foram anonimizados, com cada participante identificado por código, sem registo de informações identificativas. Os questionários

sociodemográficos foram preenchidos pela investigadora no início de cada entrevista, respeitando os mesmos padrões éticos.

Os dados foram armazenados numa plataforma institucional segura, protegida por palavra-passe e autenticação de dois fatores, acessível exclusivamente à investigadora. Os ficheiros digitais serão eliminados de forma segura até seis meses após a defesa do estudo.

Importa ainda referir que este trabalho não recebeu qualquer tipo de financiamento externo, sendo integralmente suportado pela investigadora.

Na ESF, a investigação ética ultrapassa a mera formalidade, configurando-se como expressão concreta de respeito pela dignidade humana e pelo vínculo de confiança que sustenta a relação de cuidado. Como sublinha Deodato (2022), investigar é também cuidar, e cuidar exige responsabilidade, escuta e compromisso com o outro.

3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se, de seguida, os resultados das entrevistas realizadas a doze famílias com crianças com asma. A exposição inicia-se pela caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, prosseguindo com a análise qualitativa das entrevistas, de modo a evidenciar os principais resultados e os padrões emergentes relacionados com as vivências familiares no contexto da asma infantil.

A apresentação dos dados foi organizada de forma rigorosa e sistematizada, considerando que, conforme destacam Im et al. (2023), a clareza e a estrutura na exposição dos resultados facilitam a compreensão aprofundada do fenómeno em estudo.

3.2.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Na Tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas dos participantes que integram a amostra do presente estudo ($n = 12$).

A idade dos participantes varia entre 35 e 54 anos, com uma média de $40,8 \pm 5,8$ anos. Quando agrupados por grupo etário, a maior percentagem corresponde aos participantes com idades entre 35–39 anos (41,7%), seguindo-se o grupo dos 40–44 anos (33,3%). A maioria é do sexo feminino ($n = 11$; 91,7%). No que respeita ao estado civil, nove participantes (75,0%) são casados e três (25,0%) vivem em união de facto.

Relativamente ao nível de escolaridade, oito participantes (66,7%) concluíram o ensino básico, três (25,0%) completaram o ensino secundário e um (8,3%) é detentor de uma licenciatura.

Os agregados familiares são compostos por três a cinco elementos, sendo que todas as famílias são de tipologia nuclear. Oito famílias (66,7%) são constituídas por quatro pessoas, (25,0%) por três pessoas e uma (8,3%) por cinco pessoas.

No que concerne ao tempo desde o diagnóstico de asma, seis crianças (50,0%) foram diagnosticadas há um ano ou menos, duas crianças (16,7%) entre dois e cinco anos, e quatro crianças (33,3%) vivem com o diagnóstico de asma há seis ou mais anos.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos participantes (n=12)

Variável	Categoria	n _i	f _i
Idade	35-39 anos	5	41,7
	40-44 anos	4	33,3
	44-49 anos	2	16,7
	≥ a 50 anos	1	8,3
Género	Feminino	11	91,7
	Masculino	1	8,3
Estado civil	Casado(a)	9	75,0
	União de facto	3	25,0
Escolaridade	Ensino básico	8	66,7
	Ensino secundário	3	25,0
	Licenciatura	1	8,3
Composição do agregado familiar	3 elementos	3	25,0
	4 elementos	8	66,7
	5 elementos	1	8,3
Tempo desde o diagnóstico de asma	≤ a 1 ano	6	50,0
	2 – 5 anos	2	16,7
	≥ a 6 anos	4	33,3

No que se refere aos antecedentes pessoais de saúde, dois participantes não reportaram qualquer condição prévia. Assim, os dados apresentados na Tabela 2 dizem respeito a dez participantes, totalizando catorze eventos de saúde referidos. As patologias

respiratórias foram as mais prevalentes, identificadas em cinco participantes (35,7%). Seguiram-se as alterações neurológicas, nomeadamente a enxaqueca, referidas por três participantes (21,5%). Dois participantes (14,3%) relataram patologias endócrinas, e dois apresentaram patologias dermatológicas. Por fim, um participante mencionou antecedentes de saúde mental e outro relatou um antecedente cirúrgico (cirurgia bariátrica).

Tabela 2 - Distribuição dos antecedentes pessoais referidos pelos participantes do estudo (n = 14)

Áreas Clínicas	Exemplos	n _i	f _i
Respiratórias	Asma, rinite alérgica	5	35,7
Endócrinas	Tiroidite, tiroidectomia	2	14,3
Dermatológicas	Psoríase, eczema	2	14,3
Neurológicas	Enxaquecas	3	21,5
Saúde Mental	Ansiedade	1	7,1
Outros	Cirurgia bariátrica	1	7,1
Total		14	100,0

3.2.2. As vivências na voz dos pais das crianças com asma

As vivências partilhadas pelos pais ao longo das entrevistas evidenciam a complexidade inerente ao processo de cuidar no contexto familiar, marcado por incertezas, exigências contínuas e pela necessidade constante de reajustar dinâmicas e rotinas quotidianas. A análise de conteúdo, realizada segundo a metodologia proposta por Bardin (2016), permitiu identificar oito áreas temáticas que refletem essas experiências, posteriormente organizadas em categorias e subcategorias, conforme se apresenta na Tabela 3.

Tabela 3 - Áreas temáticas emergentes da entrevista

Áreas Temáticas
1. Desafios e sobrecarga parental;
2. Alterações e reorganização do quotidiano familiar;
3. Conhecimento e perceção sobre a doença;
4. Estratégias de prevenção e controlo das crises;
5. Necessidades formativas e informativas;
6. Impacto emocional do diagnóstico e das crises de asma;
7. Apoio social e redes de suporte;
8. Experiência com os serviços de saúde.

De acordo com o exposto, apresenta-se de seguida uma síntese dos resultados obtidos, estruturada por áreas temáticas, categorias e subcategorias, acompanhada de um exemplo de unidade de análise para cada uma. Na descrição das áreas temáticas, categorias e subcategorias, não são incluídos valores numéricos, uma vez que, tratando-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, o foco analítico incide sobre a compreensão e a interpretação dos significados atribuídos pelos participantes às suas vivências, e não sobre a quantificação das respostas.

No âmbito da área temática “*Desafios e sobrecarga parental*”, emergiram as seguintes categorias: sobrecarga emocional e psicológica, sobrecarga física e privação do sono, sobrecarga laboral e conciliação de papéis, sobrecarga relacional e familiar e sobrecarga económica. A Tabela 4 apresenta a síntese correspondente a esta área temática.

Tabela 4 - Área temática "Desafios e sobrecarga parental", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Sobrecarga emocional e psicológica	Medo e ansiedade persistente	“(…) Estamos constantemente com medo, é um stress constante, o medo nunca deixa de estar presente.” (P5)
	Cansaço	“Há dias que me sinto muito cansada mentalmente... é muita logística e vou trabalhar sempre a pensar e se ele tem uma crise?!(…)” (P3)
	Sentimento de culpa	“Sinto que nunca é suficiente, o que faço... por isso estou sempre angustiada... a minha ansiedade piorou muito desde que eu soube da doença dela. Até tenho medo de lhe transmitir isso.” (P8)

Sobrecarga física e privação do sono		“Ui foi muito complicado no início, ainda é agora, mas um bocado mais fácil... noites muito mal dormidas, mesmo agora ainda tenho muitas noites que não durmo direito... até vou ver se está a respirar bem, o problema é depois mais tarde, reflete-se tudo.” (P12)
Sobrecarga laboral e conciliação dos papéis	Facilidades na conciliação	“Sou gerente... muitas vezes até vou mais tarde trabalhar.” (P3)
	Dificuldades na conciliação	“No início quase todas as semanas faltava ao trabalho porque ia para o hospital com ela (...) era um stress no trabalho, nem sempre percebem.” (P8)
Sobrecarga relacional e familiar	Conflito conjugal	“Mesmo para o casal isto não é fácil, muitas vezes existem muitos conflitos familiares, porque o pai acha uma coisa, eu acho outra... e pronto chocamos(...)” (P3)
	Gestão de dependentes	“O problema é que muitas vezes esquecemos que temos mais filhos, isto absorve-nos muito, mas eu tenho outra filha que precisa muito de mim também.” (P2)
Sobrecarga económica		“Muitas vezes temos que perder horas no trabalho, já aconteceu algumas vezes ter de ir buscar à escola por causa de crises, tive que abandonar o trabalho... depois as despesas aumentaram, a medicação não é propriamente barata... é tudo muito dispendioso.” (P12)

Relativamente à área temática “*Alterações e reorganização do quotidiano familiar*”, emergiram quatro categorias: alteração das rotinas e do ambiente doméstico, limitações nas atividades quotidianas, reorganização das responsabilidades familiares e alterações na vida social e profissional. A Tabela 5 apresenta a síntese correspondente a esta área temática.

Tabela 5 - Área temática "Alterações e reorganização do quotidiano familiar", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Alteração das rotinas e do ambiente doméstico	Adaptar o espaço físico de casa	“O quarto ficou logo sem tapetes, cortinas, sem peluches, sem cobertores...lavo sempre a alta temperatura as roupas da cama... tenho muito cuidado em casa” (P3)
	Ajustar as rotinas diárias	“Como tenho asma, acho que consegui lidar melhor com a situação do meu filho, mas tive de alterar as nossas rotinas, sempre a pensar no que podia desencadear as crises.” (P10)

Limitações nas atividades quotidianas		“Na escola também houve limitações, nas aulas de educação física não podia participar sempre, porque ficava logo cansada e com falta de ar.” (P11)
Reorganização das responsabilidades familiares		“Eu tenho muito apoio dos meus pais, não vivem comigo, mas estão sempre presentes... é a minha sorte, porque nem sempre consigo dar conta de tudo sozinha.” (P12)
Alterações na vida social e profissional	Ajustes na vida profissional	“Tive de procurar um emprego mais flexível, porque sabia que ia precisar de faltar muitas vezes para acompanhar o meu filho.” (P10)
	Mudanças na vida social	“Nós deixamos de ir a parques com terra, fazer piqueniques, muitas vezes fazíamos passeios com a famílias e tivemos de deixar de fazer, evitamos florestas, deixou a natação. A praia ajuda bastante... temos mantido isso” (P10)

No que se refere à área temática “*Conhecimento e percepção sobre a doença*”, apresentada na Tabela 6, emergiram quatro categorias: conhecimento sobre a doença, fontes e lacunas de informação, confusão com outras doenças respiratórias e percepção da gravidade da doença.

Tabela 6 - Área temática "Conhecimento e percepção sobre a doença", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Conhecimento sobre a doença	Conhecimento limitado	“Tenho pouco conhecimento, sei que é uma doença crónica, tenho que ter tudo em casa limpo por causa do pó.” (P2)
	Conhecimento mais aprofundado	“A asma é uma doença crónica, inflamatória que em contacto com agentes, pode disputar crises. O essencial é a prevenção e adesão ao plano terapêutico.” (P5)
Fontes de informação	Serviços de saúde	“Eu soube no centro de saúde... a médica disse-me o que era a asma, que tinha de fazer a medicação e depois a enfermeira também me explicou, mas não eu fiz logo um filme na minha cabeça.” (P4)
	Pesquisa própria	“Pesquisei na internet... às vezes não ajuda, só mete mais medo e receio.” (P10)
Confusão com outras doenças respiratórias		“(...) Eu sempre associei a tosse a uma alergia, nunca imaginei que fosse asma, fui sempre desvalorizando...até ao dia...” (P4)

Percepção sobre gravidade da doença		“É uma doença que assusta muito ao início, para a família gerir isto tudo é complicado, tivemos medo, falávamos muito sobre isso como casal...” (P1)
-------------------------------------	--	--

Na área temática “*Estratégias de prevenção e controlo das crises*”, emergiram as seguintes categorias: utilização da medicação e intervenções médicas, estratégias específicas durante as crises e educação e preparação para situações de emergência. A Tabela 7 apresenta a síntese correspondente a esta área temática.

Tabela 7 - Área temática "Estratégias de prevenção e controlo das crises", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Utilização da medicação e intervenções médicas	Medicação em SOS	“Dou logo a medicação, tenho de saber logo o que devo administrar em SOS, tenho logo de lado isso. Muitas vezes também fica com febre, que ainda piora a situação, tenho que controlar bem a febre também, fazer logo medicação.” (P1)
	Vacinas e seguimento médico	“(…) A partir da vacina das alergias notei grandes melhorias. Com o acompanhamento do pediatra e as consultas regulares sentimos que ficámos mais descansados, porque já sabem a situação dele e vamos seguindo as indicações.” (P5)
Estratégias específicas durante as crises		“No início quase todas as semanas ia para o hospital com uma crise. Agora está mais controlada e nós também já estamos mais em estado de alerta, mais despertos, fazemos logo a medicação em SOS (ventilan) e normalmente resolve, com a medicação anda mais controlada... a medicação anda sempre connosco.” (P8)
Educação e preparação para emergências	Reconhecimento precoce de sinais e contextos de risco	“Já sei quando vai até à casa da minha cunhada fica sempre pior, por isso evito que ela vá até lá, ela tem muitas carpetes, peluches espalhados pelo quarto dos miúdos.” (P2)
	Ensinos recebidos	“Deviam explicar melhor como lidar com a doença, fazer mais ensinamentos. Nós no início não sabíamos e sentimos essa dificuldade, existem dicas que são muito importantes, como o que fazer em caso de crise, como dar a medicação, quando procurar ajuda. Isso devia ser mais reforçado.” (P9)

Em relação à área temática “*Necessidades formativas e informativas*”, emergiram as seguintes categorias: medicação e dispositivos, reconhecimento e gestão das crises e formação contínua, como demonstra a Tabela 8.

Tabela 8 - Área temática "Necessidades formativas e informativas", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Medicação e dispositivos	Administração e técnicas corretas	“Deveriam fazer mais ensinamentos sobre a administração da medicação, apostarem mais na técnica, acho que falta isso.” (P1)
	Manuseamento de inaladores	“Ensinar sobre o manuseamento das bombas...as lavagens das máscaras...isso é importante, principalmente quando não se percebe nada e no início é mesmo tudo uma novidade.” (P6)
Reconhecimento e gestão de crises		(...) Seria bom, explicar como se consegue perceber os sinais da asma e explicar melhor passo a passo o que fazer numa crise e quando e como devemos agir (...), agora uma pessoa já está mais à vontade, mas no início não e é muito difícil sempre que acontece” (P8)
Formação contínua	Sessões educativas periódicas	“Achava bem haver sessões para os pais...para explicar como utilizar bem a medicação, como perceber sintomas.” (P12)
	Consulta temática	“Devia existir consulta mais direcionada para o diagnóstico de asma, para estarmos mais preparados... quando o nosso filho fosse diagnosticado com asma, deveríamos ser chamados logo para uma consulta que fosse direcionada para a doença.” (P5)

No que respeita à área temática “*Impacto emocional do diagnóstico e das crises de asma*”, foram identificadas seis categorias: medo e insegurança, choque e surpresa face ao diagnóstico, ansiedade antecipatória, stress e exaustão física, aprendizagem para viver com a doença a longo prazo e impacto psicológico prolongado. A Tabela 9 apresenta a síntese correspondente a esta área temática.

Tabela 9 - Área temática “Impacto emocional do diagnóstico e das crises de asma”, categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Medo e insegurança	Receio de perder o filho	“(…) Quando ele ficava cianosado, tinha muito medo de o deixar sozinho, de ir trabalhar... ainda me custa pensar nisso (...)” (P1)
	Insegurança em deixar o filho sozinho	“Muito medo mesmo, pavor, a primeira vez que ficou internada (suspira), nem me quero lembrar (...)isso ainda me provoca ansiedade... o desconhecido é sempre muito complicado e para nós era tudo desconhecido. Nós ouvíamos falar de asma... tudo bem, mas passar a ter uma filha com esta doença acaba por ser complicado... muito complicado mesmo.” (P8)
Choque e surpresa com o diagnóstico		“(…) Ui... a primeira crise foi assustadora, marquei logo consulta com imunoalergologia, fez testes... até controlar as crises de asma foi complicado, os gastos que tivemos, os sustos, mas pronto... chega a fase boa, a última crise que ele teve que já lá vai um ano foi muito menos intensa... já ando mais descansada, mas tenho sempre medo... o medo está sempre presente.” (P5)
Ansiedade antecipada		(...) Noites muito mal dormidas; pensar no vestuário que ele podia vestir; que precisava de mais vigilância, estou sempre preocupada, vou trabalhar sempre a pensar e se ele tem uma crise?! Ai.. meu deus, nem é bom pensar. Tenho sorte que sou gerente da empresa, muitas vezes até vou mais tarde trabalhar, consigo gerir assim.... mas, não é fácil.” (P3)
Stress e exaustão física		“Como tenho asma, isto com a minha filha foi mais fácil de controlar, porque já passei por isso e já sei melhor como atuar, mas por outro lado, com os nossos filhos sentimos mais medo, é stressante, angustiante. A minha ansiedade até piorou com a patologia da minha filha... fiquei muito mais ansiosa, stressada... os meus dias são stressantes... fogo...” (P6)
Aprender a viver com a doença ao longo do tempo		“No início foi muito complicado, parecia que nos caía a casa em cima. Foi um choque, porque ninguém está preparado. Mas com o tempo já aprendemos a lidar com a doença, estamos mais tranquilos e já não nos causa tanto obstáculo. Claro que continua a haver preocupações, mas agora sentimos que conseguimos gerir melhor.” (P5)
Impacto psicológico a longo prazo		“É uma doença que assusta muito ao início, para a família gerir isto tudo é complicado, tivemos medo, falávamos muito sobre isso como casal... e ainda temos claro... muitas vezes é viver com o coração nas mãos. Mas com o tempo vamos aprendendo a lidar melhor. Nunca deixa de ser difícil, mas já não nos sentimos tão perdidos como no início.” (P1)

Quanto à área temática “*Apoio social e redes de suporte*” foram evidenciadas as seguintes categorias, ilustradas na Tabela 10: apoio familiar; apoio dos profissionais de saúde; apoio escolar e carências de apoio.

Tabela 10 - Área temática “Apoio social e redes de suporte”, categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Apoio familiar	Envolvimento de familiares próximos	“Tenho muito apoio dos meus pais... estão sempre presentes.” (P12)
	Partilha de responsabilidades	“Quando conseguimos ir os dois, tento sempre ir com ela... sozinha não é fácil”. (P7)
Apoio dos profissionais de saúde	Valorização do atendimento	“O que mais valorizo é mesmo a atenção que dão. Explicam bem, perguntam como ele tem andado e mostram que estão a acompanhar o caso. Isso dá confiança.” (P7)
	Comunicação clara e acessível	Explicam bem as coisas, com calma para eu perceber, não gosto de sentir que estou a ser despachada...” (P12)
Apoio escolar		“A escola às vezes também não entende... acham que estamos a exagerar e os amiguinhos também não compreendem muitas das vezes... só quem vive isto é que sabe.” (P4)
Carências de apoio	Apoio laboral insuficiente	“O pior é esse medo de não estar lá quando ela precisa. E depois há o stress no trabalho, nem sempre entendem quando falto.” (P12)
	Lacunas nos serviços de saúde	“Devia haver mais apoio no centro de saúde, mais formação para os pais. Eu não sabia quase nada sobre a doença, e mesmo hoje ainda tenho algumas dúvidas. Deviam ajudar-nos mais, principalmente no início, que é mais complicado.” (P12)

No que diz respeito à área temática “*Experiências com os serviços de saúde*”, foram identificadas as seguintes categorias: acesso e disponibilidade dos serviços e organização dos cuidados e relação com os profissionais de saúde, tal como evidencia a Tabela 11.

Tabela 11 - Área temática "Experiência com os serviços de saúde", categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Acesso e disponibilidade dos serviços	Facilidade no acesso	“Ultimamente temos recorrido ao centro de saúde... é mais perto para nós e também já conhecem a nossa situação.” (P3)
	Dificuldade no acesso	“Por norma não recorriamos ao centro de saúde, porque era difícil haver consulta aberta...mas agora isso está melhor.” (P10)
Organização dos cuidados	Organização interna	“(…) Gosto muito do atendimento que prestam, está tudo organizado, vimos à enfermeira, depois vamos à médica... funciona bem.” (P10)
	Encaminhamento para outros serviços	“(…) Sempre que preciso venho à enfermeira e se ela achar pertinente, ela direciona logo para o médico, para não ter de ficar à espera da consulta.” (P1)
Relação com os profissionais	Experiências positivas	“O que mais valorizo é mesmo a atenção que dão. Explicam bem, perguntam como ele tem andado e mostram que estão a acompanhar o caso. Isso dá confiança.” (P7)
	Experiências negativas	“(…)A enfermeira nunca falou muito sobre a doença comigo, acho que devia ter explicado mais, senti essa falta” (P4)

3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concluída a apresentação dos resultados, inicia-se a fase de discussão, caracterizada por uma reflexão crítica na qual os dados ultrapassam a dimensão meramente descritiva, adquirindo significado e permitindo a interpretação das experiências e vivências dos participantes à luz dos objetivos da investigação e do conhecimento científico atual. Esta etapa requer um olhar analítico, atento e empático, capaz de apreender significados, reconhecer a complexidade das realidades estudadas e valorizar os elementos emergentes das narrativas (Dunton, 2021).

No âmbito da enfermagem, esta fase assume particular importância, pois a discussão adquire profundidade quando articulada com as vivências concretas das famílias, permitindo traduzir experiências em conhecimento aplicável à prática do cuidar. Neste sentido, Sequeira e Néné (2022), salientam que para os enfermeiros “a investigação

reveste-se de extrema importância, na medida em que são necessárias as melhores evidências científicas para a tomada de decisão, essencialmente a nível da identificação das necessidades das pessoas e a nível da prescrição das intervenções de enfermagem” (p. XVII).

Deste modo, a presente secção discute os resultados obtidos, iniciando pela caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e seguindo-se a análise de acordo com os objetivos específicos definidos no estudo. Esta opção metodológica assegura coerência entre as áreas temáticas e os objetivos, permitindo uma compreensão integrada das vivências, percepções e práticas das famílias no âmbito do cuidado à criança com asma.

Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra

No presente estudo participaram doze famílias, sendo a maioria das pessoas entrevistadas do sexo feminino (onze mães e um pai), com idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos. A predominância de mães entre os participantes é consistente com a literatura sobre o cuidar em contexto familiar, a qual evidencia que as mulheres continuam a assumir, em maior proporção, o papel de cuidadoras principais de crianças com doença crónica (Aldirawi, 2024; Barlow et al., 2006; Mark et al., 2025; Pinquart, 2018). Esta constatação, analisada criticamente, sugere não apenas a persistência de padrões de género na divisão de responsabilidades parentais, mas também um risco acrescido de sobrecarga emocional e física para as mães, conforme sublinhado por Wu et al. (2025).

A faixa etária da amostra situa-se numa fase ativa da vida adulta, marcada por múltiplas exigências pessoais, familiares e profissionais. Esta condição potencializa o impacto da doença da criança no quotidiano dos cuidadores (Stevens et al., 2024), indicando que o contexto de vida do cuidador deve ser considerado como um determinante crítico na avaliação das necessidades de suporte e intervenção em saúde familiar.

A maioria dos participantes encontravam-se casados, fator que pode contribuir para uma rede de apoio mais estável na gestão das exigências associadas à asma infantil. No entanto, a mera presença de um parceiro não garante automaticamente a distribuição equitativa de responsabilidades, sendo relevante considerar a qualidade do apoio e as dinâmicas relacionais na família.

A heterogeneidade observada ao nível da escolaridade, que variou entre ensino básico e ensino superior, embora todos os participantes se encontrassem

profissionalmente ativos, merece atenção crítica. Níveis mais baixos de escolaridade podem constituir um fator desfavorável, influenciando a capacidade de compreensão da doença, a adesão às orientações terapêuticas e a utilização dos recursos de saúde disponíveis. Por outro lado, o envolvimento profissional ativo sugere um nível funcional de inserção social, que pode facilitar o acesso a informação e serviços, mas também introduz desafios adicionais de conciliação entre trabalho e cuidados familiares. Estes aspetos têm implicações diretas para a prática de enfermagem, pois influenciam a forma como os cuidadores recebem, interpretam e aplicam as orientações terapêuticas (Han et al., 2024).

Quanto aos antecedentes pessoais de saúde, as doenças respiratórias foram as mais frequentes, o que pode refletir uma predisposição familiar ou uma maior sensibilidade parental para manifestações respiratórias na criança. Este dado reforça a necessidade de avaliação individualizada do historial familiar, de forma a antecipar preocupações, medos ou práticas de vigilância excessiva que possam impactar o bem-estar da criança e da família.

Relativamente ao tempo de diagnóstico, metade dos participantes referiu que a asma da criança fora identificada há um ano ou menos, o que indica que muitas famílias ainda se encontram numa fase inicial de adaptação à doença, caracterizando-se por ser um período frequentemente marcado por incertezas, ansiedade e necessidades acrescidas de informação e apoio profissional (Huang et al., 2022).

Neste contexto, o enfermeiro de família assume um papel estratégico, não apenas na prestação de cuidados à criança, mas também no apoio à família. O enfermeiro contribui para esclarecer dúvidas, reduzir a sobrecarga parental e promover estratégias mais equilibradas de distribuição das responsabilidades entre os cuidadores, reforçando a importância de intervenções que considerem simultaneamente a criança e o sistema familiar como um todo.

- **Caracterizar o quotidiano da família no cuidado à criança com asma**

O quotidiano das famílias com criança com asma encontra-se, muitas vezes, condicionado pelas exigências inerentes ao cuidado e pelas limitações impostas pela doença. As entrevistas realizadas evidenciaram que esta convivência implica um processo contínuo de adaptação, no qual as famílias se deparam com desafios permanentes, onde experienciam sobrecarga física e emocional e necessitam de reorganizar as suas rotinas e

papéis familiares. Neste contexto, as áreas temáticas que emergiram da análise, designadamente os *“Desafios e sobrecarga parental”*, bem como as *“Alterações e reorganização do quotidiano familiar”*, demonstraram ser centrais para compreender a maneira como as famílias vivenciam o cuidado à criança com asma.

A sobrecarga parental revelou-se como um dos aspetos mais expressivos da experiência familiar, manifestando-se de forma multidimensional: emocional, física, laboral, relacional e económica. Este conceito, cada vez mais investigado na literatura (Tomini et al., 2025), refere-se ao acúmulo de responsabilidades, à vigilância permanente e às constantes adaptações familiares, fatores que comprometem significativamente o bem-estar dos cuidadores.

Algumas famílias relataram a impossibilidade de “desligar”, permanecendo constantemente preocupadas com a possibilidade de ocorrência de novas crises. Esta vigilância contínua gera angústia e ansiedade, afetando momentos de lazer e descanso, bem como a concentração e o desempenho profissional. Uma participante descreveu esta experiência como “um ruído de fundo permanente”, que a lembrava continuamente da doença da criança. Estudos prévios corroboram estes resultados, apontando que o desgaste psicológico prolongado está associado a síndromes depressivas e à sensação de perda de controlo sobre a própria vida (Tomini et al., 2025).

A privação do sono emergiu como outro fator central da sobrecarga parental, com relatos de interrupções frequentes para vigilância de sintomas, administração de medicação ou monitorização da respiração da criança. Estes resultados coincidem com os de Wu et al. (2025), que destacam o impacto da privação do sono na experiência parental em doenças respiratórias crónicas.

Os sentimentos de culpa foram igualmente referidos, relacionados com a perceção de não fazer o suficiente para prevenir crises. Este tipo de culpa autoimposta é descrito na literatura como *burnout parental*, sendo um fator significativo para ansiedade e depressão nos cuidadores (Cici et al., 2024).

A sobrecarga laboral também se revelou crítica. As famílias tiveram de reorganizar horários, faltar frequentemente ao trabalho devido a consultas ou internamentos, e, em alguns casos, recusar novas oportunidades de emprego. Este impacto profissional é consistente com estudos internacionais, nos quais fatores como profissão e rendimento familiar influenciam significativamente os níveis de sobrecarga (Yang et al., 2024).

Além disso, a sobrecarga também se refletiu nas relações familiares, manifestada através de conflitos conjugais, disputas na partilha das responsabilidades de cuidado, percepção de menor atenção aos outros filhos e sentimentos de desigualdade na distribuição das tarefas parentais. Estes resultados são coerentes com evidências de Han et al. (2024) e Gijsen et al. (2024), que destacam o impacto da doença crônica infantil na coesão conjugal e na gestão de dependentes adicionais. Assim, os dados deste estudo reforçam que a asma da criança pode desencadear conflitos familiares e sentimentos de culpa, particularmente quando os pais não conseguem dedicar atenção suficiente aos outros membros da família.

Face a estas exigências, as famílias deste estudo não só enfrentaram desafios e sobrecarga, como também se viram obrigadas a reorganizar o seu quotidiano. Assim, as adaptações não ocorreram apenas durante as crises, mas tornaram-se parte integrante das suas rotinas diárias, abrangendo desde alterações no espaço doméstico até à reorganização de compromissos profissionais e sociais. Após o diagnóstico, os participantes relataram a adoção de práticas específicas, como limpeza mais rigorosa, remoção de objetos que acumulassem pó e vigilância constante de potenciais fatores desencadeantes. Estes resultados estão em consonância com Wu et al. (2025), que destacam que os pais desenvolvem estratégias de reorganização do lar para reduzir riscos e responder de forma mais eficaz às exigências impostas pela doença.

Adicionalmente, atividades rotineiras e socialmente significativas, como passeios ao ar livre, participação em festas ou prática de determinados desportos, passaram a ser condicionadas pela doença da criança. Esta limitação nas experiências sociais e lúdicas é corroborada pela revisão de Fawcett et al. (2019), que analisou 77 estudos qualitativos sobre pais e cuidadores de crianças com asma, evidenciando restrições significativas na participação das crianças em atividades comuns aos seus pares, incluindo brincadeiras e exercício físico.

Cada alteração na rotina ou no espaço doméstico carrega consigo um simbolismo de proteção e sacrifício, moldando não apenas a dinâmica familiar, mas também a identidade das famílias afetadas.

Estas transformações evidenciam a necessidade de uma reflexão crítica na prática de enfermagem, uma vez que compreender de que forma a doença reorganiza a vida familiar permite ao EEEEC-ESF delinear intervenções que conciliem a proteção da criança com a preservação de rotinas familiares equilibradas, minimizando os impactos negativos no bem-estar físico, emocional e social de todos os membros da família. Neste

enquadramento, o papel do EEEC-ESF assume relevância estratégica, ao transcender a vertente técnica do cuidado e integrar a deteção precoce de sinais de sobrecarga emocional, física e social nas famílias. Cabe ao EE identificar precocemente estas necessidades e oferecer apoio individualizado e contínuo, promovendo um acompanhamento centrado na família e orientado para a adaptação saudável ao processo de doença. Revisões recentes demonstram que programas liderados por enfermeiros, que identificam precocemente necessidades familiares e oferecem apoio individualizado, estão associados a um melhor controlo da asma e à redução da ansiedade parental (Al Kindi et al., 2022).

- **Identificar os conhecimentos e práticas da família no cuidado da criança com asma**

O conhecimento que a família detém sobre a asma e as práticas que adota no cuidado à criança constituem determinantes essenciais para o controlo da doença e para a promoção da qualidade de vida. As entrevistas realizadas revelaram que este objetivo foi alcançado através da identificação de três áreas temáticas que emergiram da análise e que o sustentam: “*Conhecimento e perceção sobre a doença*”, “*Estratégias de prevenção e controlo das crises*” e “*Necessidades formativas e informativas*”. Estas dimensões mostraram-se centrais para compreender o modo como as famílias constroem o seu saber, aplicam práticas de cuidado e identificam lacunas de informação ao longo do percurso da doença.

De forma transversal, as narrativas evidenciaram que o momento do diagnóstico e a experiência das crises asmáticas constituem um marco significativo na trajetória das famílias, desencadeando um processo de reorganização e adaptação às novas exigências da doença. O choque inicial do diagnóstico não se expressou apenas em sentimentos de medo, mas também na incerteza quanto ao significado de viver com uma criança com asma e às implicações desta condição na dinâmica familiar e no prognóstico a longo prazo. As famílias consideraram que a informação disponibilizada pelos profissionais de saúde no momento do diagnóstico foi insuficiente ou ambígua, o que potenciou dúvidas e interpretações subjetivas acerca da asma e da sua gestão. Este défice na informação foi, frequentemente, compensado por conhecimentos empíricos, crenças pessoais ou pela consulta de fontes informais, nomeadamente conversas com outros cuidadores e pesquisa na internet, o que contribuiu para a construção de significados heterogéneos e, por vezes, inconsistentes relativamente ao processo de cuidar.

Algumas famílias revelaram dificuldades em distinguir a asma de outras patologias respiratórias, nomeadamente alergias ou bronquites. Tal confusão conduziu, em determinados casos, à subvalorização de sintomas clinicamente relevantes, sendo apenas após episódios subsequentes de exacerbação ou após intervenção médica que os pais reconheceram a gravidade da situação. Em contrapartida, outras famílias demonstraram, desde o momento do diagnóstico, uma perceção mais realista e consciente da natureza imprevisível e potencialmente grave da asma.

Este contraste evidencia que a experiência familiar não se relaciona exclusivamente com a gravidade clínica da doença, mas sobretudo, com os significados atribuídos pelos pais e com o modo como estes interpretam a condição crónica. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Lange et al. (2024), realizado no Reino Unido, que identificou dificuldades persistentes dos pais em aceitar a cronicidade da asma, frequentemente percecionada como uma condição transitória ou episódica.

Para algumas famílias, a perceção da doença foi construída principalmente a partir das vivências em contexto de crises, as quais funcionaram como momentos de aprendizagem e redefinição de comportamentos. Embora este processo favoreça uma maior consciencialização acerca da asma, associa-se simultaneamente a riscos significativos, dado que o conhecimento emerge de experiências negativas e potencialmente traumáticas. Neste contexto, o EEEEC-ESF assume um papel fundamental, devendo antecipar informações, esclarecer dúvidas e capacitar as famílias desde o momento do diagnóstico, promovendo uma gestão da doença mais segura, informada e confiante.

Outro ponto crítico que emergiu refere-se às dificuldades dos pais na compreensão do regime terapêutico e dos objetivos da medicação preventiva. Alguns entrevistados relatam utilizar os inaladores exclusivamente durante as crises, não reconhecendo a importância da terapêutica de controlo contínuo. Estudos internacionais, como Lu et al. (2023), corroboram esta constatação, uma vez que numa amostra de 256 famílias com crianças em idade pré-escolar, apenas 7% apresentavam adesão ótima ao regime terapêutico, sendo a falta de conhecimento e a dificuldade em integrar a medicação nas rotinas os principais fatores de falha.

A leitura crítica destes resultados sugere que as dificuldades não decorrem apenas da ausência de informação, mas também da forma como esta é comunicada, frequentemente pouco ajustada ao nível de literacia em saúde das famílias. Assim, reforça-se a relevância da literacia em saúde como domínio nuclear da prática do EEEEC-

ESF. A comunicação eficaz, clara e adaptada ao perfil sociocultural dos cuidadores é determinante para desconstruir mitos, consolidar o conhecimento sobre a doença e fomentar a adesão terapêutica, promovendo em última instância, maior autonomia e capacidade das famílias na gestão da asma infantil.

A compreensão adquirida reflete-se também nas práticas quotidianas, evidenciando um envolvimento ativo das famílias na gestão da doença. Quase todos os participantes relataram possuir um plano pré-definido para situações agudas, mantendo sempre a medicação de emergência acessível e demonstrando conhecimento sobre a sua administração. Esta atitude preventiva evidencia que as famílias assumem um papel ativo na gestão da doença, conferindo-lhes maior sensação de capacidade de resposta e reduzindo a insegurança perante episódios imprevisíveis. A prontidão observada nas famílias evidencia o envolvimento consciente e estruturado na monitorização da asma, alinhando-se com os princípios de autocuidado familiar defendidos na literatura. Estudos recentes reforçam a relevância desta prática. Lizano-Berrantes et al. (2024), num estudo longitudinal com crianças em idade escolar, demonstraram que a adesão consistente ao tratamento de manutenção e a correta utilização dos inaladores estão associadas a melhor controlo dos sintomas e a uma maior qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças. Este dado evidencia a necessidade de estratégias preventivas contínuas e não apenas reativas, destacando o impacto direto do conhecimento e da prática familiar na evolução clínica da doença.

Para além da medicação de emergência, algumas famílias relataram adotar medidas complementares, como a gestão da febre ou de outros sintomas associados, com o objetivo de prevenir o agravamento do quadro respiratório. Esta abordagem está em consonância com as recomendações internacionais da GINA (2024), que salientam que fatores agravantes — incluindo febre, alergias e infeções — devem ser considerados na gestão da asma, e não apenas os sintomas respiratórios agudos.

A literatura evidencia que a intervenção do enfermeiro é decisiva neste contexto, sobretudo através do desenvolvimento de programas educativos individualizados. Estes programas promovem a confiança dos cuidadores, melhoram a técnica de utilização dos inaladores e reduzem erros na dose e frequência de administração (Lizano-Berrantes et al., 2024). A análise crítica destes resultados, reforça que o EEEC-ESF deve ir além do ensino técnico, atuando de forma contínua, antecipando dificuldades, avaliando competências familiares e ajustando estratégias educativas às necessidades específicas de cada família, garantindo uma gestão mais segura e eficaz da doença.

Apesar do envolvimento demonstrado pelas famílias na prevenção e controlo das crises, persistem fragilidades que revelam a necessidade de um acompanhamento educativo contínuo. Os resultados do estudo demonstram que a necessidade de apoio formativo e informativo se mantém ao longo de todo o percurso da doença, constituindo um elemento central na experiência das famílias. Desde o início do diagnóstico, os cuidadores relataram insegurança e sobrecarga, devido à dificuldade em lidar com crises de asma, administrar corretamente a medicação ou implementar estratégias preventivas no dia a dia.

Muitos dos participantes salientaram a ausência de intervenções educativas estruturadas logo após o diagnóstico, como sessões individuais ou workshops direcionados, onde pudessem receber orientações práticas e contextualizadas. Estes resultados estão em consonância com as recomendações internacionais da GINA (2024), que defendem a revisão periódica da técnica de medicação, a disponibilização de planos de ação escritos e a adaptação da comunicação ao nível de literacia em saúde da família.

O estudo demonstra que as famílias não procuram apenas tratamento médico, mas sim informação aplicada e contínua, que permita transformar conhecimento em ação eficaz. A literacia em saúde emerge como um recurso decisivo, conferindo segurança, autonomia e confiança aos cuidadores na gestão da doença crónica da criança.

Para o EEEEC-ESF, estas evidências reforçam a necessidade de uma intervenção educativa sistemática e personalizada, que inclua avaliação da compreensão familiar, acompanhamento das rotinas preventivas e reforço da autonomia no cuidado. Este enfoque contribui para reduzir a ansiedade, melhorar a adesão às terapêuticas e reforçar a resiliência das famílias perante os desafios associados à asma infantil.

- **Caracterizar os aspetos significativos vivenciados pela família no cuidado da criança com asma**

O quotidiano das famílias com crianças com asma é atravessado por experiências emocionais intensas, nas quais o diagnóstico e as crises representam momentos particularmente significativos. A área temática que emergiu da análise e que possibilitou o alcance deste objetivo foi o *“Impacto emocional do diagnóstico e das crises de asma”*. Esta dimensão permitiu compreender de que forma as famílias atribuem significado à doença e reinterpretam o cuidado à criança num processo permeado por medo, ansiedade e necessidade de adaptação contínua.

As percepções sobre a doença, discutidas anteriormente, ajudam a contextualizar as reações emocionais intensas relatadas pelas famílias. De forma praticamente unânime, os participantes descreveram sentimentos de choque inicial e medo persistente perante o diagnóstico da asma. A imprevisibilidade das crises gera uma ansiedade contínua, que se manifesta não apenas durante episódios agudos, mas também em situações de prevenção e monitorização diária. Estes resultados encontram sustentação em estudos recentes, que documentam níveis elevados de stress parental em famílias de crianças com doenças respiratórias crónicas, evidenciando que a ansiedade parental é proporcional à gravidade percebida da condição: quanto mais grave os pais percebem a asma, maior é a preocupação e o receio de ocorrência de novas crises (Wu et al., 2025).

O medo e a apreensão contínuos traduzem-se num peso emocional significativo para as famílias. A necessidade constante de vigilância, a ansiedade perante qualquer sinal de agravamento e a insegurança relativamente ao futuro da criança condicionam não apenas o bem-estar dos cuidadores, mas também a dinâmica familiar. Este estado de alerta permanente, frequentemente acompanhado de fadiga e stress, evidencia que os desafios emocionais se interligam com uma forma de sobrecarga mais subtil, mas persistente, que atravessa o quotidiano e exige das famílias uma atenção constante e uma reorganização dos papéis parentais. Esta sobreposição entre o impacto emocional e o desgaste parental é consistente com a literatura. Wu et al. (2025) descrevem a sobrecarga física e o stress crónico como dimensões centrais da experiência de cuidar de uma criança com asma grave. De forma convergente, Gijssen et al. (2024) salientam que a necessidade de vigilância constante obriga os pais a assumir novos papéis e a adaptar-se continuamente, exigindo atenção permanente e disponibilidade emocional intensa.

Paralelamente, a revisão sistemática de Tomini et al. (2025) sublinha que a qualidade de vida dos cuidadores piora significativamente quando a asma da criança está mal controlada ou apresenta maior gravidade, afetando sobretudo, o bem-estar emocional e impondo restrições às rotinas familiares. Estes dados corroboram os relatos das famílias deste estudo, que evidenciam que cuidar de uma criança com asma torna-se uma dimensão central do quotidiano, na qual a vontade de proteger o filho gera força e resiliência. Por outro lado, algumas famílias relataram que, com o decorrer do tempo e com a experiência adquirida, desenvolveram estratégias de gestão emocional que lhes permitiram maior serenidade face à doença, aprendendo a reconhecer sinais precoces e a lidar com as crises de forma mais confiante. Esta evolução demonstra um processo

gradual de aprendizagem e adaptação, em que o medo inicial dá lugar a uma percepção mais realista e controlada da situação, sem, contudo, eliminar a preocupação subjacente.

Apesar desta capacidade de adaptação, o cuidado à criança com asma continua a exigir cedências e sacrifícios constantes, deixando a família num delicado equilíbrio entre o desejo de normalidade e o medo de novas crises. Este contexto reforça a necessidade de intervenção do EEEC-ESF, que deve apoiar não apenas a criança, mas também a família, através de estratégias de educação para a saúde, promoção do autocuidado parental e acompanhamento psicológico. Intervenções dirigidas podem reduzir a ansiedade, melhorar a gestão das crises e favorecer o equilíbrio entre a proteção da criança e a manutenção de uma vida familiar funcional.

- **Identificar os contributos que as famílias consideram facilitadores no cuidado da criança com asma**

O cuidado à criança com asma é fortemente influenciado pelos recursos de apoio que envolvem a família, tanto nas suas redes pessoais como nas interações com os serviços de saúde. Neste sentido, as áreas temáticas que emergiram da análise “*Apoio social e redes de suporte*” e “*Experiência com os serviços de saúde*”, revelaram-se centrais para compreender os fatores que as famílias consideram facilitadores no processo de gestão da doença.

A análise das narrativas evidenciou que o apoio social e as redes de suporte constituem um pilar central para a sustentabilidade das famílias com crianças com asma. Muitos cuidadores relataram que a organização e colaboração da família alargada, em particular avós e outros familiares próximos, permite algum alívio numa rotina marcada pela vigilância contínua e pelas exigências constantes. Para a maioria dos participantes, este apoio é sentido como um verdadeiro amparo, contribuindo para a manutenção de um equilíbrio emocional e funcional.

No entanto, emergiu também a percepção de que nem todas as esferas de suporte oferecem respostas adequadas. Contextos como a escola, por vezes, não compreendem plenamente as limitações impostas pela doença, e os locais de trabalho podem carecer de flexibilidade para lidar com ausências frequentes. Esta realidade evidencia que o apoio familiar próximo, embora essencial, não é suficiente. As experiências relatadas sugerem que é necessário um olhar mais amplo, que inclua a escola, o trabalho e os serviços de saúde. A ausência de suporte em qualquer uma dessas dimensões aumenta a carga sobre os cuidadores, intensificando a ansiedade e contribuindo para o desgaste emocional.

Lu et al. (2023) demonstram que a manutenção de rotinas consistentes e o envolvimento ativo da família favorecem a adesão ao tratamento. Por outro lado, estudos indicam que a falta de compreensão no contexto escolar e a ausência de políticas laborais flexíveis intensificam a sobrecarga familiar, comprometendo o bem-estar global dos cuidadores (Morales Ruiz et al., 2025; Stevens et al., 2024). Além disso, Roddy (2022) destaca que a forma como a família funciona e a qualidade das relações internas são determinantes para a capacidade de gerir doenças crônicas na infância.

Estes dados reforçam a necessidade de intervenção do EEEEC-ESF de forma holística, atuando não apenas junto da criança, mas também apoiando a família na construção de redes de suporte mais amplas e funcionais. Isto inclui a mediação entre os cuidadores e outras instituições, a promoção de estratégias de organização familiar e a sensibilização das escolas e locais de trabalho para as necessidades específicas das crianças com asma, contribuindo para a redução da sobrecarga emocional e melhoria da qualidade de vida familiar.

No contexto mais amplo de suporte, a experiência com os serviços de saúde surgiu como outro elemento decisivo. A análise das entrevistas revelou que a relação das famílias com os serviços de saúde é complexa e multifacetada, oscilando entre confiança e frustração. Por um lado, os cuidadores reconhecem o valor das consultas periódicas, especialmente com o pediatra, e destacam que a administração de vacinas específicas para alergias contribuiu para estabilidade clínica e redução de sintomas na criança. Estes resultados são consistentes com a literatura: Zheng et al. (2023) demonstraram que a imunoterapia subcutânea em crianças com asma alérgica é eficaz, segura e melhora significativamente a função pulmonar, enquanto Liu et al. (2022) mostraram que programas educativos estruturados e acompanhamento contínuo reduzem hospitalizações e visitas às urgências.

No âmbito do EEEEC-ESF, esta dimensão apresenta oportunidades para reforçar o papel de mediador entre a família e os profissionais de saúde, promovendo adesão a consultas e vacinas, esclarecendo dúvidas entre consultas, revisando planos de ação e avaliando a eficácia das intervenções preventivas. Fawcett et al. (2019) sublinham que os cuidadores valorizam a disponibilidade e a comunicação clara dos profissionais, fatores que reduzem ansiedade e aumentam confiança na gestão da doença.

Para além da medicação e vacinação, as famílias relataram estratégias preventivas cotidianas construídas ao longo do tempo, como evitar locais com poeira ou pólen, adaptar atividades físicas às condições respiratórias, informar professores sobre sinais

precoces e ajustar rotinas domésticas. Estes comportamentos revelam que as rotinas familiares funcionam como recursos terapêuticos, promovendo maior adesão à medicação e maior segurança no cuidado (Lu et al., 2023). A formalização destas estratégias em planos de ação escritos poderia potencializar a confiança e a autonomia dos cuidadores.

No entanto, nem todas as experiências com os serviços de saúde foram positivas. Alguns cuidadores relataram dificuldades de acesso a consultas, informações pouco claras e lacunas na educação para a saúde, especialmente no início do percurso, o que contribuiu para ansiedade e medo face a uma doença crónica desconhecida. Estudos como Lange et al. (2024) e Pereira et al. (2022) reforçam que a satisfação com os serviços depende da continuidade do cuidado e da clareza das orientações, assim como da implementação de acompanhamento formativo contínuo.

Em síntese, os resultados demonstram que os contributos facilitadores no cuidado da criança com asma assentam na complementaridade entre as redes de apoio social e a qualidade da relação com os serviços de saúde. A existência de uma rede de suporte sólida e a disponibilidade de profissionais sensíveis e acessíveis revelam-se determinantes para fortalecer a autonomia parental e promover uma rotina familiar mais equilibrada. A evidência aponta que o EEEC-ESF desempenha um papel central na construção de confiança familiar, na promoção da literacia em saúde e na integração das rotinas preventivas no cuidado diário, permitindo uma gestão mais segura e eficaz da asma infantil.

3.4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O trabalho colaborativo no âmbito da ESF revela-se fundamental, não só pelo carácter de proximidade e continuidade que esta oferece, mas também pela capacidade de olhar a família como um todo, acolher as suas dúvidas e os seus medos e transformá-los em conhecimento, segurança e autonomia, respondendo eficazmente às exigências das famílias que acompanham crianças com doenças crónicas, como a asma.

Ao dar voz às famílias, tornou-se possível evidenciar realidades muitas vezes invisíveis no contexto clínico. As narrativas partilhadas revelam um percurso emocional, relacional e prático que acompanha o diagnóstico de asma, exigindo atenção e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde. A partir destas vivências, os

enfermeiros podem desenvolver intervenções ajustadas à realidade familiar, reforçando o apoio aos cuidadores e promovendo o bem-estar da criança e da família.

Os resultados obtidos evidenciam aspetos essenciais da experiência familiar face à asma infantil, possibilitando a formulação das seguintes conclusões:

- Caracterizar o quotidiano da família no cuidado à criança com asma: O quotidiano das famílias com crianças com asma revelou-se marcado por profundas adaptações às exigências da doença. A doença levou à adaptação do ambiente doméstico, alterações de rotinas, limitações nas atividades de lazer e a um impacto na vida profissional dos pais. Paralelamente, emergiu uma significativa sobrecarga parental, expressa em múltiplas dimensões: emocional, física, profissional e relacional, evidenciada pelo cansaço, pela privação de sono e pelas dificuldades em conciliar os diferentes papéis familiares. O sentimento de culpa, presente em várias narrativas, reforça o peso emocional associado à gestão da doença e à procura constante de equilíbrio entre o cuidado à criança e o bem-estar familiar.
- Identificar os conhecimentos e práticas da família no cuidado da criança com asma: A maioria dos participantes revelou conhecimento limitado sobre a asma, recorrendo à internet para esclarecerem dúvidas. Identificaram-se algumas lacunas nas informações prestadas pelos profissionais de saúde, sobretudo no momento do diagnóstico. Embora a maioria demonstre empenho na implementação de estratégias de prevenção e controlo das crises, estas nem sempre se revelam adequadas, persistindo inseguranças na gestão da medicação e no reconhecimento de sinais de alerta. De forma geral, as famílias manifestaram um forte desejo de obter mais informações sobre a doença, nomeadamente sobre manuseamento de dispositivos, gestão das crises e estratégias de prevenção.
- Caracterizar os aspetos significativos vivenciados pela família no cuidado da criança com asma: As famílias relataram sentimentos de medo intenso, insegurança, ansiedade e um desgaste emocional significativo, essencialmente nos primeiros tempos após o diagnóstico. A vigilância constante e o receio de novas crises, traduzem-se num impacto psicológico profundo, que afeta o bem-estar individual e familiar. Com o decorrer do tempo, algumas famílias referiram desenvolver maior serenidade e capacidade de adaptação, embora o medo e a preocupação se mantenham, mas de uma forma mais discreta. Estas vivências evidenciam que o cuidado à criança com asma é um processo emocionalmente exigente, que requer

apoio contínuo, acompanhamento próximo e intervenções de enfermagem sensíveis à dimensão emocional do cuidar.

- Identificar os contributos que as famílias consideram facilitadores no cuidado da criança com a asma: As famílias identificaram o apoio social e a qualidade da relação com os serviços de saúde como fatores determinantes para facilitar o cuidado à criança com asma. O apoio da família alargada foi valorizado, no entanto o apoio escolar, do trabalho e dos serviços de saúde foram algumas das vezes percecionados como insuficientes. As experiências relatadas pelas famílias relativamente aos profissionais de saúde revelaram-se heterogéneas: algumas destacaram a atenção e o acompanhamento prestados, enquanto outras referiram lacunas na comunicação, insuficiência de informação estruturada e dificuldades no acesso às consultas quando necessário.

De forma global, os resultados do estudo permitiram dar resposta ao objetivo geral: Conhecer as vivências das famílias no âmbito do cuidado à criança com asma.

Os resultados evidenciam que cuidar de uma criança com asma é uma experiência complexa e multidimensional, que exige das famílias adaptações emocionais, organizacionais e relacionais contínuas. O percurso de gestão da doença ultrapassa as orientações clínicas, envolvendo dimensões subjetivas como medo, incerteza, exaustão emocional e necessidade de validação profissional.

Estes resultados reforçam a importância de uma abordagem de cuidados centrada na família, contínua e sensível ao contexto de vida de cada agregado familiar. Constituem, ainda, uma base sólida para refletir sobre a melhoria das práticas de enfermagem e para o desenvolvimento de programas de intervenção comunitária voltados para a promoção do bem-estar da criança e da família.

Investir em acompanhamento estruturado e humanizado, promovido pelo enfermeiro de família, mostra-se determinante para reforçar competências familiares, prevenir descompensações clínicas e promover a gestão eficaz da doença, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da criança com asma e da sua família.

3.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO, SUGESTÕES E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

A investigação qualitativa, pela sua natureza interpretativa e compreensiva, apresenta limitações que devem ser reconhecidas para uma leitura crítica e equilibrada dos resultados.

O reconhecimento crítico destas limitações, não compromete o valor científico do estudo; pelo contrário, constitui uma componente essencial da reflexão epistemológica, permitindo uma leitura mais equilibrada dos resultados e favorecendo a identificação de potenciais direções para investigações futuras.

Uma primeira limitação, prende-se com a predominância de mães entre os cuidadores entrevistados, o que, apesar de refletir a realidade sociocultural em que o papel principal de cuidado é assumido pelas mulheres, leva a uma sub-representação das perspetivas paternas, que poderiam acrescentar dimensões e significados distintos à experiência de cuidar de uma criança com asma.

Embora tenha sido realizado um pré-teste ao guião da entrevista, que permitiu aferir a pertinência e clareza das questões, a análise e interpretação dos dados foram conduzidas por uma única investigadora, o que, embora sustentado por um procedimento rigoroso e sistematizado, conforme a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), reconhece-se a possibilidade de ocorrência de algum grau de subjetividade na análise, categorização e interpretação dos discursos.

Importa ainda reconhecer o potencial *viés de desejabilidade social*, frequentemente associado à utilização de entrevistas presenciais em torno de temáticas sensíveis. É plausível que alguns dos participantes tenham ajustado as suas respostas com o intuito de transmitir uma imagem mais positiva, sobre os CSP e, especificamente em relação aos enfermeiros. Apesar de terem sido asseguradas condições de confiança e de confidencialidade, não é possível excluir por completo esta possibilidade.

Além disso, a realização das entrevistas num único momento temporal impossibilitou a observação longitudinal das vivências familiares, as quais podem evoluir com o tempo, à medida que a doença progride ou as dinâmicas familiares se alteram.

Apesar destas limitações, o estudo oferece contributos relevantes para a compreensão das experiências das famílias com crianças com asma, permitindo identificar necessidades concretas e delinear estratégias de intervenção ajustadas ao contexto da ESF.

No plano de investigação futura, sugere-se:

- Estudos com amostras mais diversificadas, incluindo várias USF e diferentes regiões do país;
- Inclusão de pais do sexo masculino para ampliar a perspetiva familiar;
- Estudos longitudinais que explorem a adaptação familiar ao longo do tempo, considerando a evolução da doença e as mudanças nas dinâmicas familiares.

Em termos de prática de ESF, os resultados reforçam a necessidade de intervenções estruturadas e centradas na família. A identificação de lacunas informativas e dificuldades na gestão da doença evidencia a importância de estratégias educativas consistentes. Entre estas, destacam-se:

- Desenvolvimento de Planos de Ação Individual, para doenças respiratórias, integrando cuidados clínicos e domiciliários;
- Criação de materiais de suporte, como flyers informativos, reforçando conteúdos abordados em consulta;
- Implementação de consultas temáticas de enfermagem centradas na criança com asma, especialmente no momento do diagnóstico, adaptadas ao nível de literacia da família;
- Promoção de intervenções educativas contínuas, individuais ou em grupo, abordando uso correto da medicação, identificação precoce de sinais de alarme e estratégias preventivas de crises;
- Aumento da literacia em saúde respiratória, recorrendo a recursos pedagógicos acessíveis, planos de ação personalizados e materiais visuais;
- Vigilância ativa do impacto emocional e da sobrecarga dos cuidadores, com encaminhamento para suporte psicológico sempre que necessário;
- Atuação como elo entre família, escola e outros serviços, promovendo reuniões conjuntas quando apropriado;
- Integração da vigilância da asma como objetivo assistencial prioritário na consulta de enfermagem de saúde infantil, refletida nos indicadores internos da unidade.

Durante o estágio, a participação neste processo permitiu observar resultados positivos após a implementação do plano de ação para doenças respiratórias, reforçando a relevância de uma prática especializada, sistematizada e verdadeiramente centrada na família.

4. CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Na área da saúde, e particularmente na enfermagem, a competência profissional é reconhecida como elemento essencial para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Conforme salientam Pires et al. (2023), o desenvolvimento profissional contínuo e a autorreflexão crítica constituem determinantes na consolidação das competências e na construção de uma prática de enfermagem orientada para a excelência.

Assumir o título de EE implica um percurso formativo que vai além da formação de base, exigindo o domínio de competências específicas e transversais. O perfil do EE está estruturado em duas grandes dimensões: as competências comuns a todas as áreas de especialização e as competências específicas de cada domínio, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019). Estas competências têm como objetivo assegurar a excelência dos cuidados especializados e adequar a prática profissional às necessidades concretas das populações.

As competências comuns do EE abrangem dimensões nucleares da prática profissional, nomeadamente a tomada de decisão clínica, a gestão do processo de cuidados, a comunicação terapêutica e a liderança. Por sua vez, as competências específicas da ESF centram-se na prestação de cuidados dirigidos à família e à comunidade, com particular enfoque na promoção da saúde, na prevenção da doença e na gestão de condições crónicas, respeitando as especificidades culturais, sociais dos contextos em que se inserem (OE, 2018).

A reflexão sobre o desenvolvimento destas competências assume um papel estruturante em todo o percurso formativo do EE, constituindo um processo dinâmico e evolutivo que requer do profissional um compromisso permanente com a atualização do conhecimento e com a melhoria contínua da prática. Assim, a competência não se esgota na mera aquisição de saberes técnicos ou científicos, mas emerge da integração crítica entre conhecimento, experiência e valores ético-profissionais. Neste sentido, o desenvolvimento profissional contínuo e a autorreflexão crítica configuram-se como eixos fundamentais para uma prática de enfermagem segura, eficaz e centrada na pessoa (Pires et al., 2023).

Em Portugal, a OE (2025) estabelece, no Regulamento n.º 339/2025, o regime de certificação individual de competências, no qual a prática clínica supervisionada — frequentemente operacionalizada através do estágio — assume um papel central na consolidação de competências especializadas. Este enquadramento normativo reforça a importância do estágio como espaço formativo essencial à consolidação da identidade

profissional do EE, assegurando simultaneamente, que o percurso formativo decorra sob critérios de rigor, qualidade e adequação às necessidades das populações (OE, 2025).

Neste contexto, o ENP constitui um espaço privilegiado para a integração e consolidação de competências avançadas, favorecendo a articulação entre o saber teórico e a prática especializada. Como referem Polo et al. (2024), a prática clínica é fortemente influenciada pela qualidade das interações formativas e pela valorização da experiência profissional acumulada. No caso do EE, o estágio transcende a mera aplicação de conhecimentos, configurando-se como um processo de construção crítica de saberes e de desenvolvimento da capacidade de decisão, liderança, gestão de cuidados e reflexão epistemológica sobre a própria prática.

De acordo com o Guia de Orientador/Protocolo de Estágio 2024/2025 do IPVC (Brás, Carvalho, & Morais, 2024), foram definidos objetivos orientadores do percurso formativo na UC ENP, os quais se encontram alinhados com a missão, visão e valores da USF onde decorreu o estágio, bem como com os princípios orientadores da ESF:

- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família, capacitando-a face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Prestar cuidados especializados à família enquanto unidade de cuidados, e a cada um dos seus membros, ao longo do ciclo de vida, promovendo respostas adaptativas às transições, com especial enfoque nos diferentes níveis da prevenção primária;
- Estabelecer uma relação de parceria efetiva com as famílias, centrada nos seus pontos fortes, na valorização das suas potencialidades e na aceitação da diversidade de realidades;
- Documentar o processo de cuidados utilizando a linguagem classificada CIPE, garantindo a padronização e qualidade da informação registada;
- Analisar a tomada de decisão clínica à luz dos referenciais ético-legais, políticos e epistemológicos que sustentam a prática especializada em ESF;
- Concretizar o estágio e a elaboração do relatório final subordinado a uma temática pertinente e baseada na evidência, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em ESF e para a obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, famílias e comunidades.

A concretização destes objetivos traduziu-se na realização de múltiplas intervenções de enfermagem que favoreceram o desenvolvimento de competências diferenciadas e a consolidação de uma prática reflexiva. Ao longo do ENP, foram

desenvolvidas diversas atividades, com destaque para as consultas de vigilância integradas, co-realizadas pelo médico e enfermeiro de família, nas áreas da saúde materna, saúde infantil, diabetes mellitus e rastreio do cancro do colo do útero. Paralelamente, realizaram-se consultas de enfermagem autónomas, orientadas para o acompanhamento de utentes com hipertensão arterial, saúde do adulto e do idoso, e planeamento familiar. Sempre que pertinente, foi assegurada a referenciação a outros prestadores de cuidados, garantindo a continuidade, integralidade e coordenação da resposta assistencial.

A prestação de cuidados englobou ainda, a execução de procedimentos técnicos, como cuidados à pessoa com ferida, administração de terapêutica injetável e atualização do Programa Nacional de Vacinação. Destaca-se igualmente, a prestação de cuidados em contexto domiciliário, elemento fundamental para o reforço da proximidade, da acessibilidade e da adequação dos cuidados às necessidades familiares.

No domínio organizacional, a colaboração na gestão das atividades de enfermagem, designadamente na organização de agendas e convocações para consultas e vacinação, contribuiu para o desenvolvimento de competências de gestão, planeamento e articulação interprofissional. Todo o percurso formativo decorreu num ambiente de cooperação com a equipa multiprofissional da USF, sendo enriquecido pela supervisão da enfermeira tutora, cuja orientação promoveu uma aprendizagem significativa e reflexiva.

Segue-se, assim, uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas ao longo deste percurso, iniciando-se pela análise das competências comuns do EE e prosseguindo com a exploração das competências específicas do EEEC-ESF, conforme definidas pela OE (2019, Regulamento n.º 140/2019; 2018, Regulamento n.º 428/2018).

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns constituem a matriz transversal que sustenta o exercício profissional do EE, independentemente da sua área de especialização. Estas competências traduzem um corpo integrado de saberes, atitudes e capacidades que garantem uma prática clínica ética, segura, crítica e sustentada na evidência científica, centrada na pessoa, na família e na comunidade (OE, 2019, Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com o artigo 3.º do Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), as competências comuns

são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p. 4745).

Mais do que um conjunto de requisitos normativos, estas competências configuram um referencial dinâmico, que permite ao enfermeiro adaptar-se a diferentes realidades assistenciais, responder a contextos de crescente complexidade e contribuir para a transformação e qualificação dos sistemas de saúde. Nesse sentido, o EE é convocado a assumir um papel ativo na melhoria contínua dos cuidados, promovendo práticas reflexivas, colaborativas e orientadas para resultados em saúde (Pires et al., 2023).

A literatura mais atual reforça que o domínio das competências comuns está associado a uma maior autonomia na tomada de decisões clínicas, à liderança eficaz, ao pensamento crítico e à capacidade de integrar evidência científica na prática, constituindo pilares de uma enfermagem avançada e socialmente relevante (Alves, 2020; Pires et al., 2023). Simultaneamente, a consolidação destas competências potencia a comunicação interprofissional e a gestão ética de situações complexas, contribuindo para o fortalecimento da governação clínica e para o empoderamento das equipas (Souza & Cruz, 2022).

As competências comuns agrupam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019, Regulamento n.º 140/2019), os quais se interligam e se alimentam mutuamente, configurando um processo contínuo de profissionalização e de construção identitária. Nos pontos seguintes, serão analisadas criticamente estas dimensões, evidenciando o modo como se concretizaram ao longo do percurso de estágio e o seu contributo para o exercício especializado.

4.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui o alicerce sobre o qual se constrói toda a prática do EE. A ética profissional, entendida como uma ética de responsabilidade e de cuidado, exige uma atuação ponderada, contextualizada e informada, orientada por princípios de justiça, equidade e respeito pela dignidade humana (Silva, 2021).

Na ESF, esta dimensão adquire uma relevância acrescida, uma vez que o cuidado transcende o indivíduo e envolve a família e a comunidade como unidades de intervenção. O EE é, assim, chamado a tomar decisões que respeitem simultaneamente a singularidade das pessoas e as dinâmicas relacionais e sociais em que estas se inserem.

Durante o estágio, esta competência manifestou-se de forma clara em diversas situações, destacando-se uma visita domiciliária a uma utente com demência, acompanhada pela filha cuidadora. A resistência inicial da cuidadora em partilhar informação constituiu um momento de aprendizagem ética significativa, que exigiu uma postura empática, escuta ativa e transparência comunicacional. A criação de um ambiente de confiança e confidencialidade, em conformidade com o artigo 107.º do Estatuto da OE (2015), permitiu a expressão de emoções e a co-construção de um plano de cuidados ajustado às necessidades familiares. Este episódio ilustra como a ética em enfermagem se materializa não apenas em princípios abstratos, mas em microdecisões quotidianas que traduzem respeito, prudência e humanidade.

A responsabilidade legal, por sua vez, concretizou-se com a utilização rigorosa dos sistemas de registo clínico, como o SClínico e o eVacinas, garantindo a rastreabilidade e a confidencialidade dos dados. Tal como defendem Oliveira e Pacheco (2023), o registo fidedigno é, simultaneamente, um instrumento de comunicação, de gestão do risco e de responsabilização profissional.

A formação teórica na UC de Ética e Deontologia contribuiu para sustentar a reflexão sobre dilemas éticos e consolidar uma postura crítica perante as decisões clínicas. Como salientam Sousa et al. (2022), a formação ética não se reduz à aquisição de normas, mas deve fomentar a capacidade de julgar, deliberar e agir responsavelmente em contextos de incerteza. Assim, o estágio revelou-se um espaço privilegiado para o exercício da ética em ação. Uma ética que se constrói no encontro com o outro e no reconhecimento da sua vulnerabilidade.

Conclui-se que todas as intervenções realizadas durante o estágio foram pautadas por uma conduta ética e legalmente responsável, refletindo uma postura profissional madura, consciente e centrada na proteção dos direitos dos utentes e das famílias. A criação de um ambiente de confiança e respeito mútuo foi essencial para facilitar a comunicação terapêutica e para garantir que as decisões em contexto de prática de enfermagem, fossem sempre partilhadas e informadas, respeitando os valores, as crenças e as preferências dos utentes e das suas famílias.

4.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade representa um compromisso permanente com a excelência dos cuidados e com a segurança das pessoas e famílias. Este domínio traduz a capacidade de questionar, avaliar e transformar a prática, sustentando a cultura da qualidade e da responsabilidade profissional.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), o EE deve ser agente ativo no desenvolvimento de estratégias e programas institucionais de melhoria contínua, integrando práticas baseadas na evidência e promovendo ambientes terapêuticos seguros. Esta função, requer uma atitude crítica, proativa e inovadora, centrada na aprendizagem organizacional.

A melhoria da qualidade está intrinsecamente ligada ao conceito de governação clínica, entendido como o conjunto de processos que permite às organizações de saúde manter e elevar os padrões dos cuidados, promovendo a responsabilização profissional e o envolvimento dos cidadãos nos processos de decisão (Silva, 2021). Neste contexto, a padronização de procedimentos, a gestão de risco, a promoção da literacia em saúde e a utilização de práticas baseadas na evidência tornam-se instrumentos indispensáveis.

Durante o ENP, esta competência materializou-se em duas intervenções significativas. A primeira foi a criação do flyer informativo “Asma Infantil: Conhecer é Cuidar” (Apêndice V), orientado para os cuidados à criança com asma, com o objetivo de facilitar a compreensão por parte das famílias, relativamente aos sinais de alerta, à gestão da medicação, prevenção de crises e manuseamento da câmara expansora, contribuindo para o reforço da literacia em saúde das famílias. Esta ação reflete uma visão ampliada da qualidade, que ultrapassa a dimensão técnica e se estende ao empoderamento das pessoas enquanto agentes do seu próprio processo de saúde. A segunda intervenção

consistiu na dinamização de uma formação sobre cuidados a utentes com gastrostomia endoscópica percutânea, em resposta a dificuldades sentidas pela equipa (Apêndice VI). A formação exigiu um elevado grau de dedicação e pesquisa, tendo contribuído para o reforço de competências técnicas essenciais à prestação de cuidados mais seguros, eficazes e fundamentados. Esta iniciativa constituiu um exemplo concreto de governação clínica partilhada, na qual o conhecimento é produzido e disseminado a partir das necessidades reais da prática.

Durante o estágio, procurei aplicar as orientações e normas clínicas em vigor na unidade, cumprindo os protocolos definidos e utilizando corretamente os sistemas de informação, garantindo registos seguros e legíveis, de forma a contribuir para a continuidade dos cuidados. Estes aspetos técnicos estiveram sempre associados a uma preocupação constante com a segurança dos utentes, nomeadamente na administração da terapêutica, na aplicação de cuidados técnicos e na partilha de informação relevante com os restantes profissionais.

A qualidade dos cuidados de enfermagem, como sublinha Santos et al. (2021), emerge da articulação entre dimensões técnicas, relacionais e organizacionais. Assim, o compromisso com a qualidade implicou a observância rigorosa de protocolos, a utilização correta dos sistemas de informação e a vigilância constante da segurança terapêutica. Esta prática sistematizada e crítica traduziu uma visão ampliada da enfermagem, onde a técnica e a ética se encontram ao serviço da segurança e da humanização dos cuidados.

4.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados constitui uma competência estratégica que permite ao EE articular a dimensão assistencial com a dimensão organizacional, assegurando a continuidade e a integralidade da resposta em saúde. Este domínio requer capacidade de planeamento, coordenação e liderança, orientada para resultados e para o trabalho colaborativo em equipa.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), a gestão dos cuidados implica a otimização de recursos, a supervisão da prática clínica e a promoção de uma cultura de responsabilidade partilhada. Estas competências concretizam-se através da supervisão de tarefas delegadas, da promoção da tomada de decisão clínica baseada na evidência e da adequação do estilo de liderança ao clima organizacional e ao funcionamento da equipa.

Para Alsadaan et al. (2023), o papel de liderança do enfermeiro na equipa envolve a capacidade de motivar, distribuir tarefas com equidade, identificar necessidades formativas dos colegas e gerir os recursos disponíveis de forma eficiente, assegurando a melhor resposta possível às exigências assistenciais. A liderança transformacional, orientada para o envolvimento da equipa e a construção de objetivos comuns, tem demonstrado um impacto positivo na eficácia dos cuidados e na motivação profissional (El-Guindy et al., 2022).

Durante o estágio, foram múltiplas as situações que exigiram a mobilização de competências no domínio da gestão dos cuidados, evidenciando a importância da articulação entre os diferentes níveis e contextos de intervenção. A participação ativa em processos de coordenação de cuidados, em estreita colaboração com a enfermeira tutora e com outros elementos da equipa multiprofissional, constituiu um exercício de liderança colaborativa, orientada para a eficiência, a continuidade e a integralidade da resposta em saúde. Neste contexto, destaca-se a articulação interinstitucional e interprofissional, nomeadamente através da referenciação de utentes para diversos serviços e recursos da comunidade, como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Cantinho da Amamentação, sempre que foram identificadas necessidades de apoio na parentalidade, no aleitamento materno ou na gestão de situações de dependência e convalescença. Estas intervenções traduziram uma compreensão ampliada do cuidado, concebido não apenas como ato clínico, mas como processo coordenado e sustentado numa rede de parcerias formais e informais, que visa garantir a continuidade e a adequação das respostas às necessidades singulares de cada pessoa e família.

Durante o ENP, tive igualmente a oportunidade de acompanhar, ainda que de forma indireta, diversos aspetos relacionados com a gestão da unidade, dado que a minha enfermeira tutora integrava o conselho técnico. Esta proximidade proporcionou uma compreensão mais aprofundada dos processos de planeamento e gestão estratégica em contexto de CSP, nomeadamente no que concerne à organização da agenda de enfermagem, à gestão de convocatórias e ao planeamento de intervenções com base na otimização dos recursos disponíveis.

A observação e a colaboração nestas atividades permitiram-me reconhecer que a gestão eficaz constitui um elemento estruturante da qualidade dos cuidados, influenciando diretamente a acessibilidade, a continuidade e a eficiência das respostas assistenciais. De igual modo, tornou-se evidente que a articulação entre as funções assistenciais e organizacionais é indispensável para o equilíbrio entre a prestação direta

de cuidados e a gestão racional dos recursos humanos, materiais e temporais. Esta experiência contribuiu, assim, para o desenvolvimento de uma visão mais sistémica da prática, sustentada na compreensão de que a gestão estratégica é um instrumento essencial para a sustentabilidade e melhoria contínua dos cuidados.

A UC de Gestão em ESF revelou-se igualmente determinante para a consolidação destas competências, ao fornecer um enquadramento teórico que sustentou a análise crítica da prática observada. A reflexão sobre os modelos de liderança, gestão de equipas e governação clínica estudados no âmbito da unidade curricular permitiu-me interpretar, com maior profundidade, as dinâmicas organizacionais da unidade e compreender como a cultura institucional, as relações de poder e a comunicação influenciam a tomada de decisão e a eficácia do trabalho em equipa.

Deste modo, o domínio da gestão dos cuidados revelou-se transversal a todo o percurso de estágio, expressando-se não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na integração na equipa multiprofissional, na colaboração entre pares e na capacidade de participar ativamente na tomada de decisões que visam a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A experiência formativa contribuiu, assim, para o fortalecimento de uma postura profissional crítica, autónoma e responsável, consolidando a consciência sobre a importância de uma liderança reflexiva, partilhada e adaptativa às exigências clínicas, organizacionais e contextuais da prática de enfermagem especializada.

4.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume um papel central no percurso formativo do EE, uma vez que pressupõe a mobilização contínua de saberes, a reflexão crítica sobre a prática de enfermagem e a capacidade de integrar novos conhecimentos em contextos complexos e em permanente transformação. Trata-se de uma dimensão que reforça o compromisso do profissional com a excelência dos cuidados e com a sua evolução pessoal, ética e profissional.

Conforme estipulado no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), este domínio integra duas competências essenciais: o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e a fundamentação da praxis clínica especializada na evidência científica. O autoconhecimento constitui um alicerce indispensável à prática reflexiva, pois permite

ao enfermeiro reconhecer as suas emoções, limites e potencialidades, promovendo uma atuação mais consciente, autêntica e ética. Este processo contribui igualmente para o reforço de relações terapêuticas eficazes e para a gestão adequada de situações marcadas pela incerteza e pela complexidade. A assertividade, por sua vez, traduz-se na capacidade de comunicar de forma clara, empática e responsável, assegurando o respeito mútuo e a centralidade da pessoa nas decisões do cuidado.

Durante o ENP, estas competências foram aprofundadas através da observação sistemática e da reflexão crítica sobre as próprias ações. Este exercício autorreflexivo permitiu desenvolver uma consciência mais apurada sobre a forma como comunico, escuto e acolho as necessidades dos utentes e das suas famílias, reconhecendo o impacto direto dessas dimensões relacionais na qualidade dos cuidados prestados. A empatia, a escuta ativa e a adaptação à singularidade de cada contexto foram determinantes na construção de vínculos de confiança, potenciando uma intervenção centrada nas transições de vida e nas fragilidades das famílias acompanhadas.

Ao longo deste percurso, compreendi também que o trabalho em equipa é um pilar essencial para a garantia da qualidade dos cuidados. A colaboração entre diferentes profissionais revelou-se determinante para ajustar intervenções, articular respostas e partilhar responsabilidades, sempre em benefício das necessidades reais das famílias. Esta vivência reforçou a consciência de que a partilha de saberes e a complementaridade de funções potenciam práticas mais seguras, humanizadas e eficazes, sustentando uma cultura de corresponsabilidade e melhoria contínua. A autorreflexão sobre estas experiências contribuiu, assim, para o meu crescimento não apenas enquanto enfermeira, mas também enquanto pessoa, consolidando uma postura profissional mais crítica e autêntica.

A segunda competência deste domínio remete para a aplicação prática do conhecimento científico atualizado e válido, elemento estruturante da tomada de decisão clínica e do planeamento de intervenções especializadas. Segundo Frade et al. (2021), a prática baseada na evidência constitui um imperativo das sociedades contemporâneas, ao permitir a melhoria da eficácia e da segurança dos cuidados num contexto de crescente complexidade clínica e de limitação de recursos.

Durante o estágio, esta dimensão revelou-se particularmente significativa, pois possibilitou a transferência efetiva dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do mestrado, sobretudo nas áreas da promoção da saúde, da educação para a saúde e da prática baseada na evidência, para contextos concretos de intervenção. Este

enquadramento formativo sustentou o planeamento de cuidados mais fundamentados, a comunicação mais eficaz com os utentes e as famílias e a capacidade de justificar as opções clínicas tomadas.

Um exemplo paradigmático dessa aplicação ocorreu durante uma consulta de puerpério, em que acompanhei uma mãe no período pós-parto que apresentava dificuldades na amamentação. Apesar de possuir leite em abundância, enfrentava obstáculos na posição e pega correta do bebé. Reconhecendo a relevância da amamentação para a saúde materno-infantil, dediquei cerca de trinta minutos a um ensino individualizado, com orientação prática, suporte emocional e reforço positivo. No final, a mãe conseguiu colocar a bebé à mama de forma autónoma, demonstrando segurança e satisfação. Esta experiência evidenciou o impacto transformador da intervenção do enfermeiro quando esta é sustentada no conhecimento científico, na escuta atenta e na adaptação ao ritmo e necessidades da família.

A transferência da aprendizagem para a prática foi, assim, uma constante ao longo do estágio. A aprendizagem informal decorrente da partilha com colegas, da resolução colaborativa de problemas e da participação ativa nas dinâmicas da unidade revelou-se uma fonte significativa de desenvolvimento profissional. De acordo com Kim et al. (2021), a aprendizagem significativa emerge também das interações quotidianas e das relações estabelecidas em contexto clínico, sendo a autorreflexão um elemento essencial para a consolidação de competências avançadas.

Desta forma, o percurso desenvolvido no âmbito do ENP constituiu uma experiência formativa profundamente enriquecedora, permitindo articular o conhecimento teórico com a prática de enfermagem, exercitar o pensamento crítico, tomar decisões fundamentadas e consolidar a identidade profissional enquanto futura EE. Este processo possibilitou compreender que o desenvolvimento profissional não se esgota na aquisição de novos saberes, mas prolonga-se na forma como estes são aplicados de modo consciente, ético e ajustado às necessidades das pessoas e das famílias, num movimento contínuo de aprendizagem, reflexão e transformação.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O exercício profissional, o EEEEC-ESF, caracteriza-se por uma atuação integrada junto da pessoa, da família e da comunidade, ajustando as intervenções às necessidades singulares de cada contexto e às diferentes fases do ciclo vital. As competências específicas deste enfermeiro não se limitam à consolidação e aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, mas traduzem o desenvolvimento de novas competências avançadas e diferenciadas, adquiridas no âmbito da formação especializada e sustentadas pela prática clínica supervisionada e pela evidência científica (OE, Regulamento n.º 428/2018).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, as competências específicas resultam “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, artigo 3.º, p. 4745). Esta definição sublinha a complexidade do cuidar em contexto familiar, exigindo do profissional uma capacidade analítica e interpretativa que transcende a mera execução técnica, implicando uma leitura contextual e uma tomada de decisão clínica fundamentada em evidência.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESF (OE, Regulamento n.º 367/2015), complementam esta orientação, ao estabelecer critérios de excelência, acessibilidade, continuidade e segurança que balizam o exercício profissional. Nesta perspetiva, o EEEEC-ESF é reconhecido como o profissional de referência no acompanhamento da família como unidade de cuidados, assegurando a sua capacitação face às exigências próprias do desenvolvimento familiar e das transições ao longo do ciclo vital. A sua missão traduz-se na prestação de cuidados dirigidos simultaneamente à família como um todo e aos seus membros individualmente, integrando dimensões de prevenção primária, secundária e terciária, bem como na identificação precoce dos determinantes de saúde e na mobilização de recursos para a promoção da autonomia e da equidade.

Este enquadramento enfatiza o papel do EEEEC-ESF como mediador entre a família, a comunidade e as políticas de saúde, assumindo uma função estratégica na coordenação interprofissional e na construção de respostas integradas em saúde (OE,

2015), atuando como facilitador de processos de mudança, promotor de literacia em saúde e defensor da justiça social, evidenciando um compromisso ético e político com a melhoria das condições de vida e o bem-estar das famílias.

A prática do EEEEC-ESF assenta numa abordagem sistémica, que reconhece a família como um sistema dinâmico e interdependente, cuja estrutura, redes de suporte e contexto sociocultural influenciam diretamente os processos de saúde e doença. Esta perspetiva implica um olhar crítico sobre as desigualdades sociais, os determinantes de saúde e os fatores que condicionam as respostas familiares, exigindo uma intervenção sensível à diversidade cultural e à vulnerabilidade social.

A intervenção em ESF exige, por conseguinte, um conjunto de competências relacionais, éticas e científicas que permitam ao enfermeiro trabalhar com a família e não apenas para a família. Esta distinção, de natureza epistemológica e prática, reflete uma mudança paradigmática no modo de conceber o cuidar: o enfermeiro deixa de ser um prestador exclusivo de cuidados para se tornar num parceiro ativo, que estimula a tomada de decisão partilhada, o desenvolvimento de competências de autocuidado e a autonomia familiar (OE, 2019).

Neste contexto, o estágio clínico assume um papel estruturante na formação do EE, ao constituir-se como um espaço de integração crítica entre a teoria e a prática. É neste cenário que o estudante consolida a sua identidade profissional, experimenta os desafios da prática avançada e desenvolve uma consciência ética e reflexiva sobre o impacto das suas decisões nos processos de saúde familiar e comunitária. O confronto com a complexidade dos contextos reais favorece a internalização das competências específicas e reforça o compromisso com a qualidade, a equidade e a segurança dos cuidados.

Assim, conforme definido no artigo 3.º do Regulamento n.º 428/2018 da OE, o exercício do EEEEC-ESF, estrutura-se em torno de duas competências específicas fundamentais:

- a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. (OE, 2018, artigo 3.º, p. 19355)

Estas competências adquirem sentido na prática quando o enfermeiro é capaz de integrar o conhecimento científico com a experiência humana, reconhecendo a complexidade das relações familiares e a singularidade de cada pessoa. O processo de

aprendizagem e desenvolvimento profissional, vivido ao longo do ENP, permitiu-me compreender que ser EE implica um compromisso contínuo com a reflexão, com a ética e com a excelência do cuidar.

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

A primeira competência específica do EEEC-ESF “Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2018), constitui um eixo central da prática especializada e um dos aspetos mais desafiantes e enriquecedores do meu percurso de estágio. Esta competência traduz-se na capacidade de reconhecer a família como um sistema dinâmico e interdependente, cuja saúde depende do equilíbrio entre as dimensões individuais e coletivas que a compõem. Cuidar da família implica, assim, um olhar holístico, sensível e crítico sobre as suas dinâmicas relacionais, as transições que atravessa e os recursos que mobiliza para enfrentar os desafios inerentes ao ciclo vital.

A evolução dos cuidados de enfermagem, sobretudo no âmbito dos CSP, tem reforçado a importância de uma abordagem que ultrapassa o foco individual para reconhecer a família como unidade central de cuidados. A evidência científica tem demonstrado que a saúde e o bem-estar de cada pessoa estão profundamente interligados com o funcionamento familiar, as dinâmicas relacionais, as redes de suporte e os recursos adaptativos do seu contexto (OE, 2019; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Assim, cuidar na ESF implica compreender as famílias como sistemas vivos, em constante transformação, cujas interações influenciam diretamente os processos de saúde e doença.

A ESF assenta, por isso, numa abordagem sistémica e integrada, sustentada em modelos teóricos que reconhecem a família como um sistema dinâmico, com recursos, desafios e potencialidades próprios. Esta visão obriga a repensar o papel do enfermeiro enquanto agente facilitador, que intervém não apenas sobre o indivíduo, mas no seu contexto relacional, promovendo o equilíbrio familiar e o reforço da autonomia ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2023; OE, 2019).

Assumindo um papel de referência na planificação e prestação de cuidados integrados à família, a intervenção do EEEC-ESF é orientada por competências específicas que incluem a avaliação familiar, o planeamento de intervenções partilhadas,

a gestão de situações complexas e a capacitação dos diferentes membros da família. Esta prática é particularmente relevante em contextos de transição de vida ou de doença, nos quais a família desempenha um papel fundamental no apoio à pessoa (DGS, 2021; Figueiredo, 2023).

Durante o estágio, esta competência foi amplamente desenvolvida em diferentes contextos, nomeadamente nas consultas de enfermagem no âmbito da saúde infantil e juvenil, vigilância da gravidez, saúde sexual e reprodutiva, vigilância do adulto e do idoso. A realização destas consultas permitiu-me compreender a importância de uma avaliação integral, onde o foco não recai apenas sobre a pessoa em observação, mas sobre as interações familiares que moldam os seus comportamentos e determinam a sua capacidade de adaptação. Em cada atendimento, procurei valorizar a escuta ativa, a empatia e o respeito pelas dinâmicas familiares, criando espaço para o diálogo e para a negociação de intervenções ajustadas às necessidades e potencialidades da família.

Assumir esta perspetiva significou também reconhecer a importância da corresponsabilidade no processo de cuidar. O papel do EEEC-ESF é o de facilitador: cria condições para que a família se envolva ativamente na promoção da sua saúde, na prevenção da doença e na gestão das situações de vulnerabilidade. Cada interação representou, para mim, uma oportunidade de melhorar vínculos terapêuticos, esclarecer dúvidas, acolher preocupações e co-construir estratégias de intervenção que respeitassem as especificidades culturais, emocionais e socioeconómicas de cada família.

Um dos momentos que mais consolidou esta competência ocorreu no âmbito das consultas de enfermagem de saúde infantil, dirigidas a crianças com asma. Para além da avaliação clínica e do controlo da condição respiratória, as consultas foram oportunidades para envolver ativamente os cuidadores na correção da técnica inalatória, na identificação de fatores ambientais de risco e na prevenção de crises. Desta experiência resultou a elaboração de um flyer educativo, construído com base na evidência científica, que visou reforçar a literacia em saúde e apoiar a continuidade dos cuidados no domicílio. Este processo permitiu-me compreender, de forma muito concreta, que o cuidar na ESF não se limita ao espaço clínico, estende-se à vida quotidiana das famílias e depende da sua participação ativa.

A prática sustentada em modelos de avaliação familiar, como o MDAIF, foi um dos pilares deste processo de aprendizagem. A literatura (Cardoso et al., 2022) evidencia que a utilização destes modelos contribui para a melhoria da autonomia, da funcionalidade e da coesão familiar, promovendo a resiliência e a capacidade de

adaptação. No ENP, a aplicação do MDAIF permitiu realizar uma leitura mais profunda das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional das famílias acompanhadas, favorecendo diagnósticos mais rigorosos e intervenções mais personalizadas.

Um exemplo particularmente relevante ocorreu durante uma visita domiciliária no âmbito da consulta de enfermagem de saúde do idoso, a uma utente com demência. A observação direta e o diálogo com os familiares revelaram uma sobrecarga evidente do cuidador informal. A continuidade dos contactos e a aplicação progressiva do MDAIF possibilitaram a identificação de necessidades prioritárias e o delineamento de intervenções partilhadas com a família. Posteriormente, foi possível observar melhorias no funcionamento familiar e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que reforçou a percepção de que o envolvimento ativo da família é determinante para a eficácia das intervenções.

Apesar da utilidade comprovada do MDAIF, reconheço as limitações da sua operacionalização no sistema informático SClínico, nomeadamente na integração de ferramentas como o genograma e o ecomapa. Ainda assim, a sua utilização como referencial conceptual mostrou-se indispensável na definição de diagnósticos e estratégias de intervenção adaptadas à singularidade de cada família (Figueiredo, 2020).

A elaboração do Plano de Acompanhamento Interno (Apêndice VII), sobre as doenças respiratórias, bem como a participação em formações interprofissionais em serviço, relacionadas com ostomias de alimentação, consolidaram ainda mais esta competência. Estas experiências permitiram-me compreender que o cuidado à família é sempre um processo colaborativo, que exige articulação entre profissionais e comunicação eficaz com os diferentes níveis de cuidados.

De forma geral, esta competência permitiu-me compreender que cuidar da família é um processo complexo, relacional e ético, que requer presença, reflexão e compromisso. Cuidar não é apenas intervir, mas acompanhar, compreender e empoderar, ajudando cada família a reconhecer o seu potencial para gerir a saúde e enfrentar as transições da vida. Essa percepção consolidou a minha identidade enquanto futura EEEC-ESF, reforçando o sentido de responsabilidade e de pertença a uma prática que se quer humanizada, crítica e transformadora.

4.2.2. Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar

A competência de liderança e a colaboração em processos de intervenção constitui outro dos pilares estruturantes da prática do EEEEC-ESF, conforme definido no artigo 3.º do Regulamento n.º 428/2018 da OE. Esta competência traduz-se na capacidade do EEEEC-ESF assumir um papel ativo na identificação das necessidades em saúde da comunidade, liderar e participar na planificação, implementação e avaliação de intervenções que visam a promoção da saúde e a prevenção da doença, em estreita articulação com as equipas multidisciplinares e os recursos da comunidade (OE, 2018).

O exercício da liderança, neste contexto, não se resume ao comando hierárquico, mas manifesta-se através de uma influência positiva, participativa e transformadora, que promove a corresponsabilidade, a comunicação eficaz e o desenvolvimento de práticas colaborativas no seio das equipas de saúde (Figueiredo, 2023).

Ser líder em ESF implica, acima de tudo, ser agente de mudança, ser alguém capaz de inspirar, facilitar processos e promover o pensamento crítico nas equipas e nas famílias com quem trabalha. A liderança emerge, assim, como uma dimensão relacional e ética, sustentada no compromisso com a qualidade, a equidade e a segurança dos cuidados. Esta abordagem pressupõe a utilização do raciocínio clínico, da reflexão em ação e da tomada de decisão fundamentada, tendo sempre como foco o bem-estar da família e o fortalecimento das suas capacidades para gerir autonomamente os seus processos de saúde e doença (Figueiredo, 2023; OE, 2019).

Ao longo do ENP, esta competência foi sendo desenvolvida e consolidada através de experiências práticas diversificadas, que me permitiram compreender a complexidade inerente à liderança em contextos familiares e comunitários. A participação em programas e intervenções centradas no indivíduo e na família revelou-se uma oportunidade valiosa para exercitar a coordenação, a gestão e a planificação de cuidados. Entre estas experiências, destaco a atualização das listas de utentes com esquemas vacinais desatualizados e a organização de consultas específicas para administração das vacinas da gripe e da COVID-19. Estas ações exigiram não apenas planeamento técnico e logístico, mas também capacidade de mobilizar a equipa, de negociar prioridades e de adaptar estratégias à realidade do serviço, evidenciando a liderança partilhada como elemento fundamental do processo.

A colaboração na implementação do rastreio visual infantil, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, permitiu-me reconhecer a importância da articulação interprofissional e do trabalho em rede, sobretudo quando o foco é a deteção precoce de alterações que podem comprometer o desenvolvimento infantil. No domínio das doenças crónicas, a participação em intervenções centradas na diabetes *Mellitus* e na hipertensão arterial evidenciou a relevância da liderança na educação terapêutica e no reforço do autocuidado, promovendo a literacia em saúde e a prevenção de complicações, como as úlceras do pé diabético e as crises hipertensivas.

A gestão das doenças respiratórias, nomeadamente através da monitorização da asma e da avaliação da técnica inalatória, foi outro exemplo de como a liderança se expressa na prática clínica quotidiana. Estas intervenções exigiram a integração entre determinantes de saúde, educação terapêutica, observação crítica e empatia comunicacional, para garantir a adesão às recomendações e a efetividade dos cuidados. A utilização de ferramentas digitais, como o SClínico, e o recurso à evidência científica disponível reforçaram a importância de uma liderança informada, capaz de aliar o conhecimento técnico ao pensamento crítico e à colaboração interprofissional (OE, 2019; DGS, 2021).

Um dos momentos mais marcantes na consolidação desta competência ocorreu durante o acompanhamento do estudo de caso iniciado no Estágio de Enfermagem Familiar que decorreu no 1.º ano do curso de Mestrado em ECAESF e que também tive a oportunidade de acompanhar ao longo do segundo ENP. A continuidade desse acompanhamento permitiu-me compreender que liderar é também acompanhar processos de mudança ao longo do tempo, ajustando intervenções às novas necessidades que emergem. A inclusão de um novo elemento na família, a cunhada da utente, diagnosticada com uma neoplasia, implicou a reestruturação das dinâmicas familiares e exigiu uma readaptação do plano de cuidados. Este processo revelou a importância da liderança sensível e empática, capaz de conciliar as dimensões técnica e humana da intervenção, respeitando a autonomia e a singularidade de cada família.

A promoção da literacia em saúde foi um eixo transversal a todas as intervenções realizadas. Com famílias cuidadoras de pessoas dependentes, esta dimensão assumiu um papel central, reforçando a autonomia, a autoconfiança e a capacidade de tomada de decisão informada. A evidência científica (Muscat et al., 2020; DGS, 2023) demonstra que níveis elevados de literacia em saúde estão diretamente associados a melhores

resultados clínicos e à utilização adequada dos recursos, o que reforça o impacto do EEEEC-ESF como mediador do conhecimento e promotor da capacitação familiar.

No âmbito da articulação entre níveis de cuidados, a participação nos processos de referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, revelou-se particularmente enriquecedora. Esta experiência evidenciou o papel do EEEEC-ESF como coordenador da continuidade dos cuidados, integrando informação clínica, avaliando o contexto familiar e articulando com diferentes profissionais, médicos e assistentes sociais. O mesmo se verificou na colaboração com recursos comunitários e sociais, como serviços de apoio domiciliário, Unidade de Cuidados na Comunidade, onde a liderança se expressou na capacidade de mobilizar redes e criar sinergias em prol de respostas globais, integradas e humanizadas (OE, 2019; DGS, 2023).

De forma global, este percurso permitiu-me compreender que liderar em ESF é um processo contínuo de aprendizagem e reflexão, em que o EEEEC-ESF assume um papel dinamizador, crítico e ético, orientado para a melhoria contínua dos cuidados e para o fortalecimento da autonomia das famílias e das equipas. A liderança e a colaboração, quando sustentadas na evidência e na escuta ativa, tornam-se instrumentos de transformação, capazes de promover práticas mais humanas, equitativas e sustentáveis, pilares essenciais para a ESF.

4.3. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE A PRÁTICA ESPECIALIZADA

Atendendo à natureza dinâmica e em constante evolução do setor da saúde, torna-se imperativo que o enfermeiro se envolva em processos de aprendizagem contínua que sustentem uma prática clínica atualizada, segura e baseada na evidência. O desenvolvimento profissional contínuo assume, assim, um papel central na Enfermagem, não apenas como requisito institucional, mas sobretudo como responsabilidade ética e compromisso pessoal com a excelência dos cuidados (American Nurse Journal, 2023). Tal como reforça a literatura, o enfermeiro registado procura conhecimentos e competências que reflitam a prática de enfermagem atual e promovam o pensamento futurista (American Nurse Association, 2021).

No ENP, para além do desenvolvimento das atividades que me possibilitaram a aquisição das competências comuns ao EE e das competências específicas do EEEEC-ESF,

envolvi-me ativamente em iniciativas complementares que emergiram da prática e que se revelaram determinantes na consolidação de uma postura reflexiva e crítica, alinhada com o perfil do EEEC-ESF. Neste sentido, participei em diversas iniciativas, tais como:

- **28 e 29 de novembro 2024**

- Participação nas “XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Por uma vida melhor...” no auditório da CESPU – Escola Superior de Saúde de Vale do Ave, em Vila Nova de Famalicão (Apêndice VIII).

- Comunicação oral livre “Visita Domiciliária no Pós-parto – Intervenção do Enfermeiro de Família”, nas “XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Por uma vida melhor...” (Apêndice IX).

- **28 de novembro de 2024**

- Participação no “1º Congresso Internacional em Inovação e Bem-Estar na Saúde”, no Centro Cultural de Paredes, realizado pela CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte (Apêndice X).

- **7 e 8 de fevereiro de 2025**

- Comunicação em forma de poster “A Família Como Unidade de Cuidados: Estudo de Caso”, integrada no “International Congress Family Health (ICFH’25)”, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em regime misto (presencial/virtual) (Apêndice XI).

- Comunicação oral livre “Comunicação Entre Equipas – Um Contributo para a Enfermagem de Saúde Familiar”, integrada no “International Congress Family Health (ICFH’25)”, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual) (Apêndice XII).

- **29, 30 e 31 de maio de 2025**

- Participação no “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”, na Escola Superior de Saúde Santa Maria (Apêndice XIII).

- Participação no “Workshop Cessação tabágica: Intervenção com a Família no “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar” (Apêndice XIV).

- Comunicação oral livre “O Processo de Transição para a Parentalidade – A Intervenção do Enfermeiro de Família”, integrada no “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”, na Escola Superior de Saúde Santa Maria (Apêndice XV).

- Comunicação oral livre “Supervisão Clínica – Um Desafio para a Enfermagem de Saúde Familiar”, integrada no “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”, na Escola Superior de Saúde Santa Maria (Apêndice XVI).

Estas participações configuraram momentos de partilha científica e de reflexão profissional, nos quais foi possível articular a teoria com a prática e contribuir para a disseminação de conhecimento na área da ESF. A comunicação de experiências e resultados em contextos académicos e profissionais promoveu a consolidação da identidade profissional e o reforço das competências comunicacionais, de argumentação e de síntese crítica — competências indispensáveis ao exercício especializado.

A OE reconhece o papel central da formação contínua como instrumento de reforço da capacidade de resposta da profissão às exigências da prática profissional atual. Tal como expresso no Regulamento n.º 656/2021 (OE, 2021)

a área da formação profissional assume uma particular importância no reforço da capacidade de resposta da Enfermagem aos desafios emergentes, e em particular para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator diferenciador e determinante em matéria de empregabilidade, adaptabilidade, de desenvolvimento profissional, mas também de realização pessoal. (pp. 173-191)

Com efeito, o crescimento profissional em Enfermagem requer mais do que a aquisição de novos conhecimentos. Implica também parar, refletir e reinterpretar a experiência, identificando áreas de melhoria e transformando o saber em prática intencional e significativa (American Nurse Journal, 2023). Num sistema de saúde em permanente transformação, o enfermeiro deve manter-se atento, crítico e adaptável, garantindo que os cuidados prestados se mantêm seguros, humanos e centrados nas necessidades das pessoas e das famílias.

A Associação para o Desenvolvimento Profissional de Enfermagem define a aprendizagem contínua como a aquisição contínua de conhecimentos, capacidades e competências profissionais ao longo da carreira (Harper & Maloney, 2022). Este princípio traduz-se, na prática, num compromisso ético com a melhoria contínua e com a responsabilidade social inerente ao exercício da profissão. De facto, o desenvolvimento profissional contínuo constitui não apenas uma exigência técnica, mas também uma expressão de identidade profissional, que sustenta o papel do enfermeiro enquanto agente de mudança e promotor de saúde (Yu et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de estágio reflete o culminar de um percurso de aprendizagem exigente, marcado pela integração de saberes teóricos e práticos, e pelo desenvolvimento progressivo de competências avançadas em ESF. O ENP permitiu não apenas consolidar conhecimentos técnicos e científicos, mas também aprofundar a minha capacidade de reflexão crítica sobre a prática, promovendo uma evolução profissional sustentada e consciente. A experiência vivenciada reforçou a importância de considerar a família como unidade de cuidados, assim como cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital, estabelecendo relações terapêuticas fundamentadas na confiança, na escuta ativa e na co-construção de estratégias de intervenção.

A elaboração deste relatório possibilitou uma análise integrada do percurso do estágio, desde a conceção do projeto até à sua conclusão, permitindo refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas. Esta reflexão evidencia que a aquisição contínua de novos conhecimentos, habilidades e atitudes é indispensável para a prática avançada em ESF, constituindo um processo contínuo de aprendizagem e de transformação das práticas clínicas junto das famílias.

O ENP permitiu alcançar os objetivos delineados, tanto na vertente prática, como na dimensão investigativa, centrada nas vivências das famílias com crianças com diagnóstico de asma. A investigação realizada mostrou que os impactos da doença crónica vão muito além da dimensão clínica, exigindo uma reorganização da vida familiar, reajustes emocionais e a procura ativa de informação clara e acessível. Estas constatações confirmam a pertinência da investigação e reforçam o papel do EEEC-ESF enquanto facilitador do conhecimento, mediador do suporte emocional e promotor da literacia em saúde.

Do ponto de vista científico, a análise das entrevistas revelou lacunas significativas na informação disponibilizada, especialmente quanto ao controlo da doença, às estratégias preventivas e à gestão das crises asmáticas. Observou-se ainda que a incerteza quanto ao futuro e o impacto emocional associado ao diagnóstico geram ansiedade e insegurança parental, afetando diretamente o bem-estar familiar e a capacidade de apoio à criança. Estes resultados sublinham a necessidade de intervenções que integrem a família como unidade de cuidados, promovendo planos individualizados, ações educativas contínuas e estratégias de apoio emocional. Esta abordagem está

alinhada com a literatura recente, que demonstra que famílias bem informadas, envolvidas e apoiadas apresentam maior confiança e eficácia na gestão da doença (GINA, 2024).

O percurso realizado evidenciou, ainda, a importância da investigação científica como instrumento de melhoria contínua da prática profissional, permitindo gerar conhecimento sólido e adaptado à realidade dos cuidados prestados. No contexto da ESF, esta prática investigativa sustenta a consolidação da autonomia profissional, fortalece a identidade do enfermeiro e valoriza a disciplina enquanto ciência aplicada à promoção da saúde familiar (Figueiredo, 2023; Néné & Sequeira, 2022).

Em suma, o estágio proporcionou um espaço privilegiado para o desenvolvimento integral das competências do EEEEC-ESF, combinando a prática clínica com a reflexão crítica e a aplicação da evidência científica. Este percurso formativo permitiu afirmar uma identidade profissional autônoma, responsável e ética, consolidando competências essenciais à prestação de cuidados de excelência à família enquanto unidade e aos seus membros individualmente. Mais do que a conclusão de uma etapa, este relatório representa um ponto de partida para a continuidade do crescimento profissional, orientado pelo compromisso com a prática baseada em evidência, a melhoria contínua e a humanização dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Kindi, Z., McCabe, C., & McCann, M. (2022). *Impact of nurse-led asthma intervention programs on child health outcomes: A scoping review*. The Journal of School Nursing, 38(1), 84–97. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759614/>
- Al-Yateem, N., Docherty, C., Rossiter, R., & Al-Mulla, M. (2020). *The impact of a chronic illness in childhood on the primary caregiver: A systematic review*. International Journal of Nursing Practice, 26(5), e12784.
- Aldirawi, A., Al Rawwad, T., Al-Qudimat, A., Jin, Y., Brooks, A., & Eldeirawi, K. (2024). *The lived experiences of mothers caring for children with uncontrolled asthma: A qualitative study*. SAGE Open Medicine, 12, 1–9. <https://doi.org/10.1177/20503121241290864>
- Ali, H. A. (2023). Quality of life and its relation to pediatric asthma severity. *Egyptian Journal of Bronchology*, 17(1), Article 47. <https://doi.org/10.1186/s43168-023-00222-5>
- Alsadaan, N., Salameh, B., Reshia, F. A. A. E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., Ali, S. A. A., Alruwaili, A. N., Hefnawy, G. R., Alshammari, M. S. S., Alrumayh, A. G. R., Alruwaili, A. O., & Jones, L. K. (2023). *Impact of nurse leaders' behaviors on nursing staff performance: A systematic review of literature*. Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 60, 469580231178528. <https://doi.org/10.1177/00469580231178528>
- Alves, D. P. R. (2020). *O papel do enfermeiro de família na promoção ...* (Relatório de estágio, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <https://repositorio.utad.pt/server/api/core/bitstreams/bdd55248-fb43-48b3-921b-fe4aa25e6198/content>
- American Nurse Journal. (2023). *Continuing nursing education: Why?* <https://www.myamericannurse.com/continuing-nursing-education-why/>
- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4th ed.). American Nurses Association.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 32(1), 19–31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00591.x>
- Batista, A. L. M. G., Cavalcante, M. S., Dias, T. S., Martins, D. H. N., Carvalho, T. A., & Carvalho, C. A. (2025). Asma infantil: diagnóstico precoce e impactos no desenvolvimento das crianças. *A&R International Health Beacon Journal*, 2(3), 193–198. <https://doi.org/10.70779/aribhj.v2i3.295>
- Bica, I., Condeço, L., Cordeiro, M., & Marinho, C. (Coords.). (2024). *Cuidar a criança e família: Desafios atuais de enfermagem pediátrica*. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. https://essv.ipv.pt/wp-content/uploads/sites/10/2024/12/LIVRO-Cuidar-a-Crianca-e-Familia_2024.pdf
- Biscaia, A. R. A., Pereira, C. R. & Fehn, A. C. (2017). *O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. As Oito Edições de 2009 a 2017*. Mar de Palavras - Edições, Lda. 1ª Edição. USF - AN. Portugal.
- Brás, M., Carvalho, A., & Moraes, C. (2024). *Guia orientador/protocolo de estágio: Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (2024/2025)*. IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Yu, X., Huang, Y., & Liu, Y. (2022). Nurses' perceptions of continuing professional development: A qualitative study. *BMC Nursing*, 21, 162. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00940-z>
- Cardoso, A., Silva, R., & Figueiredo, M. H. (2022). *Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem centrados na família: revisão integrativa*. *Revista de Enfermagem Referência*, Série V(8), 123–132.
- Cici, A. M., & Kardaş Özdemir, F. (2024). Examining resilience and burnout in parents of children with chronic disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 75, e176–e183. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.01.011>
- Cigna. (2023). *Impacto del asma en la vida de su hijo*. Recuperado em 20 de maio de 2025, de <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/impacto-del-asma-en-la-vida-de-su-hijo-hw161366>
- Deodato, S. (2022). Ética da investigação em saúde. In C. Sequeira & M. Néné (Eds.), *Investigação em enfermagem: Teoria e prática* (pp. 97–106). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto*. Ministério da Saúde. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-CH-41-01-GUIDELINE-2018-prt-asma.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Relatório de monitorização 2023*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2023/plano-nacional-de-saude-2021-2030-relatorio-de-monitorizacao-2023-pdf.aspx>
- Ekim, A., Ocakci, A. F. (2015). Efficacy of a transition theory-based discharge planning program for childhood asthma management. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(2), 70–78. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12077>
- El-Guindy, H. A., Morsy El-Shahate, M., Abd, N. A., & Mohamed, A. (2022). Effectiveness of educational program on nurses' knowledge and performance regarding shift change handoff and its effect on continuity of patient care. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 3(1), 1–16. Recuperado de https://journals.ekb.eg/article_247072_5355bbdb3e058f8c6b6976e0ddf736ac.pdf
- Fawcett, T., Rhynas, S. J., & Milne, J. (2019). Experiences of parents and carers in managing asthma in children: A qualitative systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(5), 790–858. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-004019>
- Fernandes, V. (2025). *Manual de Acolhimento: Aluno/Novo Profissional* (Rev. 2025 por M. Pinto & S. Alves; aprovado pelo Conselho Geral em 11 de fevereiro de 2025). USF Longara Vida.
- Ferreira-Magalhães, M., Azevedo, I., Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., & Fonseca, J. (2017). Cost of asthma in children: A nationwide, population-based, cost-of-illness study. *Pediatric Allergy and Immunology*, 28(7), 683–691. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28815837>
- Ferreira, M. M. H. P., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., Marques, A. F. P., Lopes, A. R. R., Moreira, A. R. de Sá, Campos dos Santos, M., Vioque Lopes, M., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2021). *Enfermagem familiar em cuidados de saúde*

- primários: percepção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. Pensar Enfermagem*, 25(2), 77-90. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.187>
- Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Sabooks Editora.
- Figueiredo, M. H. P. (2023). *Enfermagem de saúde familiar – Promoção dos processos adaptativos da família* (2.^a ed.). Lisboa: LIDEL.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação científica* (2^a ed.). Loures: Lusociência.
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2020). *Observação Nacional das Doenças Respiratórias*. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
- Gerrish, K., & Lathlean, J. (2016). *The research process in nursing* (7th ed.). Wiley-Blackwell.
- Gijzen, C. E. W., van Rossem, C., Muris, J. W. M., van Horck, M. W. P., & Dompeling, E. (2024). *Improving asthma care in children: Revealing needs and bottlenecks through in-depth interviews*. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 34(1). <https://doi.org/10.1038/s41533-024-00406-6>
- Global Initiative for Asthma. (2024). *Global strategy for asthma management and prevention* (2024 update). https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf
- Goddard, B. M. M., Hutton, A., Guilhermino, M., & McDonald, V. M. (2022). Parents' decision making during their child's asthma attack: A qualitative systematic review. *Journal of Asthma and Allergy*, 15, 1021–1033. <https://doi.org/10.2147/JAA.S341434>
- Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias. (2022). *Guia prático de gestão da asma. GRESP*. <https://gresp.pt/ficheiros/recursos/guias-praticos/guia-pratico-de-gestao-da-asma.pdf>
- Han, Y.-Y., Gutwein, A., Apter, A., & Celedón, J. C. (2024). Health literacy and asthma: An update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 153(5), 1241–1251. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2023.12.007>
- Harper, M. G., & Maloney, P. L. (Eds.). (2022). *Nursing professional development: Scope and standards of practice* (4th ed.). Association for Nursing Professional Development.

- Huang, Y., Pan, Y., Chen, M., Jiang, H., Ren, L., Wang, Y., Zhang, L., & Dong, C. (2022). *The resilient process of the family after diagnosis of childhood chronic illness: A qualitative meta-synthesis*. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, e180–e190. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.07.017>
- Im, D., Pyo, J., Lee, H., Jung, H., & Ock, M. (2023). Qualitative research in healthcare: Data analysis. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 56(2), 100–110. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.471>
- INAsma. (2022). *Inquérito Nacional sobre Asma*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. <https://www.sppneumologia.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021a). *Censos 2021 – Resultados provisórios*. <https://censos.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021b). *Estatísticas demográficas – Região Norte*. <https://www.ine.pt>
- Jia, Y., Li, L., Zhang, W., Zhang, Y., & Lin, Y. (2023). *Parenting style and child asthma control in families of school-age children with asthma: The mediating effects of children's general self-efficacy and medication adherence*. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, e293–e301. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.025>
- Klain, A., Tosca, M. A., Olcese, R., Cirillo, G., Motta, A., Paravati, F., Maiello, N., D'Auria, E., & Licari, A. (2024). *The prevention of house dust mite allergies in pediatric asthma*. *Children*, 11(4), 469. <https://doi.org/10.3390/children11040469>
- Lange, D., Joseph, S., Ramsden, R., & Tudor, K. (2024). 'Will anybody listen?' Parents' views on childhood asthma support. *BJGP Open*, 8(4). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0070>
- Le Pham, D., Le, K.-M., Truong, D. D. K., Le, H. T. T., & Trinh, T. H. K. (2023). Environmental allergen reduction in asthma management: An overview. *Frontiers in Allergy*, 4, 1229238. <https://doi.org/10.3389/falgy.2023.1229238>
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde (versão consolidada). Diário da República Eletrónico. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475>
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde (versão consolidada). Diário da República Eletrónico. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475>

- Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Cria o Serviço Nacional de Saúde. Diário da República Eletrónico. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1979-75079849-75086626>
- Liu, Y., Wang, Y., Hu, C., & Gong, Y. (2022). Effect of asthma education on health outcomes in children: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2910. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2021-323496>
- Lizano-Barrantes, C., Garin, O., Mayoral, K., Dima, A. L., Pont, A., Caballero-Rabasco, M. A., Praena-Crespo, M., Valdesoiro-Navarrete, L., Guerra, M. T., Bercedo-Sanz, A., & Ferrer, M. (2024). *Impact of treatment adherence and inhalation technique on asthma outcomes of pediatric patients: a longitudinal study*. *Frontiers in Pharmacology*, 15, Article 1340255. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1340255>
- Lopes, A. D. S., Paixão, T. V. A., Santos, C. T. O., Freire, L. S. F., Rego, M. C., Paula, A. P. R. L., Vieira, A. C. S., & Lúcio, I. M. L. (2021). Vivência com a doença crônica na infância: Percepção da família. *Enfermagem em Foco*, 12(6), 1119–1124. https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-12-06-1119/2357-707X-enfoco-12-06-1119.pdf
- Loura, D., Ferreira, A. M., Romeiro, J., & Charepe, Z. (2024). Health-illness transition processes in children with complex chronic conditions and their parents: A scoping review. *BMC Pediatrics*, 24(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04919-4>
- Lu, M. A., McQuaid, E. L., Everhart, R. S., Kopel, S. J., & Koinis-Mitchell, D. (2023). Asthma routinization, family asthma management, caregiver depressive symptoms, and medication adherence in Head Start preschool children. *Frontiers in Allergy*, 4, 1219868. <https://doi.org/10.3389/falgy.2023.1219868>
- Mark, L., Mellqvist, V., Michelsen, J., Imberg, H., Björkman, K., Johansson, N., & Svedberg, M. (2025). Gender equality in caregiver attendance for children with chronic diseases: A Swedish longitudinal observational study. *BMJ Public Health*, 3(1), e001584. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001584>
- Meleis, A. I. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: Guia de decisão clínica* (1ª ed.). Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Melo, P. F. M. (2022). *Promoção da saúde na criança com doença crónica: Intervenções de enfermagem na gestão da asma* (Relatório de estágio de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7243/1/PatriciaFernandesMachadoMelo_RM.pdf
- Mestre, T. D., Valente Caldeira, E., & Lopes, M. J. (2024). *Family self-care in chronic disease management: An evolving care pattern?* SAGE Open Nursing, 10(3). <https://doi.org/10.1177/23779608231226069>
- Morales Ruíz, M. d. P., Fernández-Medina, I. M., Alias-Castillo, A. J., Ventura-Miranda, M. I., Jiménez-Lasserrotte, M. d. M., & Ruíz-Fernández, M. D. (2025). *The management of children with chronic health problems at school from the perspective of parents*. Nursing Reports, 15(2), 57. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020057>
- Morawska, A., Mitchell, A. E., Mihelic, M. (2020). A systematic review of parenting interventions for child chronic health conditions. *Journal of Child Health Care*, 24(4), 603–628. <https://doi.org/10.1177/1367493519882850>
- Muscat, D. M., Song, W., Cvejic, E., Ting, J. H. C., Medlin, J., & Nutbeam, D. (2020). The impact of the Chronic Disease Self-Management Program on health literacy: A pre-post study using a multi-dimensional health literacy instrument. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 58. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010058>
- Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: What it is, and what it is not* (Commemorative ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott. (Original publicado em 1859)
- OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Oparanma, C. O., Ogbu, C. E., Ezech, E., Ogbu, S. C., Ujah, O. I., & Kirby, R. S. (2023). Caregivers' self-rated general health, physical and mental health status, disease

- morbidity and association with uncontrolled asthma in children. *Pediatric Reports*, 15(2), 272–281. <https://doi.org/10.3390/pediatric15020023>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, 29 de junho). *Regulamento n.º 367/2015*. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 124. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico dos enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 367/2015 - Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 173. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padrees_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSau deFamiliar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEES audeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. *Diário da República*, n.º 135/2018, Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 28. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2025). *Regulamento de Certificação Individual de Competências da Ordem dos Enfermeiros* (Regulamento n.º

- 339/2025). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37751/regulamento-de-certifica%C3%A7%C3%A3o-individual-de-compet%C3%A2ncias-da-ordem-dos-enfermeiros.pdf> Diário da República+2 Ordem dos Enfermeiros+2 Diário da República+2
- Organização Mundial da Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata: Cuidados de Saúde Primários. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Genebra: OMS. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/53166/WH-1987-May-p16-17-eng.pdf?sequence=1>
- Pande, V., Singh, A., Gupta, V., & Sharma, M. (2024). *Barriers to inhaler adherence in asthmatic children and familial factors: A prospective study*. Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth, 17(6), 895–901. https://doi.org/10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu_949_23
- Pereira, A. F., Escola, J. J. J., Rodrigues, V. M. C. P., & Almeida, C. M. T. (2022). Nurse's evaluation on health education in Portuguese pediatric hospitals and primary care for children/teenagers and parents. *Children*, 9(4), 486. <https://doi.org/10.3390/children9040486>
- Pinquart, M. (2018). Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition - A meta-analysis. *Stress and Health*, 34(2), 197–207. <https://doi.org/10.1002/smi.2780>
- Pinto, A. M. S. (2017). *Fragmentos de medicina medieval em Portugal: Frei Gil de Santarém e o Códice Eborensis CXXI/2-19* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/28720>
- Pinto, M. G., Santos, V. G., Guimarães, J. A., Gesteira, E. C., Duarte, E. D., & Braga, P. P. (2023). Family management styles of chronic childhood conditions: The caregivers' perspectives. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22100. <https://doi.org/10.12707/RVI22100>
- Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N., & Príncipe, F. M. B. F. (2023). Competências de liderança do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), e20220721. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721>

- Polo, M. J. F., Mocheuti, K. N., Lima, L. P. S., Finger, A. F. A., Guimarães, M. K. O. R., Ferreira, G. E., & Ribeiro, M. R. R. (2024). Desenvolvimento da competência clínica na formação do enfermeiro em estágios curriculares supervisionados. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(7), e4794. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-060>
- Portugal. (1971, 27 de setembro). *Decreto-Lei n.º 413/71. Estabelece a política de saúde pública e atribui ao Estado a responsabilidade pela promoção da saúde*. Diário da República Eletrónico. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>
- Portugal. (2006, 16 de fevereiro). *Despacho Normativo n.º 9/2006. Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar*. Diário da República n.º 34/2006, Série I-B.
- Portugal. (2008, 22 de fevereiro). *Decreto-Lei n.º 28/2008*. Diário da República n.º 39/2008, Série I. Ministério da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Portugal. (2022, 4 de agosto). *Decreto-Lei n.º 52/2022. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República n.º 150/2022, Série I. Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Portugal. (2023, 7 de novembro). *Decreto-Lei n.º 102/2023. Cria as Unidades Locais de Saúde e estabelece o seu regime jurídico*. Diário da República n.º 216/2023, Série I. Ministério da Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Portugal. (2023, 7 de novembro). *Decreto-Lei n.º 103/2023*. Diário da República n.º 216/2023, Série I. Ministério da Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Ramos, A. L., & Barbieri, M. C. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, A. F. R. (2016). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na criança/família com doença respiratória crónica* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Roddy, Á. (2022). *Income and conversion handicaps: Estimating the impact of child chronic illness/disability on family income and the extra cost of child chronic illness/child disability in Ireland using a standard of living approach*. *European*

Journal of Health Economics, 23(3), 467-483. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01371-4>

- Roncada, C., Medeiros, T. M., Strassburger, M. J., Strassburger, S. Z., & Pitrez, P. M. (2020). Comparison between the health-related quality of life of children/adolescents with asthma and that of their caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 46(3), e20190095. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20190095>
- Santos, L. C. (2021). *Questões norteadoras ou questões orientadoras na pesquisa científica*. Recuperado de https://www.lcsantos.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/54_QUESTOES_NORTEADORAS.pdf
- Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Searle, A., Jago, R., Henderson, J., & Turner, K. M. (2017). Children's, parents' and health professionals' views on the management of childhood asthma: A qualitative study. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 27, 53. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0053-7>
- Sequeira, C., & Néné, M. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel – Edições Técnicas.
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: USF Longara Vida. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/812/10034/1131073/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde (2025). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: USF MRS. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/916/10033/1031671/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). Contratualização IDG UF. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/ide/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *História do SNS*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2024, 1 de janeiro). *Arranca nova fase da organização do SNS*. SNS. Acedido a 20 de janeiro de 2025, em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/01/01/arranca-nova-fase-da-organizacao-do-sns/>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F.A. Davis Company.

- Silva, A. M. (2018). *Adolescentes com asma e funcionalidade familiar* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/82361>
- Silva, L. T. (2021). Intervenção familiar em enfermagem com base no Modelo de Dinâmica Adaptativa da Unidade Familiar (MDAIF). *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1–12.
- Silva, M. J., Pereira, F., & Costa, P. (2021). Clinical placements in health education: Contributions to professional development. *Nurse Education Today*, 98, 104719. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104719>
- Silva, S. S. R. da. (2015). *A vivência da família que tem uma criança com asma: O contributo do enfermeiro de família* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/entities/publication/2c96b7de-0c69-4a85-835b-c7ecb16ece6e>
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2022). *Dia Mundial da Asma: SPP alerta para a importância do controlo da asma junto da população mais jovem*. <https://www.sppneumologia.pt/noticias/dia-mundial-da-asma-spp-alerta-para-a-importancia-do-controlo-da-asma-junto-da-populacao-mais-jovem>
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2024). *Dia Mundial da Asma: 68% dos doentes não têm a asma controlada, o que representa um grande desafio para os médicos*. <https://www.sppneumologia.pt/noticias/dia-mundial-da-asma68-dos-doentes-nao-tem-a-asma-controlada-o-que-representa-um-grande-desafio-para-os-medicos>
- Souto, M. L. S., Silva, A. S., & Silva, J. R. (2022). *Asma infantil e dificuldades escolares: percepção de familiares*. *Revista Cuidarte*, 13(1), e2726.
- Souza, J. E. V., Viana, E. R., Cruz, D. P., Silva, C. S., Rosa, R. S., & Siqueira, L. R. (2022). Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), e20210106. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>
- Stein, S. W., Thiel, C. G., & Burgess, D. R. (2017). The history of therapeutic aerosols: A chronological review. *Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery*, 30(1), 20–41. <https://doi.org/10.1089/jamp.2016.1297>

- Sterner, A., Ramstrand, N., Palmér, L., & Hagiwara, M. A. (2021). A study of factors that predict novice nurses' perceived ability to provide care in acute situations. *Nursing Open*, 8(4), 1958–1969. <https://doi.org/10.1002/nop2.871>
- Stevens, E. K., Aziz, S., Wuensch, K. L., & Walcott, C. (2024). *Caregivers of children with special healthcare needs: A quantitative examination of work–family culture, caregiver burden, and work–life balance*. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02822-1>
- Tang, J., Liao, Y., Zhang, L., & Chen, Y. (2024). *Preschool children's asthma medication: Parental knowledge, attitudes, practices, and adherence*. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1292308. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1292308>
- Telles Filho, P. d'A. (2025). História da asma. *Asma Brônquica*. Recuperado em 09 de setembro de 2025. https://www.asmabronquica.com.br/medical/historia_da_asma.html
- Tomini, F., Tomini, S. M., Tomini, F., & Krauth, C. (2025). *Quality of life of primary caregivers by severity and control of children's asthma: A systematic review and meta-analysis*. *Quality of Life Research*, 34(2), 275–291. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-04042-6>
- Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa. (2024). *Estrutura funcional institucional*. <https://www.chts.min-saude.pt>
- Universidade do Porto. (2017, dezembro 5). *Estudo do CINTESIS revela que controlo da asma pouparia 184 milhões de euros*. Notícias UP. <https://noticias.up.pt/2017/12/05/estudo-cintesis-revela-que-controlo-da-asma-pouparia-184-milhoes-de-euros/>
- Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., Schoeps, K., Postigo-Zegarra, S., & Pérez-Marín, M. (2022). Perceived stress in the primary caregivers of adolescents with asthma: A cross-sectional study. *Children*, 9(11), 1614. <https://doi.org/10.3390/children9111614>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.
- World Health Organization. (2024, May 6). *Asthma*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
- World Health Organization. (n.d.). *Primary health care*. In *Fact sheets*. World Health Organization. Retrieved September 20, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

- Wu, P., Zhang, J., & Hu, Y. (2025). Understanding caregiver burden in severe pediatric asthma: A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 865–876. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S505739>
- Yang, F., Zhou, J., Xiao, H., Wu, X., Cui, Y., Huang, H., Zheng, S., & Li, H. (2024). Caregiver burden among parents of school-age children with asthma: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1368519. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1368519>
- Zheng, P., Chen, W., Zhao, Y., Zhang, X., Liu, J., & Luo, J. (2023). Efficacy and safety of subcutaneous immunotherapy in asthmatic children allergic to house dust mite: A meta-analysis and systematic review. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1137478. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1137478>

ANEXOS

ANEXO I: AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSTS

Exmo. (a) Senhor(a)

Enfª Susana Natalina Coelho Ferreira

su_ferreira_23@hotmail.com

N/ Comunicação nº: 68/2024	V/ Referência:	Data: 07/02/2025
----------------------------	----------------	------------------

Assunto: **“Vivências das famílias com crianças com diagnóstico de asma: um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar”**

Exma Senhora Enfª Susana Natalina Coelho Ferreira,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo **“Vivências das famílias com crianças com diagnóstico de asma: um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar”**.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 02/01/2025 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), **o relatório final, sendo este de carácter obrigatório**.

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,



ANEXO II: AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA USF

Exma. Sr^a.

Dr.^a [redacted]

Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar [redacted]

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, na Unidade de Saúde Familiar [redacted].

Eu, Susana Natalina Coelho Ferreira, a frequentar o II Curso de Mestrado em enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretendo realizar um estudo de investigação intitulado “Vivências das famílias com crianças com asma: um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar”, sob orientação da professora Doutora Catarina Alves e da professora Doutora Cândida Cracel. Este estudo tem como finalidade contribuir para que o enfermeiro especialista em saúde familiar seja um recurso de apoio às famílias da criança com diagnóstico de asma, de forma a minimizar situações de agudização da doença e ainda de marginalização da criança.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de entrevista semiestruturada no período de novembro de 2024 e janeiro de 2025. Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar [redacted].

A população prevista para a realização deste estudo será constituída pelas famílias com crianças com diagnóstico de asma inscritas na lista da Unidade de Saúde Familiar [redacted].

Assegura-se que só serão incluídas as pessoas que se disponibilizam a participar no estudo, após consentimento informado livre e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, lodo que os solicite.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado,

Atenciosamente,

A Investigadora Principal,

Susana Natalina Coelho Ferreira

(Susana Natalina Coelho Ferreira)

Calendário, 2024

Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar [redacted]

APÊNDICES

APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Código: P _____

Estudo de Investigação: Vivências das Famílias com Crianças com Asma: Um Desafio à Enfermagem de Saúde Familiar.

Questionário Sociodemográfico: A aplicar a famílias com crianças com asma

Idade: _____ (Anos)

Sexo: ☐ Feminino; ☐ Masculino; ☐ Outro; Qual: _____

Estado Civil: ☐ Solteiro(a); ☐ Casado(a); ☐ Divorciado (a); ☐ Viúvo (a);

Nível de Escolaridade: ☐ Analfabeto; ☐ Ensino básico; ☐ Ensino Secundário;

☐ Licenciatura; ☐ Mestrado; ☐ Doutoramento;

Composição do agregado familiar:

Antecedentes pessoais:

Há quanto tempo o seu filho foi diagnosticado com asma?

APÊNDICE II: GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião de entrevista semiestruturada com pais de crianças com asma

Estudo de Investigação: Vivências das Famílias com Crianças com Asma: Um Desafio à Enfermagem de Saúde Familiar.

Tema: Processo de Cuidados de Saúde com pais de crianças com asma em contexto de Cuidados de Saúde Primários

Objetivo geral do estudo: Conhecer as vivências das famílias no âmbito do cuidado à criança com asma.

BLOCO	OBJETIVOS
A – Legitimação da Entrevista	• Apresentação do estudo e finalidade da entrevista; • Garantia de confidencialidade, anonimato e voluntariedade. • Pedido de consentimento para participação e gravação áudio da entrevista. • Esclarecimento sobre a duração e funcionamento da entrevista.
B – Questões abertas - Poderia falar-nos das suas vivências enquanto família de uma criança com asma - Existe algo mais que gostaria de partilhar sobre as suas vivências com o diagnóstico de asma da sua criança que não foi abordado nas questões anteriores? - Relativamente à patologia: - O que sabe acerca da asma? - Através de quem/ Onde obteve informações sobre a doença? - Com que frequência o vosso filho tem crises de asma? - Quais as práticas ou medidas específicas que adota para controlar as crises de asma da sua criança? - Existem atividades ou ambientes que evita para prevenir crises de asma na sua criança? - Quando a sua criança apresenta uma crise de asma, a quem recorre, frequentemente?	• Caracterizar o quotidiano da família no cuidado à criança com asma; • Identificar os conhecimentos e práticas da família no cuidado da criança com asma;

- Desses cuidados recebidos, quais os aspetos que mais valoriza? - - Quando não recorre a ajuda? E o porquê que não recorreu? - Quais são os desafios mais significativos que enfrentou no cuidado diário à sua criança? E como esses desafios afetam a vida quotidiana da sua família e como é que esses desafios afetam a dinâmica e a organização da sua família? - Quais os aspetos que a/o marca pela positiva, relativamente ao atendimento que a sua criança recebe no centro de saúde? - Pode falar-nos de uma situação significativa (positiva ou negativa) com o enfermeiro de família? Porque foi significativa para si e/ou para a sua família? - Quais os aspetos que lhe parecem que poderiam ser melhorados? - Quais os aspetos que considera que o Enfermeiro de família deveria melhorar no suporte que presta às famílias com criança com asma?	• Caracterizar os aspetos significativos vivenciados pela família no cuidado da criança com asma; • Identificar os contributos que as famílias consideram facilitadores no cuidado da criança com asma.
C – Finalização da entrevista	• Agradecimento pela participação; • Síntese do que foi partilhado; • Confirmar se deseja acrescentar algo antes de terminar a entrevista.

APÊNDICE III: MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM
ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO –
GERAL DA SAÚDE**

(DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Vivências das famílias com crianças com asma: um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar”.

Enquadramento: O estudo de investigação supracitado será desenvolvido por Susana Natalina Coelho Ferreira, com o n.º da ordem dos enfermeiros 75846, enfermeira a exercer funções na Unidade Local de saúde do Alto Ave – Hospital de Guimarães e simultaneamente a frequentar a Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional. Assim, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, 2º ano, Estágio de Natureza Profissional, surgiu a realização de um estudo em que a área de intervenção fulcral da Enfermagem de Saúde Familiar será a criança com diagnóstico de asma. O presente estudo de investigação será realizado na Unidade de Saúde Familiar I [REDACTED], que pertence à Unidade de local de Saúde do Tâmega e Sousa, sob orientação da Professora Doutora Catarina Alves e da Professora Doutora Cândida Cracel e pela Enfermeira Especialista Sofia Alves.

Explicação do estudo: A asma é uma patologia crónica e heterogénea, provocada por inflamação das vias aéreas, e é das doenças respiratórias crónicas mais comuns em todo o mundo (Costa, 2020). A criança é particularmente vulnerável ao desenvolvimento de doenças respiratórias, devido à existência de diversos fatores que facilitam essa mesma evolução, tais como as suas características anatómicas que apresenta e ainda as suas particularidades fisiológicas e imunológicas (Ribeiro, 2016).

Este estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das práticas de cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar direcionadas a famílias de crianças com asma, a partir da análise das vivências parentais, de modo a sustentar intervenções mais centradas na família, contextualizadas e baseadas em evidência

Para a recolha de dados, será realizada uma entrevista semiestruturada às famílias com crianças com diagnóstico de asma. Pretende-se que o projeto seja desenvolvido no período de seis meses. Os dados recolhidos serão destruídos num período máximo de seis meses após conclusão do estudo.

Condições e financiamento: Importa reforçar que não haverá pagamento de deslocações ou contrapartidas. A participação no estudo é de carácter voluntário e ausente de prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar ou queira abandonar o estudo em qualquer momento.

Este estudo, após ter sido submetido para análise, mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULS Tâmega e Sousa.

Confidencialidade e anonimato: Em todas as fases do estudo serão garantidos o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos que serão apenas usados para efeitos do presente estudo. Nenhuma informação que possa identificar os participantes será incluída em relatórios ou publicação resultantes do estudo.

Agradeço desde já a sua participação neste estudo.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento pode contactar:

su_ferreira_23@hotmail.com

Assinatura/s:
.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

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

Nome:

Assinatura: Data:
/..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD N°: DATA ou VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE IV: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DA ULSTS

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA	IMPRESSO	Código: SEFI.CI.005.01 Data Elaboração: 23/08/2023 Revisão: 01
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL SEFI - Centro de Investigação da ULSTS		

Utilize os modelos que forem aplicáveis ao Estudo de Investigação em causa, acrescentando a informação que considerar pertinente.

Projeto de Investigação (título)

Vivências das famílias com crianças com diagnóstico de asma: um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar.

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E

Susana Natalina Coelho Ferreira, portadora do Cartão de Cidadão n.º 13594383, licenciada em Enfermagem, residente em Ladeira de Vila Nova n.º104, São Paio de Vizela, atualmente a exercer funções de Enfermeira, na Unidade Local de Saúde do Alto Ave Hospital, no serviço de Gastroenterologia da Unidade de Endoscopia Digestiva, com cédula profissional n.º 75846, contactável pelo Telemóvel n.º 916390850, e/ou endereço eletrónico su_ferreira_23@hotmail.com, na qualidade de Investigadora Principal, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar na vossa Unidade Local de Saúde, o Projeto de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data
16/10/2024

Assinatura
Susana Natalina Coelho Ferreira

APÊNDICE V: FLYER INFORMATIVO INTITULADO “ASMA INFANTIL: CONHECER É
CUIDAR”

CUIDADOS COM A CÂMARA EXPANSORA

- Desmontar todas as peças da câmara expansora
- Colocar as peças dentro de um recipiente com água morna, com algumas gotas de detergente da loiça
- Deixar de molho durante 15 minutos
- Passar as peças por água corrente, limpa
- Deixar secar as peças ao ar livre, na posição vertical (não usar panos ou papel para secar)
- Voltar a montar a câmara expansora, após estar totalmente seca



Após usar inalador com corticoide a criança deve sempre lavar os dentes

A câmara expansora deve ser lavada pelos menos 1 vez por semana, ou sempre que estiver suja;

A máscara facial deve ser limpa diariamente, após utilização.

MITOS E VERDADES SOBRE A ASMA

- ✗ As bombinhas viciam
- ✓ As bombinhas não causam dependência
- ✗ A asma passa com a idade
- ✓ A asma é uma doença crónica que pode melhorar, mas não desaparece
- ✗ Quem tem asma não pode praticar desporto
- ✓ Com tratamento adequado, a criança pode praticar atividade física normal
- ✗ Só devemos usar inaladores nas crises
- ✓ O uso correto previne as crises e melhora a qualidade de vida

Em caso de dúvidas fale com o seu médico ou enfermeiro de família

Contactos:

•Email: u...@saude.pt

•Telefone: +351 255 341 960

•Localidade: F... Felgueiras, Por...

Fontes:

•Global Initiative for Asthma (GINA) – Relatório 2024
•Direção-Geral da Saúde (DGS) – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
•Sociedade Portuguesa de Pneumologia



Asma Infantil: CONHECER É CUIDAR



Aos pais/cuidadores e crianças

O QUE É A ASMA?

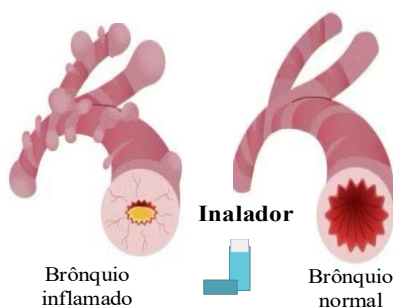
A asma é uma doença crónica das vias respiratórias, causada por inflamação, que pode dificultar a respiração. Apesar de não ter cura, pode ser bem controlada com um tratamento adequado, permitindo uma vida ativa e saudável.

Global Initiative for Asthma (Gina, 2024)

CÂMARA EXPANSORA

A câmara expansora funciona como um complemento do inalador pressurizado, que ajuda a levar o medicamento de forma eficaz até às vias respiratórias.

O sucesso do tratamento depende do uso adequado da câmara expansora!



SINAIS DE ALERTA



COMO UTILIZAR

- Verifique o inalador**
Se for a primeira utilização ou caso não o tenha usado nos últimos 5 dias ou mais, deve:
- retirar a tampa; agitar bem e libertar duas doses para o ar, de forma a garantir que está a funcionar adequadamente.
- Procure um local calmo e sente a criança ao colo**
- Agite novamente o inalador, durante 5 segundos;**
- Adapte o inalador à câmara expansora, na posição L**
- Coloque a máscara suavemente no rosto da criança, cobrindo a boca e o nariz**
- Pressione o inalador e liberte uma dose do medicamento**
- Deixe a criança respirar lentamente até 10 vezes, mantendo a máscara sempre bem adaptada**
- Repita os passos as vezes necessárias, de acordo com prescrição médica**
- Coloque novamente a tampa e guarde o inalador em local próprio, seco e limpo, protegido de pó e humidade.**

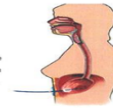


APÊNDICE VI: SESSÃO EDUCATIVA EM CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA: “CUIDADOS À
PESSOA PORTADORA DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA E BOTÃO DE
GASTROSTOMIA”



Objetivo

- Obtenção e aperfeiçoamento de competências nos cuidados à pessoa portadora de PEG e Botão de gastrostomia.



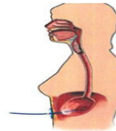
Sumário

I Parte

- Indicações e contraindicações para colocação de PEG
- Processo de referenciação para colocação de PEG
- Recomendações pré-exame e pós-procedimento
- Cuidados de manutenção à PEG e Botão de gastrostomia
- Sinais de alarme e complicações – conselhos de atuação
- Seguimento da pessoa portadora de PEG/botão de gastrostomia
- Referências Bibliográficas

II Parte

- Hands-On – dispositivos de PEG/botão de gastrostomia



Gastrostomia "é a abertura artificial que faz comunicar o estômago com a parede abdominal, tendo por objetivo a criação de uma **fístula artificial-gastro-cutânea**, onde é colocada uma sonda dentro da cavidade gástrica [...] objetivo de **permitir o aporte nutricional por via entérica**."

"... com caráter temporário ou definitivo, deve ser efetuada através das vias de cirurgia aberta, laparoscópica ou por **via percutânea** (através de **endoscopia** ou com apoio radiológico)."

"... a ostomia de alimentação **deve ser realizada em ambiente hospitalar** (...) em **regime ambulatorial ou de internamento**, tendo em conta a avaliação prévia da pessoa, a realização do procedimento e intercorrências."

DGS, Norma nº 514/2018 de 28/10/2018, atualizada a 03/03/2017



PEG Percutaneous endoscopic gastrostomy



Contraindicações

- Hemorragia gastrointestinal recente
- Instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

Fatores de risco que devemos ter em consideração

- Presença de ascite e derivações ventrículo-peritoneais.
- Devem ser seguidas as orientações específicas para o uso de antiagregantes plaquetários e/ou anticoagulantes, visto que é um procedimento de alto risco hemorrágico.

(DGS, 2017; ESGE, 2021)



As ostomias de alimentação não parecem beneficiar:

- Pessoas portadoras de demência avançada
- Pessoas numa fase precoce após AVC (<30 dias)
- Pessoas com expectativa de vida inferior a 30 dias

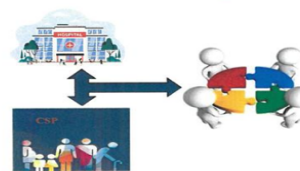
(DGS, 2017; ESGE, 2021)

Indicações

- Doenças agudas e/ou crônicas que resultam em estado catabólico, em que a ingestão oral se torna insuficiente.
- Obstrução crônica do intestino delgado com necessidade de gastrostomia descompressiva.
- Deve ser considerada em doenças neurológicas (ELA), AVC e TCE, pessoas com tumores da cabeça, pescoço e esófago, com disfagia secundária a obstrução ou mucosite resultante de terapêuticas com RT/OT.
- Em pessoas com expectativa de necessidade de nutrição entérica (NE) por menos de 4 semanas recomenda-se a utilização de sondas de alimentação temporárias colocadas através de orifício natural – SNG.
- Em pessoas em que a expectativa de necessidade de NE ultrapassa as 4 semanas deve ser considerada a realização de gastrostomia – PEG.

(DGS, 2017; ESGE, 2021)

Processo de referenciação para a colocação de PEG



Equipa de saúde multiterapêutica:

- Gastroenterologista
- Enfermeiro
- Nutricionista

(primeiras consultas e consultas subsequentes)

Preparação Pré - Exame

- Jejum de 6 horas;
- História de alergias;
- Suspensão de antiagregantes plaquetários / anticoagulantes;
- Administração de dose única profilática de antibiótico *benz-lactâmico* – Cefazolina 1gr EV

- Procedimento: EDA com sedação (≈15-30min.)

Eventos Adversos

- Relacionados com sedação/ anestesia
- Perfuração visceral
- Peritonite
- Hemorragia
- Risco de mortalidade reduzido (0,5% a 1%)

(DGS, 2017; ESGE, 2021)

Administração de alimentação:

- Posicionar a pessoa com cabecete a 30°-40°, devendo a pessoa manter-se nessa posição cerca de 1 hora;
- Verificar volume residual gástrico;
- Limpar a sonda instilando água, antes e após a sua utilização;
- Administrar lentamente os alimentos (bem triturados) a temperatura ambiente, através da seringa de 100mL;
- Clampar a sonda, sempre que adaptar e desadaptar a seringa durante a administração da alimentação;
- A medicação deve ser, sempre que possível, em estado líquido;
- Sensibilizar a pessoa/cuidador para a necessidade da correta higiene e hidratação oral.

(DGS, 2017; ESGE, 2021)



Em doentes com nutrição entérica contínua, a nutrição deve ser interrompida 30 minutos previamente à administração da medicação e deve ser retomada 30 a 60 minutos após.

Pós-procedimento

- Educação para a saúde a pessoa com ostomia de alimentação/cuidador:
 - Ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o cuidado da ostomia de alimentação.

Cuidados com a PEG:

Externa:

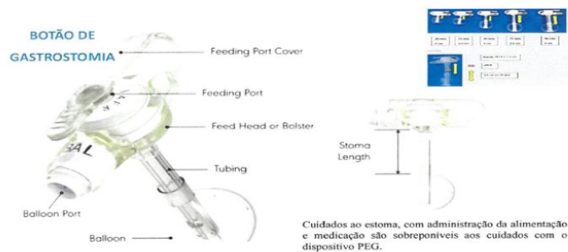
- Limpar a pele peri-ostomia e ostomia com NaCl 0,9%, em movimentos circulares, do centro para a periferia, durante a 1ª semana;
- Secar com competência entre a pele e o travão;
- Rodar a sonda 360°, a partir do 3º dia;
- Mobilizar suavemente o tubo, 1 a 2 cm da parede abdominal para dentro e para fora, com o travão solto, a partir do 7º dia;
- Aproximar e apertar o travão à pele;
- Verificar que o comprimento da sonda se mantém na mesma registado no folheto informativo.

(DGS, 2017; ESGE, 2021)



2ª semana | 1 mês após colocação de PEG | substituição de PEG para botão

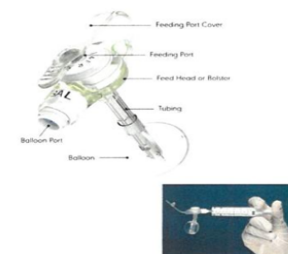




Botão do botão

- Verificar o volume de água destilada do balão do botão ~ 15/15 dias.
- Adaptar seringa de 10mL à válvula do botão e aspirar a água presente no balão
- Se a quantidade for <10mL, acrescentar até perfazer essa quantidade
- Manter a válvula do botão limpa, para assegurar o seu correto funcionamento.

(DGS, 2017; ESGE, 2021)



Cuidados com o Botão de Gastrostomia

Adaptação da tubuladura ao botão

1. Alinhar a linha de marcação preta da tubuladura com a do orifício de alimentação do botão;
2. Pressionar ligeiramente e rodar no sentido horário



Cuidados à Tubuladura

- Lavar a tubuladura com água corrente, à temperatura ambiente
- Acondicionar em local limpo e seco (ex.: caixa hermética)

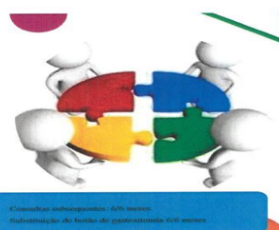


Sinais de alarme e complicações

- Hemorragia digestiva
- Abscesso da parede abdominal/celulite
- Lesões cutâneas peri-estoma (injecção, escoriação, eritema, tecido de granulação)
- Perda de líquido entre a sonda/botão e o estoma
- Suspeita de obstrução da sonda/botão
- Exteriorização da PEG/ Botão de gastrostomia
- Síndrome da cápsula interna

(DGS, 2017; ESGE, 2021)

[Referências Bibliográficas com a seta verde](#)



Seguimento da pessoa portadora de PEG/botão de gastrostomia

- Avaliação do estado geral e estado nutricional
- Avaliação contínua dos conhecimentos e habilidades adquiridas - capacitação do autocuidado da pessoa/cuidador
- Monitorização funcionamento dispositivos - substituição
- Prescrição de dispositivos médicos (DGS, Norma 026/2017)

Sinais de alarme e complicações - conselhos de atuação

- Perda de líquido/contido gástrico entre a sonda/botão e o estoma
 - ☐ PEG: verificar correto ajuste do travão à parede abdominal
 - ☐ Botão: Verificar volume do balão

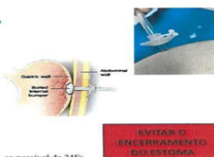
Síndrome da cápsula interna (Bariatric Bumper Syndrome)

- ☐ Medioclavicularite distal da PEG/botão

Exteriorização da PEG/ Botão de gastrostomia

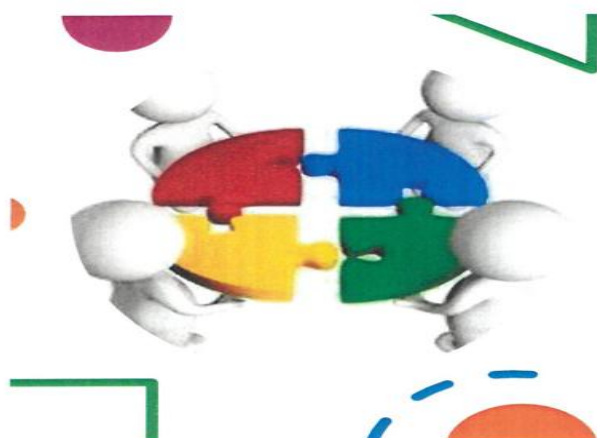
- ☐ PEG
 - Se colocação há menos de 4 semanas efetuar penso oclusivo
 - Se colocação há mais de 4 semanas colocar algina no orifício, se possível de 24h
- ☐ Botão de gastrostomia
 - Se botão se exteriorizou e se verifica que está danificado: reintroduzir o botão no orifício e fixar com adesivo
 - Se botão se exteriorizou com água no balão: reintroduzir botão e encher balão até perfazer os 10mL de água.

(DGS, 2017; ESGE, 2021)



Referências Bibliográficas

- Arvanitakis, M., et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 1: Definitions and indications. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2021; 73 (01): 81-92. DOI: 10.1055/a-1303-7449
- Ghaffar, P., et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 2: Peri-and post-procedure management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2021; 73 (02): 178-195. DOI: 10.1055/a-1331-8080
- Direção-Geral da Saúde. Norma nº 018/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 - Indicações Clínicas e Intervenção na Gestão da Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto.
- Direção-Geral da Saúde. Norma 026/2017, de 05/12/2017 - Prescrição de Dispositivos Médicos para Pessoas com Gástrica e Incontinência Retenção Urinária.



Obrigada!

APÊNDICE VII: PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO: CONSULTA DE VIGILÂNCIA
DA ASMA EM ADULTOS



PROCEDIMENTO PG 04

Plano de Acompanhamento Interno 2024 Consulta de vigilância de asma em adultos



Aprovação:	07/05/2024	(Conselho Geral)
Autor(es):	Sofia Alves; Susana Ferreira (EE)	
Data elaboração:	02/05/2024	
Próxima revisão:	2025	

Nas agendas em que é difícil agendar consultas presenciais esta gestão pode ser ajustada pela micro equipa (podem ser efetuadas consultas NP ou fazer uma distribuição diferente entre enfermeira/médico). Em

alternativa o SC pode entregar a lista dos utentes que seriam para agendar para o médico e para o enfermeiro (em vez de agendar diretamente) e depois serem estes a decidir o tipo de contacto a realizar.

4. OBJETIVOS A ATINGIR E PADRÃO DE QUALIDADE

Como forma de avaliação final para a USF Longara Vida será considerado um índice de cumprimento e atribuído um padrão de qualidade conforme a leitura do indicador 437.

Padrão Qualidade	Índice de Cumprimento
Insatisfatório	≤ 35
Satisfatório	≥ 36 e ≤ 39
Bom	≥ 40 e ≤ 49
Excelente	≥ 50

Quadro 2 - Padrão de qualidade

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídas todas as intervenções realizadas para dar resposta a este plano de melhoria

6. RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS

As responsabilidades distribuem-se da seguinte forma:

6.1 Médicos

- Realiza a consulta de vigilância de asma em adultos, agendadas e atualiza R96;

6.2 Enfermeiras

- Realiza a consulta de vigilância de asma em adultos, atualiza programa de doenças respiratórias e atualiza os fenómenos de enfermagem (comportamento de adesão, dispneia, dispneia funcional, GRT, intolerância à atividade e limpeza das vias aéreas);

6.3 Secretários Clínicos

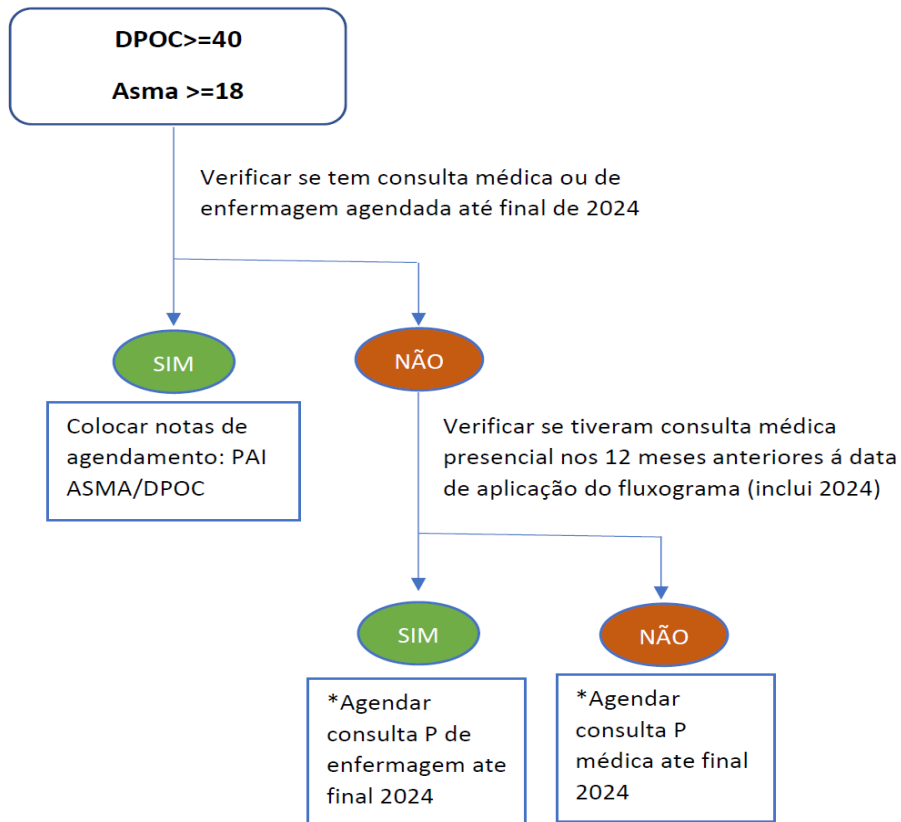
- Verifica listagens e agenda consulta MF/EF.

6.4 Conselho Técnico

- Fica responsável pelo desenvolvimento dos documentos e atividades planeadas, bem como pelo acompanhamento periódico previsto para a realização deste plano de melhoria. Deste modo os profissionais: Dr.ª Cláudia Carvalho, Enfermeira Sofia Alves, Secretária Clínica Sheila Gaspar ficam responsáveis por desenvolver todas as intervenções propostas no ponto 4 e 5 deste documento.

7. INDICADORES DE DESEMPENHO

Indicador 437 dentro do intervalo aceitável.

8. FLUXOGRAMA

9. CRONOGRAMA

Atividade	2024												2025	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Elaboração do PAI														
Avaliação Intermédia														
Elaboração do relatório da avaliação intermédia														
Apresentação e discussão do relatório da avaliação intermédia														
Implementação das melhorias														
Avaliação final														
Elaboração do relatório da avaliação final														
Apresentação e discussão do relatório final														
Enviar relatório ao ACeS														

REVISÕES		
Data	Alterações	Autor(es) da revisão

APÊNDICE VIII: PARTICIPAÇÃO NAS XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – POR UMA VIDA MELHOR



XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Susana Natalina Coelho Ferreira

esteve presente, nas “XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Por uma vida melhor...”, realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2024, no auditório da CESPU - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, com a duração de 16 horas.

A Comissão Organizadora

Famalicão, 29 de Novembro de 2024

28 Quinta 29 Sexta NOV. 2024

Auditório:

CESPU

Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

V. N. de Famalicão

PROGRAMA

Quinta Feira, 28 de Novembro de 2024

Sexta Feira, 29 de Novembro de 2024

09.00 - 09.30 SECRETARIADO

Sala 1 - Secretariado

Paula Janeiro, Emília Monteiro e Patrícia Carmo

09.30 - 13.00 Cursos Práticos

Curso 1 - Sala 301 - Qualidade e Segurança em Obstetrícia.

Adaptação do Rn à Vida Extruterina

Formadores: EESMO Susana Costa - (ULS S. João - HST-Portugal)

Dra. Marta Gonçalves - (ULSG Espinho - H Gato Portugal) - (a confirmar)

Curso 2 - Sala 402 - Promoção da Saúde Mental Positiva na Gravidez e Pós-Parto

Formadores: Professora Doutora Maria Aurélia Sánchez Ortega - (U Barcelona - Espanha)

Professora Doutora Sónia Teixeira - (U F Pessoa - Portugal)

09.30 Sala 307 - Apresentação das Comunicações Orais

Moderadores: Doutora Catarina Amaral - (ULS Viseu Dão Lafões - HST-Portugal)

Prof. Doutora Clara Simões - (CESPU - VN Famalicão-Portugal)

11.00 Intervalo

13.00 Almoço livre

Mostra de Posters em Tela Digital durante as Jornadas

14.30 - 18.00 Cursos Práticos

Curso 3 - Sala 402 - (Re) Olhar e parto mais Verticalizado e Novas Formas de

Posicionamento no TP/Período Expulsivo - Estado da Arte

Formadores: EESMO Rosa Pereira & Andreia Soares - (ULS da Póvoa de Varzim/Vila do Conde - Portugal)

Curso 4 - Sala 301 - Qualidade e Segurança em Obstetrícia na Vigilância de Gravidez de

Baixo Risco Efectuada por EESMO's

Formador: EESMO Lúcia Torgal - (ULS - Lisboa Ocidental - UCC Oeiras-Portugal)

14.30 Sala 307 - Apresentação das Comunicações Orais

Moderadores: Doutora Catarina Amaral - (ULS Viseu Dão Lafões - HST-Portugal)

Prof. Doutora Clara Simões - (CESPU - VN Famalicão-Portugal)

16.00 Intervalo

18.00 Encerramento

08.30 SECRETARIADO

Sala 1 - Secretariado

Paula Janeiro, Emília Monteiro e Patrícia Carmo

09.00 Sessão de Abertura

• Presidente Mesa do Colégio da Especialidade da Enfermagem de Saúde Materna e

Obstétrica - EESMO Alexandrina Cardoso

• Coordenadora da UCC Paranhos - EESC Pedro Lourenço

• Diretora da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave - Prof.ª Doutora Marisa Machado

• Vereadora da Saúde da Câmara de Famalicão - Dra. Sofia Fernandes

• Presidente da Comissão Científica Internacional do Congresso - EESMO Albina Sequeira

• Representante da Comissão Científica Internacional do Congresso - Prof.ª Doutora

Cláudia Messias - U.F.F. Brasil

09.30 Conferência I - Promoção de Saúde e Parentalidade Positiva (Anos Incríveis)

Conferencista: EESI Mara Costa - (ULS Coimbra Dr. Manuel Cunha)

10.00 Intervalo

10.30 Conferência II - Influência Hormonal no Desfecho do Nascimento Positivo

Conferencista: EESMO Tatianne Frank - (DeMiter - Equipa Parto/Staterra Cursos e Consultoria - Brasil)

11.00 Conferência III - Avaliação de SIADAP - Será a Avaliação Mais Adequada para os Enfermeiros?

Conferencista: EESMO(S) Paula Janeiro; Isabel Lameirão; Anjos Moreno - (ULSS João - USF Azevedo

Campânia)

11.30 Workshop

11.50 Mesa Redonda - Microbiota Intestinal - O Paradigma da Saúde

Moderador: Enf. Catarina Cordeiro - (ULS S. João - HST)

• Como Fazer da Cozinha uma Farmácia - Potenciar o Microbioma Intestinal

Gabriel Mateus - (Nutricionista - Eat2Care)

Transmissão Intergeracional da Depressão e Transtornos de Humor na Gravidez

A importância do Microbioma

Dra Sandra Weiss - (School of Nursing at the University of California - São Francisco USA)

A importância do Microbioma em Obstetrícia

Dra Michelle Irving - (University of Bournemouth - Reino Unido)

13.00 Almoço livre

14.30 Debate - Reorganização da Rede de Serviços de Urgência de Saúde Materna e Obstétrica -

Otimização de Recursos

Moderador: Dr. Pedro Matos Trigo - (Consultor de Comunicação)

Diretora Maria José Costa Dias - (ULS São José - Lisboa)

Presidente da Mesa do Colégio da ESMO Alexandrina Cardoso

EESMO Mafalda Garcia - (Hospital Privado - Lusitadas-Lisboa)

Presidente da APEO Vitor Varela

16.00 Workshop

16.20 Intervalo

16.40 Conferência IV - A Criação de Núcleos de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e

Obstétrica para cada ULS.

Conferencista: EESMO Nuno Ferreira - Membro Formador da NESMO da (ULS Viseu Dão Lafões - HST)

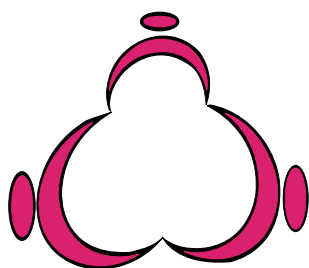
17.20 Conferência V - A Criação dos Centros de Responsabilidade Integradas (CRI)

Conferencista: EESMO Sandra Castanho - Vogal do Conselho de Gestão do (CRI) da (ULS São José-Lisboa)

17.30 Entrega de prémios Posters / Comunicações Livres

17.35 Sessão de Encerramento

APÊNDICE IX: XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA – POR UMA VIDA MELHOR - COMUNICAÇÃO LIVRE: “VISITA
DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”



XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Susana Natalina Coelho Ferreira

participou com a Comunicação Livre

Visita Domiciliária no Pós-parto – Intervenção do Enfermeiro de Família

apresentada nas “XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - Por uma vida melhor...”, realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2024, no auditório da CESPU - Escola Superior de Saúde de Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão.

A Comissão Organizadora

Famalicão, 29 de Novembro de 2024

28 Quinta
29 Sexta
NOV. 2024

Auditório:

CESPU

Escola Superior de Saúde de Vale do Ave

V. N. de Famalicão

APÊNDICE X: PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO INTERNACIONAL EM INOVAÇÃO E BEM-
ESTAR NA SAÚDE



Certifica-se que

Susana Natalina Coelho Ferreira

participou no 1º Congresso Internacional em Inovação e Bem-Estar na Saúde, que se realizou no dia 28 de novembro de 2024, no Centro Cultural de Paredes.

Sara Lima, Presidente da Comissão Organizadora



APÊNDICE XI: INTERNATIONAL CONGRESS FAMILY HEALTH - COMUNICAÇÃO POSTER:
“A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS: ESTUDO DE CASO”

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

SUSANA FERREIRA, BEBIANA LOPES, PATRÍCIA CARDOSO, SÓNIA PEREIRA, CÂNDIDA CRACEL

participaram no International Congress Family Health (ICFH'25) com uma comunicação livre (poster) intitulada:

“A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS: ESTUDO DE CASO “, que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025



Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)



Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)

APÊNDICE XII: INTERNATIONAL CONGRESS FAMILY HEALTH - COMUNICAÇÃO ORAL:
“COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPAS – UM CONTRIBUTO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR”



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

PATRÍCIA CARDOSO, SÓNIA PEREIRA, BEBIANA LOPES, SUSANA FERREIRA, CÂNDIDA CRACEL

participaram no International Congress Family Health (ICFH'25) com uma comunicação oral intitulada:
“COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPAS - UM CONTRIBUTO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR”, que
decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime
misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025

Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)

Presidente da Comissão Científica
(Prof^a Doutora Helena Loureiro)



APÊNDICE XIII: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR



Certificado

Certifica-se que

SUSANA NATALINA COELHO FERREIRA

Esteve presente no
**VI Congresso Internacional de
Enfermagem de Saúde Familiar,**
em formato online, que decorreu nos dias 29, 30 e 31 de Maio
de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
NIF: 014 160 230
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

APÊNDICE XIV: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WORKSHOP “CESSAÇÃO TABÁGICA:
INTERVENÇÃO COM A FAMÍLIA”



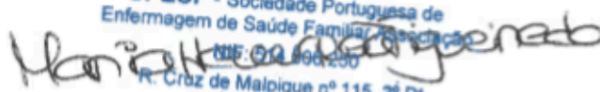
Certificado

Certifica-se que

SUSANA NATALINA COELHO FERREIRA

Esteve presente no Workshop
Cessação Tabágica: Intervenção com a Família
que decorreu no dia 29 de Maio de 2025 na Escola Superior
de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
N.º 511 490 200
R. Cruz de Malpique nº 115, 2.º Dt.
4460-203 Matosinhos



Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

APÊNDICE XV: VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR- COMUNICAÇÃO ORAL: “INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE
FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW”

Certificado

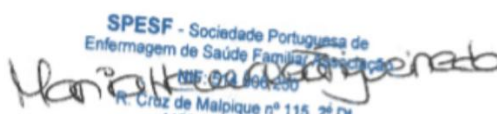
Certifica-se que

Sónia Pereira

Apresentou o abstract com o título **INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Sónia Pereira ^{1,2}; Patrícia Cardoso ^{1,3}; Bebiana Lopes ^{1,4}; Susana Coelho ^{1,5}; Carminda Morais ⁶; Cândida Cracel ⁷;

1 - Escola Superior de Saúde(ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo(IPVC)/ Mestranda no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MEC/ESF) (2003/25); 2 - ULS Alto Minho/ Enfermeira na USF Foz do Lima; 3 - ULS Alto Minho/ Enfermeira no Serviço de Medicina; 4 - Hospital da Luz Guimarães Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia; 5 - ULS Alto Ave Enfermeira na Unidade de Endoscopia Digestiva; 6 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Coordenadora; 7 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Adjunta;


SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

APÊNDICE XVI: VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR - COMUNICAÇÃO ORAL: “SUPERVISÃO CLÍNICA – UM DESAFIO PARA A
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: SCOPING REVIEW”

1 de 1



Certificado

Certifica-se que

Bebiana Lopes

Apresentou o abstract com o título **SUPERVISÃO CLÍNICA - UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR : SCOPING REVIEW** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Bebiana Lopes ^{1,2}; Patrícia Gomes Cardoso ^{1,3}; Sónia Pereira ^{1,4}; Susana Ferreira ^{1,5}; Carminda Morais ⁶; Cândida Cracel ⁷;

1 - Escola Superior de Saúde(ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo(IPVC)/ Mestranda no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MEC/ESF) (2003/25); 2 - Hospital da Luz Guimarães Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia; 3 - ULS Alto Minho/Enfermeira no Serviço de Medicina; 4 - ULS Alto Minho Enfermeira na USF Foz do Lima; 5 - ULS Alto Ave Enfermeira na Unidade de Endoscopia Digestiva; 6 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Coordenadora; 7 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Adjunta;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
NIF: 504 490 230
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar