



A SOBRECARGA, AUTOTRASCENDÊNCIA E NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL EM FAMÍLIAS COM MEMBRO PORTADOR DE DEMÊNCIA

Marta Cristina Vieira de Carvalho Gomes

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de
Saúde à Família, em Contexto de USF**

Leiria, abril de 2026



A SOBRECARGA, AUTOTRASCENDÊNCIA E NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL EM FAMÍLIAS COM MEMBRO PORTADOR DE DEMÊNCIA

Marta Cristina Vieira de Carvalho Gomes

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório de estágio apresentado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob orientação científica da Doutora Teresa Kraus, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, abril de 2026

Em memória da minha avó, que con(viveu) com a demência durante 13 anos.

Agradecimentos

Em primeira instância, gostaria de agradecer à Professora Doutora Teresa Kraus por todo o apoio, disponibilidade e aconselhamento durante este ciclo formativo.

À enfermeira Paula Renca por me acompanhar durante este percurso, demonstrando disponibilidade em contribuir para a minha aprendizagem, numa atitude de parceria e troca de experiências profissionais. Sempre me encarou, a nível profissional e pessoal, com muito respeito.

À minha família por todo o apoio demonstrado, em particular à minha mãe que fez um excelente papel como cuidadora informal e que inspirou a escolha do tema para o trabalho de investigação. Contigo aprendi sobre resiliência, dedicação e amor incondicional pela família.

Ao meu namorado, que também é família, obrigada por toda a paciência e compreensão nos momentos de maior cansaço. A tua ajuda incansável na formatação e aconselhamento deste trabalho foi essencial. Ajudaste-me a relativizar quando me sentia a colapsar.

Aos meus amigos e colegas de curso, com quem partilhei alegrias e algumas frustrações durante todo o processo. Perdoem-me o discurso repetitivo sobre “a tese” e também a ausência em alguns convívios e momentos importantes para vocês – acreditem, gostaria de ter estado presente.

Um especial obrigada à Cristiana, do Centro de Investigação, pela disponibilidade em guiar-me e corrigir toda a documentação importante a enviar à Comissão de Ética – sem ti estaria “às escuras” nesse processo.

Obrigada a todos os que fizeram parte deste caminho.

Resumo

Enquadramento: Os cuidados de enfermagem de saúde familiar têm sofrido evoluções ao longo do tempo, culminando no atual funcionamento dos centros de saúde, integrados em Unidades Locais de Saúde (ULS). As Unidades de Saúde Familiares (USF) devem ser constituídas por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF). O EEESF cuida da família como um todo, ao longo do ciclo vital, em todos os níveis de prevenção. Durante o ciclo vital, a família passa por transições normativas, que fazem parte do desenvolvimento natural, e transições acidentais, que surgem de forma inesperada. A existência de uma síndrome demencial implica uma transição saúde/doença, o que requer uma adaptação no funcionamento familiar. Cuidar de um familiar com demência acarreta repercussões físicas, psicológicas, económicas e sociais no cuidador informal. A intervenção EEESF é de extrema relevância na adaptação da família ao processo de transição. O relatório apresenta uma contextualização do local de prestação de cuidados durante o ensino clínico e descreve as competências comuns e especializadas desenvolvidas, fundamentadas em Modelos Teóricos de referência na área da enfermagem de saúde familiar.

Objetivo: Apresentar o desenvolvimento de competências comuns e específicas da Enfermagem de Saúde Familiar. Evidenciar o foco numa prática baseada na evidência, através do desenvolvimento de um projeto de investigação.

Metodologia: O desenvolvimento de competências comuns e específicas, através de uma análise crítico-reflexiva, alicerçando a componente teórica à componente prática. O estágio de enfermagem foi realizado na USF L inserida na ULS da Região de Leiria. No âmbito da prática baseada na evidência realizou-se um estudo de investigação intitulado de: “A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência”, O estudo de investigação permite avaliar a sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal de familiar com demência, utilizando escalas validadas para a população portuguesa.

Resultados: No relatório são descritos os resultados obtidos na aquisição de competências comuns e especializadas de enfermagem de saúde familiar. O projeto de investigação permitiu determinar que os cuidadores informais apresentam maioritariamente sobrecarga intensa, elevada autotranscendência e necessidades de apoio financeiro e de informação nos cuidados prestados ao familiar com demência.

Conclusões: O relatório permitiu realizar uma descrição crítico-reflexiva sobre o percurso evidenciado durante o ensino clínico, tendo em consideração a aquisição de competências comuns e especializadas em enfermagem de saúde familiar. Os resultados do estudo de investigação foram sobreponíveis, em grande parte, aos resultados obtidos noutros estudos. Estes resultados promovem um contributo na construção de conhecimento científico na área de enfermagem de saúde familiar. Estudos sobre a sobrecarga e as necessidades do cuidador informal de familiar com demência têm aumentado, o que reflete a importância do tema.

Palavras-chave: enfermeiro, família, cuidador informal, sobrecarga, autotranscendência, necessidades, demência.

Abstract

Background: Family health nursing care has evolved over time, culminating in the current organization of health centers integrated into Local Health Units (ULS). Family Health Units (USF) must include a Specialist Nurse in Family Health Nursing (SNFHN). The SNFHN cares for the family as a whole, throughout the life cycle and across all levels of prevention. During the life cycle, families experience normative transitions, which are part of natural development, as well as accidental transitions, which arise unexpectedly. The presence of a dementia syndrome implies a health/illness transition, requiring adaptation in family functioning. Caring for a family member with dementia entails physical, psychological, economic, and social repercussions for the informal caregiver. The intervention of the SNFHN is extremely relevant in supporting the family's adaptation to the transition process. This report presents a contextualization of the care setting during clinical training and describes the common and specialized competencies developed, grounded in theoretical models in the field of family health nursing.

Objective: To present the development of common and specific competencies in Family Health Nursing. To highlight a focus on evidence-based practice through the development of a research project.

Methodology: Development of common and specific competencies through a critical-reflective analysis, linking the theoretical component with practical application. The nursing internship took place at USF L, within the Local Health Unit of the Leiria Region. Within the scope of evidence-based practice, a research study entitled "Burden, self-transcendence, and needs of informal caregivers in families with a member with dementia" was conducted. The study allows the assessment of burden, self-transcendence, and the needs of informal caregivers of family members with dementia, using validated scales for the Portuguese population.

Results: The report describes the results obtained in the acquisition of common and specialized competencies in family health nursing. The research project determined that informal caregivers predominantly present high levels of burden, elevated self-transcendence, and needs related to financial support and information in the care provided to family members with dementia.

Conclusions: The report enabled a critical-reflective description of the learning pathway during clinical training, considering the acquisition of common and specialized competencies in family health nursing. The results of the research study were largely consistent with those obtained in other studies. These findings contribute to the development of scientific knowledge in the field of family health nursing. Studies on caregiver burden and the needs of informal caregivers of people with dementia have been increasing, reflecting the importance of this topic.

Keywords: nurse, family, informal caregiver, burden, self-transcendence, needs, dementia.

Índice

AGRADECIMENTOS	2
RESUMO	3
ABSTRACT	4
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	9
1. INTRODUÇÃO	10
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	12
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DR. GORJÃO HENRIQUES	13
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA USF LEIRIA NASCENTE.....	14
2.2.1. MISSÃO E PRINCÍPIOS GERAIS	14
2.2.2. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....	14
2.2.3. POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA USF LEIRIA NASCENTE	14
2.2.4. ACESSIBILIDADE E CIRCUITO DE UTENTES	15
2.2.5. CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS.....	17
2.2.6. INDICADORES – METAS A ATINGIR	17
2.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	18
2.3.1. SAÚDE DA MULHER	18
2.3.2. SAÚDE INFANTIL E JUVENIL	19
2.3.3. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO EM SITUAÇÕES DE DOENÇA CRÓNICA E PATOLOGIA MÚLTIPLA.....	20
2.3.4. SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO	21
2.3.5. URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS E ACIDENTES.....	22
2.3.6. VISITA DOMICILIÁRIA.....	22
2.4. A METODOLOGIA DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	23
2.5. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DO FICHEIRO CLÍNICO.....	24
2.5.1. ESCOLHA DA FAMÍLIA PARA APLICAR O MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR.....	24
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	26
3.1. PERSPETIVA SISTÉMICA.....	26
3.2. MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM.....	27
3.3. MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	29
3.4. TRANSIÇÕES FAMILIARES	29

3.4.1.	CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA	30
4.	COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	31
4.1.	COMPETÊNCIAS COMUNS	31
4.2.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	33
5.	PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	37
5.1.	NOTA INTRODUTÓRIA.....	37
5.2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	38
5.2.1.	A DEMÊNCIA	39
5.2.2.	SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL.....	41
5.2.3.	A TEORIA DA AUTOTRASCENDÊNCIA	43
5.2.4.	NECESSIDADES PERCEBIDAS PELO CUIDADOR INFORMAL.....	44
5.3.	METODOLOGIA.....	45
5.4.	ANÁLISE DOS RESULTADOS	47
5.5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
5.6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
6.	CONCLUSÃO	63
	BIBLIOGRAFIA OU REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
	APÊNDICE	72
	APÊNDICE I – Alimentação do bebé no 1º Ano de Vida	73
	APÊNDICE II – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar – Estudo de Caso	74
	APÊNDICE III – Questionário Aplicado às Famílias	75
	ANEXOS.....	76

Lista de Figuras

Figura 2.1: <i>Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Leiria-Nascente. em 2024.</i> Fonte:(R. Marques et al., 2024)	15
Figura 2.2: <i>Fluxograma de atendimento ao utente que requer marcação de consulta de doença aguda</i> (Conselho Técnico USF LN, 2023).....	16
Figura 5.1: <i>Tipo de demência dos familiares dependentes.</i> Fonte: Elaboração própria.	48
Figura 5.2: <i>Distribuição da amostra relativamente aos níveis de sobrecarga.</i> Fonte: Elaboração própria	50
Figura 5.3: <i>Prevalência das necessidades percecionadas pelos cuidadores informais de familiar com demência.</i> Fonte: Elaboração própria.	52

Lista de tabelas

Tabela 5.1: Distribuição da amostra relativamente a características sociodemográficas e profissionais	47
Tabela 5.2: Caracterização do familiar com demência quanto ao nível de independência.	49
Tabela 5.3: Análise descritiva da amostra relativamente à Escala de Sobrecarga do Cuidador	49
Tabela 5.4: Caracterização da amostra quanto ao nível de sobrecarga em cada fator da ESC.	50
Tabela 5.5: Análise descritiva da amostra relativamente à Escala de Autotranscendência.	51
Tabela 5.6: Caracterização da amostra relativamente aos itens da Escala de Autotranscendência.	51

Lista de siglas e acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APGAR – Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve

BI-CSP – Business Intelligence dos Cuidados de Saúde Primários

CA – Consulta Aberta

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

FACES – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

HTA – Hipertensão Arterial

IDG – Índice de Desempenho Global

IS – Intersubstituição

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

TCH – Teoria da Comunicação Humana

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAPPL – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do Pinhal Litoral

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi redigido no âmbito do estágio III da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com relatório final”, integrado no 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Familiar, pertencente à Escola Superior de Saúde de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria.

Este estágio, corresponde ao último estágio preconizado para o plano de estudos do curso.

O estágio III tem como finalidade “integrar conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades” (Frade, 2025, p. 3).

O estágio foi realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF L), pertencente ao Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques (GH), da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULSRL). Foi realizado sob a orientação clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar – Paula Renca e supervisão científico-pedagógica da Professora Doutora Teresa Kraus.

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem a base do sistema de saúde. O atual enquadramento organizacional e estratégico dos CSP reforça a necessidade de direcionar o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados, promovendo um modelo de proximidade e continuidade assistencial. Neste sentido, ao nível dos CSP e de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2030, preconizam-se intervenções em rede e um paradigma de cuidados centrados na família e ao longo do ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde, 2022).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) surge como o profissional capacitado para prestar cuidados especializados à família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital. Para tal, o EEESF considera as transições normativas inerentes ao ciclo vital da família, relacionando os fatores de stress existentes em transições de saúde/doença, tendo em consideração as forças/recursos da família (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Numa população tendencialmente envelhecida, as transições de saúde/doença tornam-se uma situação recorrente das famílias da USF L, assumindo um ou mais membros a responsabilidade de cuidar do seu familiar dependente, o que poderá ser exigente e requerer uma adaptação no funcionamento familiar. Neste sentido, surgiu o estudo com o tema: “A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência”.

O relatório de estágio é elaborado numa abordagem critico-reflexiva, descrevendo competências do EEESF, preconizadas a desenvolver ao longo do Mestrado de Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar, consolidadas na aprendizagem adquirida em contexto teórico e prático.

O estágio apresenta como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada, na área de saúde familiar, em contextos de vulnerabilidade. Tem como objetivos específicos: executar processos de cuidados de enfermagem à família, demonstrando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar; utilizar em contexto prático os

conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva; refletir acerca das práticas realizadas e dos resultados obtidos, evidenciado pensamento crítico sobre o desempenho e competências desenvolvidas (Frade, 2025).

Do ponto de vista estrutural, o presente relatório encontra-se organizado em vários capítulos, iniciando-se com o Capítulo 1, “Introdução”, onde se apresenta o enquadramento do estágio, a sua pertinência no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, bem como os objetivos que orientaram o percurso formativo.

O capítulo 2, “Contextualização da Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar”, integra uma perspetiva histórica e evolutiva da implementação dos Cuidados de Saúde Primários, incluindo a caracterização do Centro de Saúde Dr. Gorrão Henriques e da Unidade de Saúde Familiar Leiria Nascente, a descrição das consultas de enfermagem, a metodologia de trabalho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e a caracterização das famílias do ficheiro clínico em estudo.

No capítulo 3, “Enquadramento Teórico – Enfermagem de Saúde Familiar”, apresenta-se o referencial teórico que sustenta a prática, com enfoque na perspetiva sistémica da família, nos modelos teóricos de referência, nos modelos de avaliação e intervenção familiar e nas transições familiares.

No capítulo 4, “Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar”, descreve-se o desenvolvimento das competências comuns e específicas ao longo do percurso de estágio, através de uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas em contexto de ensino clínico.

No capítulo 5, “Prática Especializada Baseada na Evidência”, apresenta-se o estudo de investigação intitulado “A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência”, incluindo o enquadramento teórico, metodologia, análise e discussão dos resultados.

Por fim, o relatório culmina com o Capítulo 6, “Conclusão”, no qual são sintetizados os principais contributos do estágio para o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, bem como as implicações para a prática futura.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Com a criação dos Centros de Saúde em Portugal, no ano de 1971, “o Estado assume a responsabilidade por assegurar os cuidados de saúde aos portugueses e são criadas estruturas que permitem a todos os cidadãos ter acesso a estes cuidados de saúde” (P. Melo, 2021, p. 1).

Foram vários os movimentos internacionais que influenciaram a evolução e estruturação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), destacando-se a Declaração de Alma-Ata, que constitui um marco fundamental ao consolidar os CSP como a principal porta de entrada no sistema de saúde (P. Melo, 2021). Este documento internacional reforça a importância dos cuidados de saúde primários como base dos sistemas de saúde, assentes em princípios de acessibilidade, equidade e participação comunitária. Na versão traduzida e publicada pelo Ministério da Saúde (2002), é enfatizado que os CSP devem ser acessíveis a indivíduos e famílias, constituindo o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde e sendo prestados o mais próximo possível do local de residência das populações.

No início dos anos 70, Portugal encontrava-se bastante evoluído no que respeita aos CSP, regulando-se por políticas de saúde nacionais estrategicamente alinhadas com as propostas das políticas internacionais. Relativamente à perspetiva evolutiva dos Centros de Saúde, é possível identificar 3 gerações: a primeira geração; a segunda geração; a terceira geração (P. Melo, 2021). Com os Centros de Saúde de terceira geração, surge o conceito de USF e reforça-se a importância multidisciplinar dos CSP, passando as equipas multidisciplinares das USF a serem constituídas por médicos de família, enfermeiros de família e assistentes técnicos (República Portuguesa, 1999).

O Despacho Normativo nº9/2006 criou condições para a implementação das USF. As USF caracterizam-se como “a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes” (Ministério da Saúde, 2006). As USF são constituídas por uma equipa multidisciplinar que presta cuidados de saúde individuais e familiares, apresenta autonomia organizativa, funcional e técnica e articula-se com outras unidades funcionais do centro de saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Inicialmente as USF foram caracterizadas em 3 modelos (A, B e C) de desenvolvimento, em função de critérios de grau de autonomia organizacional, diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Ministério da Saúde, 2007a), mas o Decreto-Lei nº103/2023 aprovou o novo regime jurídico de organização e funcionamento das USF, criando condições para a transição das USF modelo A para modelo B, em 2024 (Ministério da Saúde, 2023).

Em relação à constituição da equipa das USF, além da especialidade em Medicina Geral e Familiar, passou também a ser considerada a especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar, em Decreto de Lei nº 73/2017 (Ministério da Saúde, 2017).

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DR. GORJÃO HENRIQUES

A USF L integra uma das 10 Unidades Funcionais (UF) do Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques (GH) que são constituídas designadamente por: Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) GH, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados Pinhal Litoral (URAPPL), USF D. Diniz, USF Polis, USF Cidade do Lis, USF Leiria Nascente, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Lapedo, UCSP Flor do Liz e UCSP A cidade e as Serras. A articulação entre as UF realiza-se através de reuniões semestrais por um representante dos coordenadores das UF do Centro de Saúde (Administração Regional de Saúde do Centro, 2023).

As UF do Centro de Saúde GH “comprometem-se a adotar uma prática dirigida para a qualidade apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de uma abordagem por processos de trabalho que satisfaçam as necessidades dos utentes, garantam a conformidade com as boas práticas e contribuam para um melhor desempenho e motivação dos profissionais envolvidos (Administração Regional de Saúde do Centro, 2023, p. 2).

A área de influência do Centro de Saúde GH abrange as uniões de freguesias de: Leiria, Pousos, Barreira e Cortes, Santa Eufémia e Boavista, Colmeias e Memória, Bidoeira, Milagres, Souto da Carpalhosa e Ortigosa, Caranguejeira, Arrabal e Santa Catarina da Serra e Regueira de Pontes (Administração Regional de Saúde do Centro, 2023).

Relativamente ao espaço físico, a sede do Centro de Saúde GH inclui uma área de estacionamento considerada insuficiente para as necessidades dos utentes e profissionais. No plano de ação definido pelo antigo ACES Pinhal-Litoral e o Centro de Saúde GH é sublinhado a necessidade de existirem esforços de carácter urgente, de forma a aumentar o número de lugares de estacionamento, permitindo o aumento de acessibilidade de utentes com mobilidade reduzida (Administração Regional de Saúde do Centro, 2023).

Reconhecendo a dificuldade de acessibilidade aos cuidados de saúde, em parte devido à reduzida área de estacionamento do Centro de Saúde GH, o plano de ação do ACES Pinhal-Litoral prevê a sua adequação. No Centro de Saúde GH existe a consulta aberta, das 9H às 13H, aos sábados, domingos e feriados, que procura facilitar o acesso e dar resposta às necessidades, agudas ou urgentes em saúde. Estas consultas são asseguradas pelas várias equipas das UF do Centro de Saúde GH, mediante a afixação de uma escala rotativa (Administração Regional de Saúde do Centro, 2023).

A reforma organizativa do Serviço Nacional de Saúde, a partir do dia 1 de janeiro de 2024, alargou a instalação de Unidades Locais de Saúde (ULS) a todo o território nacional. Este modelo organizativo pretende facilitar o percurso dos utentes no sistema de saúde, integrando numa gestão única os centros hospitalares, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de uma área geográfica. Neste sentido, a ULS da Região de Leiria integra o Centro Hospitalar de Leiria, ACES Pinhal-Litoral, Centros de Saúde de Ourém, Fátima, Alcobaça e Nazaré. Do mesmo modo, verificou-se a generalização das USF para modelo B, permitindo alargar o número de pessoas com médico de família e valorizando os profissionais destas unidades funcionais, por forma a aumentar o acesso à saúde (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA USF LEIRIA NASCENTE

A USF L transitou para o modelo de desenvolvimento organizacional B em 2023, em processo de auditoria, tendo cumprido 80% dos critérios obrigatórios tipo A e 81,33% dos critérios diferenciadores tipo B (J. Marques et al., 2023).

2.2.1. MISSÃO E PRINCÍPIOS GERAIS

A USF L tem a ambição de desenvolver e melhorar a “prestação de cuidados de saúde à população da sua área de abrangência, com autonomia de gestão técnica, assistencial e funcional, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade” (R. Marques et al., 2023, p. 3).

Como princípios gerais de atuação, a USF pretende centrar o seu foco de cuidados no utente, atribuindo a cada um uma equipa de família, constituída por médico, enfermeiro e assistente técnico. Pretende que a circulação de informação entre os profissionais seja realizada por via eletrónica. Como princípio definindo, preconiza-se também que os cuidados a prestar sejam realizados pelo respetivo médico/enfermeiro de família e agendados para um dia e hora específicos, preferencialmente (Conselho Técnico USF LN, 2023).

2.2.2. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A USF é constituída por três polos, nomeadamente C, B e P. O estágio foi realizado no polo P. A equipa da USF é constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros e 6 assistentes técnicos. No polo P existem 3 equipas de saúde familiar constituídas por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 assistente técnico (Conselho Técnico USF LN, 2023). O polo P é constituído por 3 gabinetes de enfermagem, dois dos quais mais direcionados para consultas de saúde infantojuvenil e um equipado para a realização de tratamentos. Dispõe ainda de, 3 gabinetes médicos, 1 receção, sala de espera, uma copa para os colaboradores e 1 wc de utilização geral.

2.2.3. POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA USF LEIRIA NASCENTE

A USF L assumiu o compromisso de cobertura assistencial a 10100 utentes, o que corresponde a uma média de 1683 utentes por ficheiro clínico. Para realizar a inscrição primária na USF são necessários alguns critérios como: local de residência em freguesias abrangidas pela USF, agregado familiar na unidade e utentes que pretendam integrar a USF. É dada prioridade no processo de atribuição de médico de família a famílias com utentes grávidas, a famílias com utentes portadores de comorbilidades ou doença crónica e a famílias com crianças até aos 2 anos de idade (S. Oliveira et al., 2024). Na USF L, de acordo com dados do Ministério da Saúde – Portugal (s. d.), todos os utentes inscritos têm médico e enfermeiro de família atribuído. Em relação aos dados demográficos, a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF L, encontra-se demonstrada na Figura 2.1.

Pelo que se pode verificar em relação à configuração da pirâmide, existe um centro e topo mais alargados, o que reflete o predomínio de uma população adulta, em idade ativa, com uma faixa etária entre os 40 e os 64 anos. É também possível constatar a prevalência da população idosa sobre a população jovem, o que reflete o envelhecimento da população. O índice de dependência total é de 57,93%, sendo que o índice de dependência de idosos (36,19%) consideravelmente superior ao índice de dependência de jovens (21,74%) (R. Marques et al., 2024). Posteriormente, irá ser abordado com mais detalhe, as características da população do ficheiro clínico consultado.

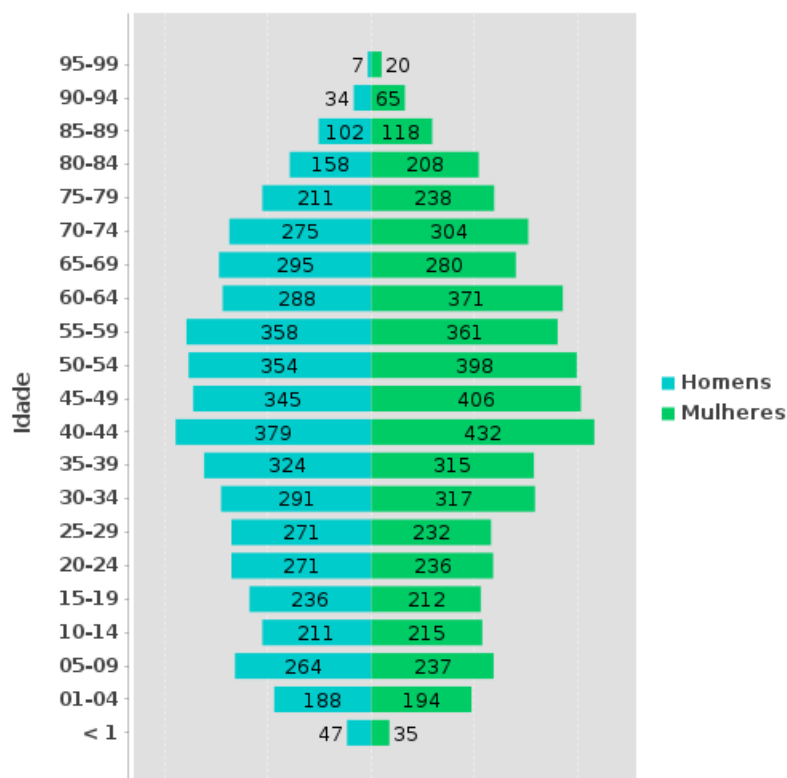


Figura 2.1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Leiria-Nascente. em 2024. Fonte:(R. Marques et al., 2024)

2.2.4. ACESSIBILIDADE E CIRCUITO DE UTENTES

O horário de funcionamento da USF decorre de segunda a sexta-feira, entre as 08h e as 20h. De acordo com Conselho Técnico USF LN (2023) existem três processos-chave que constituem a base dos procedimentos da USF L e são constituídos pelas áreas de prestação de cuidados descritas:

- Consulta de doença aguda: Em situações de doença aguda, os utentes terão acesso a cuidados de saúde no próprio dia através de consulta aberta ou de consulta de intersubstituição.
- Consulta programada: Consulta da carteira de serviços, previamente agendada.
- Visitação Domiciliária: Prestação de cuidados de saúde no domicílio, aos utentes incapazes de se deslocarem à unidade.

Através da criação dos processos-chave, define-se o circuito do utente na USF, permitindo que este tenha acesso a uma consulta de saúde atempada, correspondente às suas necessidades (Conselho Técnico USF LN, 2023).

A marcação de consultas da carteira de serviços da USF L deve ser programada com pelo menos, 24 horas de antecedência, tendo em consideração o horário da equipa e a finalidade da consulta. A marcação destas consultas pode ser realizada pelo médico, enfermeiro ou assistente técnico durante todo o horário de funcionamento da USF, de forma presencial, telefónica ou eletrónica. Às sextas-feiras, entre as 11h e as 12h, o período de atendimento ao público é encerrado por motivo de reunião de serviço (Conselho Técnico USF LN, 2023).

De acordo com o referido, a USF disponibiliza períodos de Consulta Aberta (CA) e de Consulta de Intersubstituição (IS) para situações de doença aguda ou problemas clínicos percecionados pelos utentes. Quando estão esgotadas as vagas para CA e IS, fora do horário de atendimento da USF ou quando não for possível agendar as consultas para o dia seguinte, o utente poderá ter a possibilidade de ser atendido no CS GH aos sábados domingos e feriados, entre as 09H e as 13H (Conselho Técnico USF LN, 2023).

A CA deverá ser realizada pelo respetivo médico e enfermeiro de família e a IS poderá ser realizada por qualquer médico ou enfermeiro que não corresponda ao processo clínico do utente. A Figura 2.2 representa um fluxograma do atendimento do utente, em caso de marcação de consulta por doença aguda (Conselho Técnico USF LN, 2023).

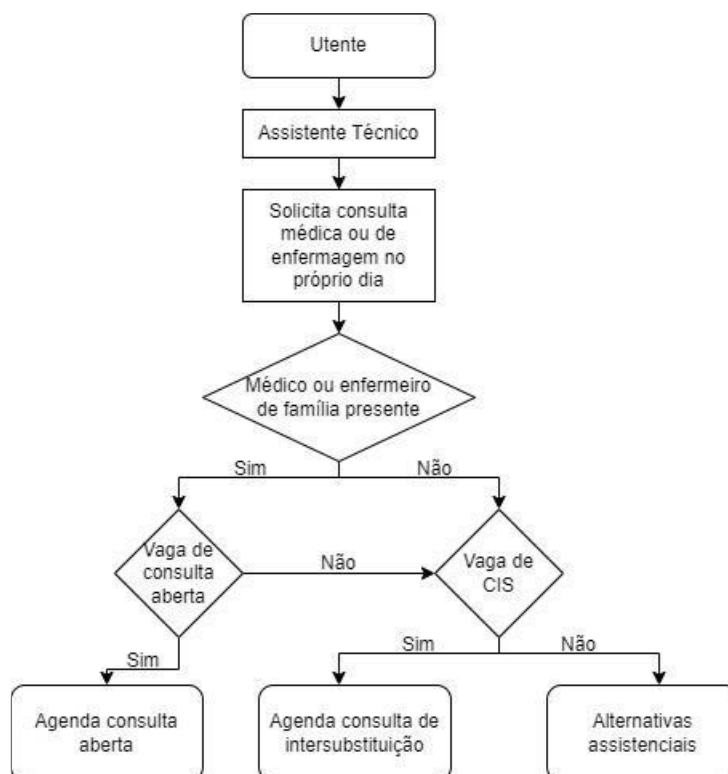


Figura 2.2: Fluxograma de atendimento ao utente que requer marcação de consulta de doença aguda (Conselho Técnico USF LN, 2023).

Pretende-se que a comunicação com os utentes da USF seja realizada através de contacto presencial, telefónico ou via e-mail. Para além destes meios, existem também placares na própria instituição que contêm informação relevante sobre o funcionamento e princípios da USF, tais como, serviços mínimos, horário dos profissionais, ausências programadas, alternativas assistenciais e contactos, direitos e deveres dos cidadãos, circuito do utente e temas de interesse no âmbito da educação para a saúde (Conselho Técnico USF LN, 2023).

No polo P foi possível verificar que o circuito de utentes estava bem identificado, através de sinalética, do local para onde se poderia dirigir o utente. Os gabinetes médicos e de enfermagem também estavam devidamente identificados com o nome do enfermeiro/médico e o número do gabinete. Um cuidado de referência é a prática de ceder o email da USF para algum contacto posterior, agendamento de consulta ou dúvida que possa existir no final das consultas, principalmente no âmbito do planeamento familiar ou saúde infantil/juvenil.

Para além destes meios, a USF dispõe também de diversos folhetos informativos localizados na sala de espera ou em gabinetes clínicos e também do Guia de Acolhimento do Utente que se encontra disponibilizado na sala de espera, em local visível e acessível (Conselho Técnico USF LN, 2023).

2.2.5. CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

“Em todos os modelos de USF existe um compromisso assistencial nuclear, denominado, carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspetos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira adicional de serviços, contratualizados com os departamentos de contratualização, em sede de candidatura ou nas épocas para tal definidas e revistos anualmente” (Ministério da Saúde, 2007b).

Neste sentido, no que refere à carteira básica de serviços, as áreas de atuação e intervenção dos médicos e enfermeiros da USF incidem sobre vigilância, promoção de saúde e prevenção de doença nas diferentes fases de vida e englobam uma intervenção em: cuidados gerais; saúde da mulher; saúde infantil e juvenil; saúde do adulto e do idoso; cuidados em situação de doença aguda; acompanhamento clínico em situações de doença crónica e patologia múltipla; cuidados no domicílio (Conselho Técnico USF LN, 2023).

A USF L não dispõe de carteira adicional de serviços. Da carteira adicional de serviços, poderão ser incluídos cuidados continuados integrados a utentes admitidos na RNCCI, bem como colaboração com outras UF em programas de intervenção na comunidade, como por exemplo no âmbito da saúde escolar bem como intervenções dirigidas a cidadãos em risco de exclusão social (Ministério da Saúde, 2007b).

2.2.6. INDICADORES – METAS A ATINGIR

Na sua carta de compromisso, a USF L compromete-se a assegurar o cumprimento das atividades e recursos previstos no Plano de Ação, inerentes à carteira básica de serviços. Pretende cumprir os tempos máximos de resposta garantidos, com enfoque no plano de melhoria em áreas específicas”. Deste modo, pretende-se que o Índice de Desempenho Global (IDG) previsto a atingir seja de 78,39, com enfoque no plano de melhoria dirigido às áreas expostas no Quadro 2.1.

Quadro 2.1: *Plano de melhoria tendo em conta áreas específicas da USF L* Fonte: (USF Leiria Nascente & ACES Pinhal Litoral, 2023)

Melhoria e qualificação do acesso
Qualificação da prescrição
Qualificação da discussão clínica e da referenciação hospitalar
Segurança dos utentes nos termos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026
Satisfação dos utentes e profissionais
Intervenção nas subáreas a necessitarem de melhoria, em função da análise dos resultados do ano anterior

Ao consultar o documento da USF, relativo à comparação dos indicadores de desempenho entre os anos de 2022 e 2023, verificou-se um balanço bastante positivo de uma forma geral. Alguns destes indicadores irão ser abordados mais detalhadamente nos capítulos seguintes. Foi possível verificar que o valor do IDG se encontra atualmente em 80,9, o que ultrapassa o valor previsto a atingir na Carta de Compromisso (Ministério da Saúde – Portugal, s.d.). A lista dos indicadores contratualizados encontra-se detalhada no Anexo I.

Salienta-se que, os resultados obtidos no relatório sobre a avaliação da satisfação dos utentes da USF L, evidenciam índices bastante satisfatórios em várias vertentes, nomeadamente, ao nível da prestação de cuidados da equipa multidisciplinar, instalações, conforto e segurança (Chaves et al., 2022).

2.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem, refere-se ao espaço onde o enfermeiro de família, em colaboração com a família, alvo de cuidados, aplica e desenvolve o processo de enfermagem através do estabelecimento de diagnósticos e implementação de intervenções, de forma a promover ganhos em saúde (P. Melo, 2021).

2.3.1. SAÚDE DA MULHER

As consultas de saúde materna e de planeamento familiar da USF L são preconizadas de acordo com as *guidelines* atualizadas e normas da DGS. Nos termos do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, “as mulheres com gravidez de baixo risco devem receber cuidados de saúde programados na preconceção, na gravidez e no puerpério em CSP” (Direção-Geral da Saúde, 2023, p. 5).

Preconiza-se que, na área da saúde materna, sejam considerados os seguintes indicadores: proporção de grávidas com consulta pré-concepcional (nº grávidas em CSP/nº anual de nascimentos no SNS); proporção de grávidas com vigilância de gravidez antes das dez semanas de gestação (nº grávidas com consulta realizada até às nove semanas nos CSP/nº anual de nascimentos no SNS); proporção de grávidas com seis ou mais consultas de saúde materna nos CSP (nº anual de grávidas com pelo menos seis consultas de saúde materna nos CSP/nº anual de nascimentos no SNS) (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Na USF L, para o ano de 2023, em relação ao indicador “Índice de acompanhamento adequado em Saúde Materna”, verificaram-se valores acima do mínimo esperado para o respetivo indicador, com um balanço positivo entre os anos de 2022/2023. Em relação ao indicador “Proporção de grávidas com consulta de vigilância no 1º trimestre”, verificaram-se também valores superiores ao mínimo esperado para este indicador, com valores próximos de 100, o máximo aceite. No entanto, ressalva-se que houve um balanço negativo relativamente ao ano de 2022, com uma ligeira descida no valor do indicador de acordo com o Anexo 1. Um dado preocupante é a baixa taxa de natalidade, refletida no baixo número (seis) de grávidas acompanhadas em consultas de saúde materna, num ficheiro clínico de 1724 utentes. Estes dados refletem a configuração da pirâmide etária da USF L.

Em entrevista ao Jornal Público, a demógrafa Ana Fernandes, documenta alguns determinantes da atual baixa taxa de natalidade existente em Portugal como: a precariedade laboral, os baixos salários, a crise na habitação e o baixo reforço nas licenças parentais (Faria, 2023).

Em relação aos indicadores de desempenho no programa de planeamento familiar, verificou-se no anexo 1 que a “taxa de utilização de consultas de planeamento familiar ainda está um pouco abaixo dos valores mínimos esperados, apesar de ter havido um aumento de valor relativamente ao ano de 2022. Já a “proporção de mulheres entre os 20-60 anos com rastreio do cancro do colo do útero” subiu consideravelmente face ao ano de 2022, colocando o indicador dentro dos valores mínimos esperados.

2.3.2. SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

As consultas de saúde infantil e juvenil são realizadas de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, tendo em consideração as idades-chave para a sua realização. Englobam a avaliação de determinados parâmetros, como o peso, altura, perímetro cefálico até aos 2 anos, tensão arterial a partir dos 3 anos, entre outros. É também realizado o teste visual de Snellen aos 2 anos e meio e aos 5 anos e são prestados os cuidados antecipatórios e avaliado o desenvolvimento da criança através da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan, para as faixas etárias propostas. A atualização do esquema vacinal é também realizada, dependendo da faixa etária da criança. Todas as informações pertinentes são escritas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e são esclarecidas as dúvidas da família (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Sendo o Programa de Saúde Infantil e Juvenil tão vasto e existindo tantas especificidades relativamente ao esquema vacinal, foi necessário mobilizar conhecimentos teóricos com mais frequência para poder dar resposta a estas consultas. No entanto, as famílias mostraram-se recetivas à intervenção e foi possível observar a interação dos pais com a criança. Foi patente uma situação em que se verificava a preocupação de uma mãe com a quantidade de vezes que o bebé mamava, preocupação essa promovida pelo pediatra, que referia a necessidade de amamentação de 3/3 horas. A mãe referia que, quando a criança estava a dormir à noite, era difícil amamentar e que a própria criança, não solicitava. De facto, Lima et al. (2019) salientam que não é suficiente a preparação técnica dos profissionais de saúde, sendo necessário um olhar mais abrangente e integrado sobre a experiência do aleitamento materno. É de salientar que, num estudo realizado por M. Oliveira (2016), que aborda a prevalência e os fatores condicionantes do aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida, verificou-se que a maior causa referida para o abandono do aleitamento materno foi a má progressão ponderal. Deste modo, torna-se importante compreender que o peso do bebé, por si só, já é um fator de stress para a família, motivo pelo qual, o profissional de saúde deve ter sensibilidade ao abordar esta questão, entendendo que cada criança possui as suas necessidades específicas.

No ficheiro clínico consultado existem 329 crianças a serem seguidas em consultas de saúde infantil e juvenil, para um total de 1724 utentes. Mais uma vez, estes valores refletem a baixa taxa de natalidade desta região. Relativamente aos indicadores preconizados pela Direção-Geral da Saúde (2013) para a saúde infantil verifica-se que a maioria se encontra dentro dos valores mínimos esperados. Salienta-se a existência de um balanço positivo para o indicador “proporção de crianças com 6 ou mais consultas de vigilância no 1º ano” entre os anos de 2022 e 2023, ficando este indicador dentro dos valores mínimos esperados ao invés dos valores mínimos aceites, como acontecia em 2022. Os indicadores referentes ao cumprimento do Programa Nacional de Vacinação para esta faixa etária encontram-se todos perto do máximo esperado, o que vai de encontro à declaração de que “Portugal é um dos países europeus com maiores níveis de confiança nas vacinas”, apresentando alta cobertura vacinal (Hilário et al., 2024, p. 2).

Em relação às consultas de visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e à puérpera, na USF L, estas não se praticam. O mesmo pode ser verificado através do indicador “Proporção do agregado familiar puérpera/Recém-Nascido com domicílio de enfermagem” que, neste sentido, se encontra com 0 valores (BI-CSP, 2024). De acordo com a World Health Organization, p. (2022, p. 9) “visitas domiciliarias durante a primeira semana após o nascimento por profissionais de saúde qualificados ou um agente de saúde comunitário treinado são recomendadas para o cuidado pós-natal de mulheres e recém-nascidos saudáveis.”

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil reforça que, nos Cuidados de Saúde Primários, “é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na

vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 7).

A consulta de enfermagem ao domicílio no puerpério, contribui para uma melhor adaptação à parentalidade, uma vez que proporciona uma melhor adequação dos cuidados a prestar, permitindo maior facilidade à expressão de dúvidas e dificuldades por parte do casal (E. Almeida et al., 2016).

Tendo em consideração os benefícios acima descritos, seria uma mais-valia para a USF, a realização deste tipo de consultas ao domicílio, não descrendo que as carências e assimetrias de profissionais nos CSP influenciam a diversidade de recursos humanos que possam desempenhar estas atividades, tal como refere a Direção-Geral da Saúde (2013).

Uma observação interessante verificada nas consultas de saúde infantil, foi a participação ativa de ambos os pais e a interação do casal nas consultas. Inclusivamente em algumas situações, apenas o pai comparecia na consulta do filho, prestando todos os cuidados necessários. Quando estava presente o casal, a abordagem era de parceria, mostrando-se ambos os elementos do casal interativos e interessados. Figueiredo, p. (2023, p. 163) refere que “a coparentalidade é a relação que se deseja que seja estabelecida entre as figuras parentais no desempenho do papel, e envolve a articulação concertada entre estes, no processo de cuidar de uma criança, não se resumindo à capacidade de cada um individualmente.” Deste modo, o envolvimento do pai no processo permite uma maior proximidade e aumento do grau de satisfação para todos os elementos da família (Wall et al., 2010).

2.3.3. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO EM SITUAÇÕES DE DOENÇA CRÓNICA E PATOLOGIA MÚLTIPLA

Na região Centro de Portugal, entre 2011 e 2021, verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção da população com 65 e mais anos que aumentou. Deste modo, agravou-se o fenómeno de duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e a diminuição da população jovem, sendo o número de idosos da região equivalente a mais do dobro do número de jovens residente (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Na USF L verifica-se que a maioria da população é adulta/idosa. A doença crónica que prevalece no ficheiro clínico consultado é a Hipertensão Arterial (HTA). Neste sentido, existem 350 utentes acompanhados no programa de vigilância de HTA para um total de 1352 utentes vigiados em pelo menos 1 programa de saúde, o que equivale aproximadamente a 25% da população inscrita.

A HTA apresenta uma prevalência crescente, a nível mundial, sendo de 36% em Portugal, e a principal causa de morte” (Santos et al., 2022). Também o Perfil Local de Saúde do antigo ACES Pinhal Litoral (2022), confirma que as doenças do aparelho circulatório, são, para ambos os sexos, na faixa etária >75 anos, as causas de morte mais prevalentes, entre os anos de 2019-2021.

Verificou-se que parte dos utentes seguidos nestas consultas apresentava aumento do perímetro abdominal e / ou hábitos tabágicos. O consumo excessivo de sal e a obesidade são os fatores que mais continuam para a HTA, sendo a região Centro a 2ª região do país com piores índices de HTA (Santos et al., 2022).

Em relação à doença crónica Diabetes Mellitus (DM), verificam-se alguns utentes portadores no processo clínico, contudo, com valores bastante inferiores ao número de utentes com hipertensão arterial. A maioria

da população com DM são utentes com 65 ou mais anos. Associado à diabetes, encontra-se frequentemente a obesidade, sendo que o perímetro abdominal de vários utentes era considerado elevado.

Na USF L, foi possível constatar que não se realizavam consultas específicas de pé diabético, sendo que os utentes com alto risco eram referenciados para consultas intra-hospitalares dessa especificidade. Sendo o pé diabético uma das complicações mais graves da DM, com graves repercussões pessoais, familiares, sociais e económicas, a orientação técnica no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários “cuidados de saúde primários com mais respostas” visou alargar as consultas de pé diabético a todos os centros de saúde do país, investindo no rastreio e diagnóstico precoce, uma vez que, previnem a doença (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022).

O indicador “proporção de utente com DM 2 com consulta de enfermagem de vigilância da diabetes no último ano” apresenta valores relativamente próximos do máximo esperado, o que reflete a dedicação e esforço dos enfermeiros a este nível (Ministério da Saúde – s.d.).

2.3.4. SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

Durante a experiência de estágio, foi possível prestar cuidados ao nível da saúde do adulto e do idoso, administrar vacinas segundo o PNV, colaborar na realização de rastreios colorretais e realizar tratamento a utentes com feridas crónicas, traumáticas e cirúrgicas, sendo a úlcera venosa, a causa mais prevalente de feridas crónicas.

Estes dados corroboram o resultado do estudo realizado em 2016 por Passadouro et al. (2016) que concluiu que as feridas crónicas mais prevalentes no ACES PL eram as de causa vascular, predominantemente de origem venosa, mais frequentes em utentes do sexo masculino. Existiu alguma dificuldade na gestão de tempo destes tratamentos, devido à sua complexidade técnica.

O indicador “acompanhamento adequado (da pessoa com) de úlceras venosas” apresenta um valor acima do mínimo esperado, o que reflete uma prática otimizada, apesar de obter valores inferiores relativamente ao indicador “acompanhamento adequado de úlceras por pressão” (Ministério da Saúde – Portugal, sem data).

O cumprimento dos objetivos referentes ao PNV foi, mais uma vez, exemplar, obtendo-se valores próximos do máximo esperado para o indicador “proporção de utentes com 25 ou mais anos com a vacina do tétano” (Ministério da Saúde – Portugal, sem data). Foi notória a preocupação da equipa de enfermagem em notificar os utentes com a vacina em atraso, aproveitando a consulta para atualizar o boletim de vacinas no programa informático Sclínico.

Outro objetivo da USF, preconizado na Carta de Compromisso, seria o de aumentar para 65% a “proporção de utentes entre os 50-75 ou mais anos com rastreio de cancro colorretal”, no ano de 2024. Tal objetivo foi concretizado e superado, obtendo-se valores de 67,8% (USF Leiria Nascente & ACES Pinhal Litoral, 2023).

Durante estas consultas foi evidente a preocupação dos familiares, acompanhantes de utentes com demência, frequentemente no papel de cuidador informal, refletindo que “associado à responsabilidade de cuidar de alguém dependente, a investigação tem identificado um conjunto de repercussões negativas, em particular o potencial de desenvolvimento de sobrecarga por exposição a fontes de stress prolongado.” (Figueiredo, 2023, p. 270). Esta inquietação, associada à responsabilidade profissional de promover ganhos em saúde junto dos cuidadores de utentes com demência e suas famílias, fez emergir a problemática do estudo, que mais tarde foi implementado no contexto da USF LN.

2.3.5. URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS E ACIDENTES

Tal como foi referido anteriormente, existe um circuito específico de atendimento aos utentes que possuam uma doença aguda, sendo que, situações que não possam ser resolvidas no âmbito dos CSP devem ser encaminhadas para o serviço de urgência do hospital mais próximo (Conselho Técnico USF LN, 2023).

Durante a experiência de estágio foi possível contactar com esporádicas situações de doença aguda. Verificou-se uma situação de profilaxia de choque anafilático por mordedura de inseto e outra situação, relacionada com uma ferida traumática infetada que foi necessário recomendar a deslocação hospitalar.

2.3.6. VISITA DOMICILIÁRIA

Um dos processos-chave que constitui a base dos procedimentos da USF L consiste na visita domiciliária. A visita domiciliária “destina-se à prestação de cuidados de saúde no domicílio, aos utentes incapazes de se deslocarem à Unidade. Tem por objetivo o cumprimento de atividades preventivas/curativas. Poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador ou ser da iniciativa dos profissionais de saúde” (Conselho Técnico USF LN, 2023, p. 11).

A visita domiciliária pode ser solicitada pelo utente/família ou por iniciativa do profissional de saúde. Os critérios de inclusão listados pelo Conselho Técnico USF LN (2023) são:

- Uteses inscritos e a residir na área de influência da USF impossibilitados de se deslocar;
- Uteses acamados;
- Uteses portadores de défices motores graves;
- Uteses portadores de doenças agudas incapacitantes;
- Uteses com doenças terminais;
- Pós-operatórios com alta precoce;
- Visitas preventivas a puérperas e recém-nascidos até aos 15 dias de vida;
- Outras situações clínicas do entendimento da equipa.

As visitas domiciliárias tornam-se importantes uma vez que é no domicílio que os profissionais de saúde conseguem perceber a realidade em que o utente/família se encontra inserido. Desta forma, podem adequar as suas intervenções ao nível da promoção e manutenção de saúde, facilitando a participação e o envolvimento da família na prestação de cuidados e no processo de saúde/doença (Ferreira et al., 2019).

Durante o estágio, os cuidados domiciliários foram prestados simultaneamente pelo médico e enfermeiro de família. Numa dessas visitas, foi escolhida a família para realizar a aplicação do modelo de avaliação familiar preconizado. A visita domiciliária proporcionou uma percepção do ambiente familiar e uma preciosa recolha de informação que permitiu a operacionalização da problemática que viria a estudar, dando resposta ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

Em relação ao indicador “taxa de domicílios de enfermagem por 1000 idosos inscritos”, os valores encontram-se bastante inferiores ao valor mínimo aceite Ministério da Saúde – Portugal (s. d.), o que reflete a necessidade de se otimizar esta prática, tal como preconiza a USF LN na sua Carta de Compromisso (USF Leiria Nascente & ACES Pinhal Litoral, 2023).

2.4. A METODOLOGIA DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Na USF L trabalha-se de acordo com a metodologia do Enfermeiro de Família. Neste sentido, tal como foi referido, a cada equipa (médico e respetivo enfermeiro de família e assistente técnico), corresponde um ficheiro clínico constituído por determinado número de utentes.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), a Enfermagem de Saúde Familiar constitui-se como um campo de atuação autónomo e diferenciado da enfermagem comunitária, que mantém o enquadramento em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e na transversalidade da família enquanto alvo de cuidados.

Neste sentido cabe ao EEESF, assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar têm como foco de atenção as dinâmicas internas da família, a estrutura da família e o seu funcionamento bem como as relações interpessoais fora do contexto familiar. O EEESF consegue compreender a relação entre a família e os fatores ambientais que a envolvem e que geram mudanças nos processos intrafamiliares. Também faz parte da sua competência a interação com as famílias através de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, realizando uma recolha de dados que permita a identificação de problemas, a formulação de diagnósticos de enfermagem, de objetivos e o planeamento das intervenções. Deve assumir-se também, como ele de ligação entra a família e os recursos da comunidade, negociando com a família os melhores cuidados para garantir o equilíbrio do sistema familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nestas consultas de enfermagem, foi possível compreender a dinâmica entre e dentro dos vários subsistemas e a forma como os fatores ambientais interferem na dinâmica familiar. Com esta recolha de dados bem como através da observação da linguagem não verbal, foi possível compreender determinados desequilíbrios que podiam existir nos vários subsistemas familiares.

Para demonstrar o conhecimento e a compreensão da necessidade de o EEESF se assumir como o elo de ligação entre a família e os recursos da comunidade, é descrita uma experiência de estágio. Trata-se da situação de um utente, com uma estrutura familiar unitária, que apresenta úlcera venosa crónica, de difícil cicatrização, em ambas as pernas. Além de apresentar estas úlceras extensas, tem também uma coxartrose à esquerda de grau 4, que o impossibilita de permanecer sentado em qualquer circunstância. A intervenção cirúrgica seria a única opção que poderia reverter esta situação e promover uma melhor qualidade de vida ao utente, no entanto, é contraindicada devido à presença das úlceras venosas. A toda esta problemática, soma-se uma coagulopatia que potenciou episódios de hemorragia extensa nas feridas, tendo sido necessário ativar o serviço de emergência médica. Face à complexidade do estado clínico e à inexistência de suporte familiar, a Enf.^a Orientadora conseguiu assegurar consultas externas de acompanhamento clínico hospitalar, uma vez por semana. Não sendo a solução perfeita, continua a tentar encontrar melhores opções para ajudar o utente, ponderando articulação com a RNCCI, de forma a garantir um acompanhamento mais permanente, um bom suporte nutricional, e resposta às restantes necessidades identificadas.

É possível compreender que esta competência do EEESF (elo de ligação entre a família e os recursos) faz a diferença na vida de muitas famílias, independentemente da estrutura e organização familiar. Neste caso, a enfermeira não se centra apenas no tratamento à ferida, mas atende a todo o contexto do utente, reconhecendo as limitações do acompanhamento em CSP face à complexidade clínica e procurando encontrar

os melhores recursos na comunidade. Neves (sem data) num texto técnico publicado pela Ordem dos Enfermeiros, refere que a úlcera venosa não deve ser descontextualizada da realidade da pessoa que a tem. Essa pessoa merece uma atenção global e individualizada e um cuidado que englobe a existência de uma equipa multidisciplinar.

2.5. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DO FICHEIRO CLÍNICO

Na sua prática clínica, o EEESF deve cuidar da família como unidade de cuidados, prestando cuidados gerais e específicos ao longo do ciclo vital da família, articulando e complementando os cuidados com outros profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nas últimas décadas, verificaram-se mudanças sociodemográficas importantes na população portuguesa que originaram alterações na estrutura e na organização da família, conduzindo a novas necessidades de saúde. A família da atualidade é uma “realidade complexa”, visto poder assumir vários tipos de configuração: casal; família nuclear, casal do mesmo sexo com filhos adotivos, família reconstituída, família monoparental, coabitação, família institucional, comuna, unipessoal, alargada (Figueiredo, 2023, p. 101).

Por forma a compreender as características das famílias foi pertinente conhecer o ficheiro clínico da Enfermeira Orientadora, que é constituído por 1727 utentes, distribuídos por 702 famílias. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, devem ser atribuídas 350 famílias ou um limite de 1.550 utentes ao EEESF. Pelos dados obtidos pode verificar-se que o número de famílias do ficheiro excede as dotações seguras definidas (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Através do programa informático Sclínico, foi possível verificar que a maioria das famílias analisadas apresenta estrutura familiar de família nuclear. Esta configuração de família corresponde a um casal, constituído por um homem e uma mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados, que podem ser legalmente casados (Figueiredo, 2023).

A família nuclear corresponde à família tradicional, organizada em torno da função biológica da reprodução e foi, por muitos anos, o tipo de família predominante na sociedade. Contudo, tal como foi referido, o paradigma parece estar em mudança, verificando-se um número crescente de famílias sem filhos bem como famílias reconstituídas (Hanson, 2005).

As famílias numerosas também são características deste ficheiro clínico. O 2º tipo de estrutura familiar mais predominante é a família monoparental, no entanto, tal como refere a enfermeira orientadora, poderá existir um viés de resultado uma vez que há casais que não estão alocados ao mesmo centro de saúde. Posteriormente, seguem-se as famílias alargadas, reconstituídas e as fratrias. Das 702 famílias do ficheiro, 219 famílias pertencem a agregados familiares unitários.

2.5.1. ESCOLHA DA FAMÍLIA PARA APLICAR O MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Durante o percurso de ensino clínico foi preconizado o desenvolvimento do Processo de Enfermagem através da aplicação de um Modelo de Avaliação Familiar a uma família à escolha no ficheiro clínico da USF. A família escolhida para aplicar o Modelo de Avaliação Familiar é uma família nuclear, constituída por um casal na última etapa do ciclo vital – família em envelhecimento. Neste caso, o agregado familiar é constituído pelos dois membros do casal, que são idosos. A esposa tem o papel de cuidadora informal do marido que, por sua vez, se encontra com um processo demencial em evolução.

Foi possível estabelecer contacto com esta família através de um domicílio realizado pela enfermeira orientadora e a respetiva médica de família. Nesta visita domiciliária, verificou-se a exaustão da esposa relativamente aos cuidados com o marido. Foi ainda mais notório a preocupação pelo estado de saúde do marido bem como a difícil aceitação do prognóstico emergente.

O envelhecimento populacional contribui para um aumento dos problemas de saúde mental, nomeadamente doenças degenerativas e quadros demenciais (A. C. Fernandes, 2020). Nesta linha de pensamento, Minayo & Coimbra Jr., p. (2002, p. 52) referem que “a dinâmica da atenção ao idoso que vive um processo de demência tem toda uma estrutura específica que difere da assistência ao idoso sem comprometimento cognitivo. Vivenciar um processo que apresenta um curso de deterioração progressiva pode ter efeitos devastadores nas pessoas afetadas e em seus familiares.”

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Figueiredo (2023) refere que o exercício profissional do EEESF tem por base quadros de referência de enfermagem de saúde familiar que são congruentes com a sua prática clínica, perspetivando o sistema familiar como foco dos cuidados de enfermagem. Vários são os conceitos de família propostos por diversos autores que se dedicam ao estudo da saúde familiar. Neste sentido, Relvas (2000) conceptualiza a família como um sistema constituído por indivíduos que interagem de forma estruturada e contínua, estabelecendo dinâmicas próprias que lhe conferem identidade enquanto grupo e autonomia funcional. Figueiredo (2023) acrescenta que a família evolui, desenvolvendo funções adaptadas às suas finalidades. Essas funções vão-se transformando ao longo do ciclo de vida da família, ciclo esse, determinado por transições normativas e acidentais. Nesta linha de pensamento, “reconhece-se o conceito de família numa perspetiva sistémica” (Figueiredo, 2023, p. 93).

3.1. PERSPETIVA SISTÉMICA

O pensamento sistémico surgiu da relação entre a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), a Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana (TCH). A TGS define regras gerais que permitem caracterizar e conhecer os sistemas. A Cibernética estuda a forma de funcionamento dos sistemas. A TCH permite estabelecer a relação entre os elementos que constituem o sistema (Figueiredo, 2023).

De acordo com o pensamento sistémico, os sistemas são instáveis, sujeitos a flutuações ou crises que, por sua vez, podem ser internas, geradas pelo sistema, ou externas, geradas pelo ambiente ou de forma acidental. Estas crises são potenciadoras de mudança no sistema, elevando-o para um novo nível de funcionamento. Neste caso, “o sistema está em permanente processo de mudança e evolução, auto-organizando-se em contexto de instabilidade, imprevisibilidade e incontrolabilidade” (Figueiredo, 2023, p. 68).

Encarando-se o sistema como um conjunto de objetos e das relações entre os objetos e os atributos, também a família pode ser considerada um sistema uma vez que é constituída por objetos que, neste caso, são indivíduos. Estes objetos têm os seus respetivos atributos – propriedades, que se poderão traduzir em comportamentos humanos. Por fim, estes componentes relacionam-se entre si, traduzindo assim um sistema. Do mesmo modo, este sistema- família, contém subsistemas, integrando-se também como parte de suprassistemas, que se organizam de forma hierárquica e possui limites que lhe permitem distinguir-se do meio que o rodeia (Alarcão, 2002).

De facto, o ciclo de vida da família caracteriza-se por mudanças em cada um dos elementos que, consequentemente, requerem mudanças em todo o sistema, num determinado período temporal decidido pela família. Estas mudanças promovem alterações no funcionamento familiar, atuando sobre os limites, as regras e as interações entre os subsistemas. A família enquanto sistema possui funções internas, relacionadas com as tarefas atribuídas a cada subsistema, e funções externas, relacionadas com a sociabilização exterior, influenciando e sendo influenciada pelo meio que a rodeia (Figueiredo, 2023).

O sistema-família, é constituído por uma organização própria, que não se altera e se remete aos alicerces da família, e uma estrutura, que se traduz por um conjunto de relações estabelecidas em cada etapa da vida familiar, passível de ser alterada face às situações de crise (Alarcão, 2002).

Alarcão (2002) determina, fundamentalmente, 4 subsistemas constituintes do sistema familiar:

- Subsistema individual – composto pelo indivíduo que apresenta funções familiares bem como papéis noutros sistemas mais amplos.
- Subsistema conjugal – composto pelo casal da família. Neste subsistema emergem conceitos como complementaridade, adaptação recíproca e simetria entre os elementos. Uma das suas principais funções consiste em desenvolver limites que protejam o casal da intrusão de outros subsistemas.
- Subsistema parental – composto pelo casal da família que, neste caso, tem funções executivas, ou seja, deve promover a educação e a proteção das gerações mais novas. No caso das famílias monoparentais, esse mesmo elemento adulto assume estas funções, pois tal como refere (Alarcão, 2002, p. 55) “o subsistema parental pode variar na sua composição”.
- Subsistema fraternal - composto pelos irmãos. Tem como funções a socialização e a experimentação de papéis, emergindo conceitos como relação entre pares, apoio mútuo, competição, conflito e negociação.

Estes subsistemas interagem entre si e com o meio através de limites. Estes limites permitem regular a passagem de informação entre o sistema e o meio bem como entre subsistemas. Neste sentido, os limites promovem a diferenciação do sistema e dos seus subsistemas definindo quem participa e como o faz. De acordo com Alarcão (2002) os limites poderão ser:

- Claros – delimitam o espaço e as funções de cada subsistema, permitindo a partilha de informação e influência entre os mesmos.
- Difusos – dificultam a diferenciação dos subsistemas pela sua permeabilidade.
- Rígidos – dificultam a comunicação e compreensão entre subsistemas.

Alarcão (2002), citando Minuchin (1979), refere que as famílias podem ser consideradas do tipo emaranhado ou desmembrado, dependendo da diferenciação e permeabilidade dos limites. Neste sentido, as famílias emaranhadas estabelecem limites difusos entre os seus subsistemas e limites rígidos com o exterior, o que significa que os papéis familiares são rígidos, existe uma mistura de papéis entre gerações e um dos pais poderá ser colocado numa posição de papel inferior. Por este motivo, este tipo de família fecha-se frequentemente sobre si mesma, criando a sua própria dinâmica e microcosmos. Por sua vez, as famílias emaranhadas, estabelecem limites rígidos entre subsistemas e difusos com o exterior. Em concordância com este padrão de funcionamento, a capacidade comunicacional entre subsistemas é difícil, cada elemento da família funciona de forma individualista, os papéis parentais são instáveis pelo que as funções de proteção estão diminuídas. Devido aos limites difusos com o exterior, as gerações mais novas são frequentemente inseridas de forma precoce na sociedade, utilizando a agressividade e o conflito como forma de protesto e de sintoma da disfunção familiar.

3.2. MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM

Os modelos teóricos de Enfermagem são essenciais para orientar a prática clínica dos cuidados de enfermagem. Existem alguns modelos que são fundamentais na área da Enfermagem de Saúde Familiar, descritos seguidamente.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman foi desenvolvido em 1970 e perspetiva o indivíduo/família/comunidade como um sistema aberto e dinâmico, em constante interação com o ambiente. Neste modelo, existem 5 variáveis que influenciam o sistema: fisiológica, desenvolvimental, psicológica, sociocultural e espiritual. Estas variáveis organizam-se em linhas de defesa flexíveis, normal, de resistência e

estrutura básica em torno do sistema. As linhas são compostas por recursos internos e externos que protegem a família relativamente aos fatores de stress intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Quando estas linhas são eficazes, restaura-se a estabilidade e revertem-se os sintomas resultantes da exposição aos fatores de stress (Pestana-Santos et al., 2021).

Dorothea Orem criou a Teoria do Défice de Autocuidado, perspetivando a família como um apoio ao indivíduo no seu autocuidado. Neste sentido, Orem concentra-se no papel que os membros da família desempenham na ajuda ao membro da família dependente. Em 1996, Gray alargou a Teoria de Orem, de forma a incluir as famílias. Neste sentido, Gray defende que cada elemento da família é um agente de autocuidado, contribuindo de forma contínua para a sua saúde. O comportamento de autocuidado evolui através de experiências sociais e cognitivas desenvolvidas pelas relações interpessoais entre a família, refletindo os valores pessoais, culturais e crenças e saúde da mesma (Hanson, 2005).

Martha Rogers criou a Teoria dos Sistemas Unitários que, posteriormente, foi alargada para a família por Fawcett. Neste sentido, a família é um sistema aberto em interação constante com o meio ambiente, com o qual troca matéria e energia. As famílias são influenciadas pela informação do ambiente e, consoante a permeabilidade dos seus limites, desencadeiam respostas às informações recebidas (Hanson, 2005).

Afaf Meleis desenvolveu a Teoria das Transições que, no caso do trabalho com famílias, adquire pertinência uma vez que as famílias passam por diversas transições ao longo do seu ciclo de vida. De acordo com esta autora, o ser humano pode experienciar diversas transições que podem ser desenvolvimentais, situacionais, de saúde/doença e organizacionais. As transições desenvolvimentais relacionam-se com crises naturais que ocorrem ao longo do ciclo de vida familiar; as do tipo situacional têm que ver com crises acidentais/inesperadas; as do tipo saúde/doença, estão ligadas a processos de adaptação a doença crónica e as transições organizacionais estão relacionadas com mudanças de papéis em contexto familiar ou laboral. Durante o processo de transição, existem condicionantes que podem ser limitadoras ou potenciadoras da transição: condicionantes pessoais, da comunidade, da sociedade e globais. Cabe ao EEESF desenvolver intervenções preventivas, antecipatórias e terapêuticas de forma a atuar sobre as condicionantes limitadoras da transição (P. Melo, 2021).

Por fim, torna-se importante abordar a Teoria da Auto-transcendência de Pamela Reed uma vez, que o objetivo desta teoria se prende com a compreensão do bem-estar na vida adulta tardia, emergindo conceitos como envelhecimento e morte. A autotranscendência, o bem-estar e a vulnerabilidade são conceitos que se influenciam entre si. A autotranscendência é capacidade de expansão, correlacionando-se com a partilha de sabedoria e aceitação das alterações do envelhecimento. O bem-estar representa o sentimento de sentir-se completo e saudável e inclui indicadores como satisfação de vida, autoconceito positivo, esperança, felicidade e sentido de vida. A vulnerabilidade representa a consciência da finitude da vida humana (Reed, 2008).

Todas estas teorias de Enfermagem estiveram, de uma forma ou de outra, diretamente ligadas aos cuidados de enfermagem, quer seja pela Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, tão presente em processos de transição saúde/doença ou etapas características do ciclo de vida, quer seja pela Teoria dos Sistemas de Neuman, presente quando as famílias se deparavam com fatores de stress, quer fossem derivados de doença ou derivados de crises normativas.

3.3. MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Tal como refere Figueiredo, p. (2023, p. 371) citando Kaakinen, et al, (2018), “a enfermagem de família apresenta-se, aos enfermeiros, como um novo paradigma do cuidar – do indivíduo para a família, exigindo distintas maneiras de pensar e trabalhar com as famílias.”

Neste sentido, surgiram os Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar descritos seguidamente por Figueiredo (2023): Modelo de Avaliação e Intervenção da Família de Hanson; Modelo de Avaliação da Família de Friedman; Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; Enfermagem Baseada nas Forças.

Todos estes modelos de avaliação e intervenção familiar têm a sua relevância, no entanto, irá ser referenciado o modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar uma vez que, constitui o modelo proposto a trabalhar em Ensino Clínico.

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), foi proposto por Wright e Leahey, constituindo os seus alicerces na perspetiva sistémica da família. Neste sentido, “avaliar a família numa perspetiva sistémica é apreciá-la na sua função, na sua dinâmica e na sua estrutura, num processo de interação com outros sistemas com quem interage, inclusive com a enfermagem e o enfermeiro” (Figueiredo, 2023, p. 377). Este modelo é constituído por 3 dimensões principais: estrutura, processo de desenvolvimento e funcionamento familiar. A estrutura, é organizada em estrutura interna (composição familiar, subsistemas, limites, ...), estrutura externa (família extensa, sistemas mais amplos) e estrutura contextual (etnia, religião, espiritualidade, ambiente...). O desenvolvimento é caracterizado pelos estádios, tarefas e vínculos da família. O funcionamento relaciona-se com uma componente instrumental (atividades de vida diária) e expressiva (comunicação verbal, papéis, influência e poder, crenças, entre outros) (Figueiredo, 2023).

Como forma de proceder à avaliação familiar através do MCAIF poderão ser utilizados determinados instrumentos de avaliação familiar. Os instrumentos que foram utilizados durante o ensino clínico foram o genograma, o ecomapa, escala de Graffar, escala de APGAR familiar de Smilkstein e Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) (Figueiredo, 2023).

Para além do MCAIF, torna-se relevante abordar o Modelo do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças, uma vez que alguns dos seus pressupostos foram utilizados durante a avaliação familiar no Ensino Clínico II. O Cuidar Baseado nas Forças (SBC) “é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor, e nos recursos de que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar mais eficazmente com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde” (Gottlieb, 2016, p. 1). Este modelo é adaptado a utentes, famílias e comunidades e permite que o enfermeiro ajude na adaptação, no desenvolvimento e na transformação destas famílias. Segundo este modelo, as forças representam as qualidades especiais e únicas da família, determinando a sua capacidade em lidar com os desafios da vida. Inclui o Processo em Espiral para descobrir e desocultar forças e abordagens para trabalhar com as forças (Gottlieb, 2016).

3.4. TRANSIÇÕES FAMILIARES

O ciclo de vida da família é pautado por diversas transições, relacionando-se esta perspetiva com a Teoria das Transições de Meleis. Desta forma, o ciclo vital da família pode ser entendido como um processo sequencial de etapas de desenvolvimento, caracterizado por mudanças na estrutura familiar associadas ao cumprimento

de tarefas próprias de cada fase (Relvas, 2000). Contudo, apesar de existirem aspetos comuns e gerais no processo de desenvolvimento do ciclo de vida familiar, cada família apresenta a sua individualidade e o seu modo particular de desenvolvimento (Figueiredo, 2023).

3.4.1. CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA

São diversos os autores que contribuíram com modelos sobre o ciclo de vida familiar. Os modelos mais comumente utilizados são os propostos por Duvall e Miller (1985), Carter e McGoldrick (1995) e Relvas (2000) de acordo com (Figueiredo, 2023).

Alarcão (2000), refere que estes modelos apresentam como ponto comum um esquema de classificação por etapas, caracterizadas por mudanças previsíveis na dinâmica familiar ao longo do tempo. Estas etapas demarcam-se pelo aparecimento ou saída de elementos da família, o posicionamento do filho mais velho e pelas tarefas de desenvolvimento normativas.

Neste relatório, irá ser abordado com mais detalhe o ciclo de vida da família proposto por Duvall e Miller uma vez que é o modelo integrado na plataforma Sclínico e utilizado durante a execução do estudo de caso.

O modelo do Ciclo de Vida da Família proposto por Duvall e Miller está organizado por 8 etapas que se delimitam pela presença de filhos e a idade do filho mais velho (Figueiredo, 2023). São elas:

- Casais sem filhos – formação da família, enfoque na relação conjugal, eventual preparação para a parentalidade.
- Famílias com recém-nascido – filho mais velho com idade até 30 meses, enfoque no ajustamento às exigências do papel parental.
- Famílias com crianças em idade pré-escolar – filho mais velho com idade entre 30 meses e 6 anos, enfoque em tarefas de desenvolvimento de estimulação e adaptação das crianças.
- Famílias com crianças em idade escolar – filho mais velho com idade entre 6 e 13 anos, enfoque nas responsabilidades a ter com as crianças em meio escolar e no relacionamento com outras famílias na mesma fase.
- Famílias com filhos adolescentes – filho mais velho com idade entre 13 e 20 anos, enfoque na promoção do equilíbrio entre a autonomia e responsabilidade dos filhos, partilha desta tarefa com a comunidade e na atribuição de importância a atividades de casal, num sentido de novo fecho do sistema ao subsistema conjugal.
- Famílias com filhos jovens adultos – desde a saída do primeiro filho até à saída do último, enfoque na promoção da separação dos filhos, permitindo que eles construam a sua vida no exterior, mantendo uma base de suporte familiar.
- Casal na meia-idade – desde o “ninho vazio” até à reforma, enfoque para tarefas relacionadas com a adaptação ao ninho vazio, à reconstrução da relação de casal e redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas.
- Envelhecimento – famílias com membros mais velhos – desde a reforma até ao falecimento de um ou ambos os cônjuges, enfoque em tarefas relacionadas com a adaptação à reforma, ao luto, à solidão e ao envelhecimento.

4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O EEESF, surge como o profissional que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem a famílias em todas as fases de vida. Neste sentido, o foco dos cuidados prende-se com as dinâmicas internas da família e com a sua relação com o meio que a rodeia. Estas dinâmicas relacionam-se com a estrutura da família, o seu funcionamento e as relações entre os subsistemas familiares e o meio ambiente. Esta interação promove mudanças nos processos intrafamiliares e na forma como a família interage com o meio. Neste sentido, “o enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, (...), e o planeamento da intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As competências necessárias a adquirir neste ensino clínico seguem as orientações expressas no Regulamento 428/2018 sobre as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

As competências comuns do EEESF englobam a: responsabilidade ética e deontológica; melhoria da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O enfermeiro deve desenvolver a prática clínica sustentada em normas legais, princípios éticos e deontológicos. Os direitos humanos e as responsabilidades profissionais devem ser respeitados na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

O Código Deontológico do enfermeiro foi publicado em anexo ao Decreto de Lei nº104/98 e manteve-se na primeira alteração estatutária, através da Lei nº111/2009. Neste sentido, o desenvolvimento da profissão de Enfermagem tem-se realizado a vários níveis, nomeadamente reconhecendo a compreensão da responsabilidade ética e deontológica, pelo que a existência de um Código Deontológico adquire uma função normativa e vinculativa para todos os enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No decorrer do processo de estágio, os cuidados às famílias foram prestados de acordo com os pressupostos do Código Deontológico do enfermeiro. Para elaborar o projeto de investigação “A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência” foi submetido um pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSRL cuja autorização se encontra em anexo (Anexo II). As comissões de ética representam um marco evolutivo na sociedade contemporânea, tendo a função de supervisionar adequadamente a investigação científica que envolve seres humanos (Nunes et al., sem data).

Durante a experiência em ensino clínico foi possível colaborar em processo de melhoria da qualidade na área da saúde infantil, através da educação para a saúde a famílias com recém-nascido. Neste sentido, após levantamento das necessidades da USF no que respeitava à melhoria contínua juntamente com a enfermeira orientadora, decidiu-se realizar um panfleto sobre alimentação do bebé no primeiro ano de vida, já que, de

acordo com a DGS (2019) existem novas guidelines sobre o tópico. O panfleto elaborado encontra-se em apêndice (Apêndice I).

Ainda ao nível da melhoria contínua da qualidade, colaborou-se na otimização da relação entre a enfermagem de família e as famílias do ficheiro clínico correspondente, ao analisar uma lista de utentes e seleccionar os que ainda não tinham tido consulta de enfermagem no ano de 2024, de forma a proceder à marcação de uma consulta.

Na prática clínica do enfermeiro, a gestão de cuidados engloba a utilização do Processo de Enfermagem e a promoção de um ambiente seguro, estabelecendo comunicação e relações interpessoais eficazes (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). O programa informático utilizado para a realização do Processo Enfermagem é o SClínico, contemplando parâmetros de avaliação de saúde familiar. Neste sentido, o programa permite registar dados sobre o sistema familiar, nomeadamente o tipo de família, a fase do ciclo vital, o funcionamento familiar e condições habitacionais. Durante as consultas de enfermagem procurou-se estabelecer um ambiente seguro, tendo em consideração a comunicação terapêutica: linguagem corporal recetiva, clareza no discurso e escuta ativa. Inicialmente, existiram algumas dificuldades em manusear corretamente o programa informático implementado que foram sendo superadas através do contacto recorrente.

Preconizou-se adequar a prática clínica ao tempo disponível para a realização de consultas, garantindo uma gestão de cuidados eficaz. Em alguns momentos, esta gestão tornou-se desafiante principalmente quando se recebia utentes portadores de ferida crónica. Acredita-se que, em algumas situações, é difícil garantir a duração de 30 minutos de consulta preconizados no Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Na verdade, pela afluência de utentes, muitas vezes estas consultas acabam por ser reduzidas a metade do tempo, o que acaba por ser ainda mais desafiante na gestão dos cuidados.

Através da elaboração do trabalho de investigação “A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência” foi possível promover o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. O estudo de investigação permitiu colocar em prática conhecimentos teóricos sobre investigação científica e formas de redação de um trabalho de investigação. Permitiu, de igual forma, compreender, à luz dos resultados obtidos e da evidência científica, a vivência de uma transição saúde/doença nas famílias e a complexidade da demência no seu funcionamento, avaliando a sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador. Verificou-se que o tema da sobrecarga e necessidades do cuidador em situações de demência é cada vez mais abordado, o que reflete a sua importância. Durante as entrevistas sistémicas às famílias foi possível compreender as suas principais angústias e transmitir alguns conhecimentos sobre a patologia, de forma a tranquilizá-las. Algumas entrevistas sistémicas foram realizadas no domicílio, existindo a possibilidade de compreender o funcionamento familiar nesse contexto, o que se tornou enriquecedor. De facto, tal como refere J. Silva (2023), o domicílio constitui o local privilegiado para observar as relações e interações entre os membros da família. Ao estarem no seu próprio ambiente, sem a formalidade das consultas nas instituições de saúde, as famílias sentem-se mais dispostas a partilhar informações e estabelecem interações mais autênticas com os restantes familiares. Tornou-se desafiante redigir um estudo primário de investigação, pois foi necessário definir todos os pressupostos do estudo. A análise de dados revelou-se inicialmente difícil pela dificuldade de familiarização com o programa estatístico, o que foi minimizado com o contacto recorrente e com a pesquisa bibliográfica.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Uma das competências propostas a desenvolver ao longo do ensino clínico, de acordo com o enunciado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Familiar é: cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Neste sentido, no Regulamento 428/2018 publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (2018) estabelece-se como conjunto de competências específicas necessárias adquirir neste âmbito as seguintes:

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.
- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.
- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.
- Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.
- Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.
- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.
- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.
- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

Durante o ensino clínico foi possível colocar estas competências em prática quer pelo contacto recorrente com famílias em contexto de centro de saúde quer no domicílio, local onde foi realizada a entrevista sistémica à família escolhida para realizar o Processo de Enfermagem e aplicação do Modelo de Avaliação Familiar. A aplicação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar encontra-se em apêndice (Apêndice II).

Em relação à família escolhida para a aplicação do MCAIF, foi possível realizar uma colheita de dados significativa que englobou a recolha do histórico familiar e hereditário, a identificação de crenças familiares de forma a compreender como influenciavam a saúde e decisões familiares, a identificação da estrutura familiar e de fatores de stress que pudessem afetar o estado de saúde da família. De facto, Rice, p. (2004, p. 27) refere que “a enfermagem domiciliária centra-se numa relação e num tipo de cuidados que têm muito mais de holístico do que de técnico”. Por conseguinte, a intervenção do enfermeiro envolve todos os elementos da família sendo possível identificar variáveis físicas, psicológicas, sociológicas e espirituais e agir em conformidade. Do mesmo modo, no ambiente onde a família se insere, a relação de confiança torna-se mais significativa do que na maior parte de outras relações profissionais (Rice, 2004).

Em concordância com o exposto, durante a recolha de dados junto da família em estudo, estabeleceu-se uma relação de confiança significativa, evidenciada pela seguinte afirmação: “Não me leve a mal, mas para mim é como se estivesse a falar com uma psicóloga, sinto-me à vontade para falar sobre tudo” (sic). E de facto, foram abordadas, várias necessidades, desde as psicológicas e espirituais às relacionadas com a sexualidade – tema restrito e muitas vezes esquecido na terceira idade (Queiroz et al., 2015). Evangelista et al. (2019) refere que numa relação forte, baseada na confiança mútua, existe uma facilidade de expressão de necessidades íntimas, como as relacionadas com a sexualidade, o que se acredita que poderá ter sido o exemplo de interação com esta família em estudo.

Em relação à família em estudo, infelizmente não foi possível integrar informação adicional de várias fontes familiares por falta de disponibilidade das mesmas seja por distância geográfica ou devido à atividade profissional e também pelo processo de doença de um dos membros do casal. No entanto, foi possível observar a comunicação verbal e não verbal entre o casal no seu próprio ambiente – o domicílio.

Durante as restantes consultas de saúde na USF, procurou-se também realizar uma recolha de dados, com auxílio do programa informático Sclínico que, por sua vez, contém questões-chave orientadoras para as consultas de enfermagem. Foram realizadas consultas nas diferentes etapas do ciclo de vida familiar, desde a família com filhos pequenos, traduzida nas consultas de saúde infantil, como a família com filhos adultos, traduzida nas consultas de saúde do idoso e programas respetivos (Diabetes, Hipertensão Arterial). Em relação às consultas de saúde infantil, procurou-se recolher dados sobre os cuidados realizados com a criança bem como as necessidades da criança e da família, instruindo sobre assuntos que constituíam fator de stress para as famílias que, por sua vez, eram maioritariamente relacionados com a alimentação e o peso em recém-nascidos. Nas consultas de saúde do adulto/idoso, verificou-se que grande parte dos utentes com a doença vinha acompanhado de um ou mais familiares o que se considera importante uma vez que “a resposta da família reveste-se de relevância, pois como sistema de apoio da pessoa doente, define o ajustamento ao processo de doença” (Duarte & Monteiro, 2017, p. 18). Foram identificados fatores de stress ao nível da gestão de doença crónica, e realizados ensinamentos relativamente a diferentes temáticas de doença, nomeadamente ao nível das feridas crónicas. A Teoria das Transições de Afaf Meleis encontra-se bastante patente ao realizar estas consultas quer seja na transição de adaptação ao papel parental, como na transição saúde/doença. A Teoria de Sistemas de Betty Neuman também se constitui bastante relevante uma vez que permite identificar os fatores de stress que afetam o sistema podendo ser estes derivados de crises normativas, como o nascimento de um filho, ou crises acidentais, como o aparecimento de uma ferida crónica, por exemplo.

Toma-se como exemplo, uma consulta de saúde infantil a uma família com um bebé de 6 meses. Nesta consulta, esteve presente o pai e o bebé. Através da recolha de dados e dos ensinamentos transmitidos, foi possível perceber, pela interação com o pai da criança, que existia um conflito entre o casal relativamente ao fator de stress emergente – cuidar do Recém-Nascido. Neste sentido, foi patente o ponto de discórdia do casal entre a criança continuar a dormir ou não, no quarto dos pais. Com mais tempo, e com a informação recolhida, poderia ter sido feita uma avaliação mais detalhada sobre o funcionamento da família e sobre as necessidades do casal. De facto, esta constituiu uma dificuldade que se sentiu em algumas consultas de enfermagem – a falta de tempo para aprofundar alguns assuntos com as famílias. Muitas vezes, as famílias transmitiam informação sobre a sua doença, por exemplo, mas também sobre as dinâmicas entre subsistemas, quer através da linguagem verbal ou não verbal. Algumas delas tinham de ser interrompidas porque o tempo de consulta estava a acabar, quando na verdade, o que elas precisavam era de falar sobre questões familiares que ultrapassavam a consulta de hipertensão a que tinham recorrido, por exemplo. P. Melo (2021) refere que o tempo disponível para a consulta de enfermagem pode não ser suficiente para estabelecer os diagnósticos e intervenções de uma forma holística. O facto de se atribuir o mesmo tempo médio em cuidados de enfermagem quer para a consulta de enfermagem geral quer para a consulta de enfermagem especializada, conduz à reflexão sobre a pouca importância que ainda se crê que se verifica relativamente à enfermagem de saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No entanto, através da prática clínica e do conhecimento profundo das famílias, os enfermeiros podem priorizar a atividade de diagnóstico essencial nas consultas, algo que de facto, verifiquei ao observar a atuação da enfermeira orientadora.

Durante a intervenção, procurou-se seguir os pressupostos da Entrevista Sistémica, realizando questões lineares e reflexivas e adotando uma postura de neutralidade, evitando a emissão de juízos sobre crenças, valores, comportamentos ou pessoas. Procurou-se orientar o foco para as famílias, ajudando-as a identificar as suas próprias soluções e utilizando as suas próprias forças como forma de alcance de resultados, tal como sugere Figueiredo (2023).

Foi possível recorrer a fundamentos teóricos importantes alicerçados na base fundamental do pensamento sistémico, durante o contacto com as famílias. De facto, com a prática clínica a teoria ganha forma, o que permite entendê-la com outra perspetiva.

Nesta linha de pensamento, a possibilidade de ter procedido ao estudo de uma família de acordo com o MCAIF ajudou a pôr em prática, não só as teorias abordadas anteriormente, como também:

- Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, uma vez que no estudo desta família emergiram conceitos como processo de doença e cuidador informal, e por esse motivo, foi necessário realizar vários ensinamentos sobre os cuidados a ter com o familiar portador da doença bem como com o próprio familiar prestador de cuidados.
- A Teoria da Autotranscendência de Pamela Reed, que foi perfeitamente exemplificada através das estratégias que ajudavam um dos membros do casal a lidar com o processo de transição saúde/doença e com as próprias características da fase do ciclo de vida em que se insere. Neste caso, a familiar utilizava a autotranscendência, aceitando as alterações do envelhecimento e partilhando a sua sabedoria, autotranscendendo-se; apresentava um bem-estar geral com um autoconceito positivo, esperança, e encontrando um sentido de vida, mesmo com os desafios atuais; por fim, reconhecia a sua própria vulnerabilidade, aceitando a própria morte ao referir “a vida é só uma passagem” (sic) e “neste momento, a morte já não me assusta” (sic).

Ainda relativamente à família em estudo, foi possível utilizar alguns instrumentos de avaliação da dinâmica familiar, recorrendo ao genograma, realizado em conjunto com a família, ao ecomapa, à escala de Graffar, à escala de FACES, ao APGAR familiar de Smilkstein e também à escala de sobrecarga do cuidador – teste de Zarit. Considerou-se este último instrumento pertinente, uma vez que se tratava de uma família com um elemento dependente, em que o outro elemento desempenhava o papel de cuidador informal.

A prática com as famílias permitiu entender a influência que o meio tem sobre este sistema, e como a família reage a esta interação. Com esta premissa, falamos do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner que integra cinco níveis de influência ambiental: microssistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema. Os níveis de influência que foram possíveis de identificar na prática foram maioritariamente: o microssistema, que se relaciona com o ambiente onde os membros da família interagem entre si e desenvolvem os seus papéis familiares; o mesossistema, que integra sistemas mais amplos, como vizinhos, amigos, trabalho, rede comunitária; o cronossistema, que é transversal aos vários níveis e que corresponde às mudanças decorrentes de crises normativas ou acidentais, ao longo do tempo (Figueiredo, 2023).

A família em estudo, constituiu um exemplo em que o microssistema e o mesossistema influenciaram de forma significativa e positiva a adaptação da família ao período de transição. De facto, uma transição saúde/doença pode desencadear mudanças nos papéis familiares, nos estilos de vida da família e na definição das suas prioridades (Lee, et al, 2004, citado por Figueiredo (2023)). Neste contexto, destaca-se o conceito de resiliência familiar. No âmbito da perspetiva bioecológica, esta traduz-se na capacidade do sistema familiar de responder de forma positiva a contextos adversos, emergindo com maior robustez, recursos acrescidos e

reforço da confiança no seu funcionamento (Simon et al., 2005). Fatores protetores face a uma situação de adversidade englobam uma perspetiva positiva, transcendência e espiritualidade, resolução colaborativa de problemas, comunicação e união familiar, rotinas e rituais da família, coesão familiar, suporte social e recursos sociais e económicos (Figueiredo, 2023). Teve-se o privilégio de poder encontrar estes fatores protetores e entender o conceito de resiliência familiar aplicado à prática clínica através do contacto com as famílias, nomeadamente a família escolhida para o estudo de caso.

Este conceito de resiliência reporta-nos para um outro tema – o cuidar baseado nas forças. Durante a prática clínica, procurou-se reconhecer as forças do sistema-família, dando reforço positivo para as mesmas e realizando abordagens para trabalhar as forças existentes, questionado diretamente “Quais são as suas forças?”. De facto, tal como refer Gottlieb, p. (2016, p. 414) e, “as forças são necessárias para atingir objetivos, desenvolver a saúde, lidar com os desafios da doença, facilitar e promover a cura através da restauração do todo.”

Procedeu-se à implementação de um plano de cuidados, identificando os diagnósticos mais relevantes e definindo técnicas de intervenção adaptadas à família. Tal como refere Figueiredo, p. (2023, p. 428) “os enfermeiros podem ter um importante papel no que concerne à intervenção junto das famílias, no sentido de dar resposta às suas necessidades.” Salienta-se a dificuldade encontrada ao tentar estabelecer mais intervenções com a família em estudo, uma vez que a familiar que constituía o elemento identificado teve necessidade de se ausentar temporariamente, o que por sua vez, coincidiu com as últimas semanas do ensino clínico II.

A educação para a saúde adquire extrema relevância por parte dos EEESF, no sentido de capacitar a família no seu autocuidado e na sua prestação de cuidados (Figueiredo, 2023). Neste sentido, os membros de uma família em situação de dependência e os seus prestadores de cuidados não têm, muitas vezes, os esclarecimentos necessários para realizar essas atividades de forma competente (Deeken, et al, 2003, citado por Figueiredo (2023)). Este tipo de situação foi perfeitamente evidente ao contactar com a família que escolhida para estudo. Neste caso, a familiar cuidadora nunca tinha recebido um diagnóstico concreto de doença do seu marido e nunca lhe foi explicado o que era expectável acontecer no decurso da doença. Com os ensinamentos realizados, a familiar ficou mais elucidada e mais tranquila face aos cuidados a prestar ao marido. Durante a realização das entrevistas sistémicas foi possível contribuir, de igual forma, na educação para a saúde no âmbito da demência.

Relativamente à competência “lidera e colabora nos processos de intervenção familiar” analisou-se com a família em estudo a possibilidade de referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) – descanso do cuidador, bem como a possibilidade de referência a uma consulta de cuidados paliativos.

Refletindo sobre o desenvolvimento de competências específicas citadas, acredita-se ter conseguido atingi-las durante o percurso de ensino clínico.

5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Prática Baseada na Evidência (PBE) traduz-se numa abordagem de resolução de problemas no contexto prático tendo em consideração a melhor evidência científica disponível bem como a experiência clínica, preferências e valores pessoais. A PBE torna-se necessária para o contexto dos cuidados de enfermagem uma vez que sistematicamente os enfermeiros são desafiados na procura de conhecimento científico para que possam prestar cuidados de enfermagem baseados na qualidade e excelência, garantindo a segurança do utente (L. M. M. Sousa et al., 2018).

PBE remete inevitavelmente para o conceito de investigação científica que, por sua vez, corresponde “à atividade que nos permite obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis. O sujeito desta atividade denomina-se investigador, e o objetivo dele será desenvolver as distintas tarefas que é preciso realizar para chegar a um novo conhecimento” (Vilelas, 2017, p. 57).

5.1. NOTA INTRODUTÓRIA

P. Melo, p. (2021, p. 144) refere que “o envelhecimento populacional é uma evidência atual, com sérias consequências para a sociedade”. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2021), através do recenseamento de 2021, o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se de forma significativa, tendo-se verificado um aumento do índice de envelhecimento de 128 em 2011 para 182 idosos por cada 100 jovens, em 2021. A pirâmide etária da USF Leiria Nascente reflete também este envelhecimento da população, constatando-se uma prevalência da população idosa sobre a população jovem, tal como foi anteriormente referido.

O crescente envelhecimento da população traduz-se, inevitavelmente, num aumento de doenças crónicas e, consequentemente, num número significativo de pessoas dependentes no autocuidado (Reigada et al., 2014). De acordo com os mesmos autores, o autocuidado é central na vida de qualquer pessoa e por esse motivo, as transições saúde/doença que interferem na capacidade de autocuidado e conduzem a uma maior dependência merecem particular atenção da enfermagem. A necessidade de cuidados de enfermagem deve estender-se à unidade familiar uma vez que, em situações de dependência, se verifica uma transição situacional dos membros da família para o desempenho do papel de prestador de cuidados no domicílio, tornando-se importante capacitá-los para essas funções (Reigada et al., 2014).

Sendo o EEESF o “profissional que integrado na equipa multidisciplinar da saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade”, considera-se como o profissional adequado e competente para abordar processos de transição saúde/doença em famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este trabalho de investigação cujo título é “A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência”, trata-se de um estudo primário, descritivo, exploratório, de natureza quantitativa e tem como objetivo geral determinar a sobrecarga, autotranscendência e as necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência na USF LN, da ULSRL.

O trabalho de investigação encontra-se dividido em cinco partes. Na primeira parte, é apresentado um enquadramento teórico onde são abordados conceitos como demência, cuidador informal e a sua sobrecarga, autotranscendência e necessidades - conceitos que sustentam o estudo. Na segunda parte do trabalho, encontra-se descrita a metodologia utilizada para a sua realização que, por sua vez, engloba os objetivos específicos, as questões de investigação, a amostra, critérios de inclusão/exclusão, os procedimentos formais e éticos salvaguardados e o tratamento estatístico de dados. A terceira parte corresponde à apresentação dos resultados obtidos após o tratamento estatístico de dados. Na quarta parte do estudo, realiza-se uma discussão reflexiva, salientando os aspetos mais relevantes e comparando com a literatura existente. Na quinta parte são apresentadas as considerações finais e as limitações do estudo, bem como implicações para a prática clínica.

5.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nos cuidados de saúde primários, a função do enfermeiro de família consiste em acompanhar as famílias ao longo de todo o ciclo vital, prestando cuidados em todas as transições de vida da família de forma a facilitar as mudanças e a promover o funcionamento familiar. Neste sentido, torna-se importante integrar a família como um todo, tendo em consideração o contexto e a comunidade onde se encontra inserida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o ciclo vital familiar podem ocorrer crises normativas, que são expectáveis no decorrer do ciclo de vida, e crises acidentais, que surgem de forma inesperada como o aparecimento de uma doença crónica, por exemplo. Estas crises podem promover uma maior dificuldade em manter o funcionamento familiar adequado, o que requer a atenção do enfermeiro de família neste sentido. Nas transições acidentais que se traduzem pelo aparecimento de uma doença crónica a família vivencia um processo de transição saúde/doença (Figueiredo, 2023).

Neste processo, existe um comprometimento do modo de vida da pessoa dependente de cuidados e da sua família o que requer transformações inevitáveis e alterações de papéis em toda a estrutura familiar (Costa e Castro, 2014). Figueiredo, p. (2023, p. 215) corrobora com o mesmo pressuposto referindo que “a crise origina um período de transição, requerendo uma mudança nos padrões familiares, na perceção individual de cada um dos membros, sobre a doença do seu familiar e de si próprio”. De acordo com o mesmo, a forma como ocorrem as mudanças internas nos membros e nos subsistemas familiares é diferente em cada família e, mesmo na própria família, podem ser distintas, tendo em consideração o estágio de desenvolvimento e o contexto em que a crise acidental emerge.

Neste sentido, torna-se importante salientar a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que foi abordada previamente. Meleis (2010) refere que a modificação na saúde e a experiência de doença cria um processo de transição através do qual os indivíduos e a sua família tendem a tornar-se mais vulneráveis a riscos que podem, em contrapartida, prejudicar a sua saúde e bem-estar. Esta vulnerabilidade encontra-se, não só relacionada com experiências de transição como, com interações e condições ambientais que exponham os indivíduos a riscos potenciais, recuperações problemáticas ou demoradas ou estratégias de coping pouco saudáveis. Neste sentido, de acordo com a autora, os enfermeiros assumem um papel de destaque como os cuidadores “de primeira linha” dos utentes e das suas famílias, que passam por processos de transição. Estes profissionais têm em consideração as alterações e as exigências que os processos de transição promovem na vida dos utentes e das famílias, munindo-se das competências necessárias para ajudar estes sistemas a lidar com a transição e a adquirir estratégias que facilitem o processo (Meleis, 2010).

5.2.1. A DEMÊNCIA

A demência corresponde a um conjunto heterogêneo de doença cerebral adquirida, progressiva, que provoca défice cognitivo, perda de autonomia e funcionalidade. A deterioração cognitiva característica da síndrome demencial pode conduzir a alterações de memória, linguagem, orientação temporal e espacial, raciocínio e realização de tarefas motoras. Neste sentido, as pessoas portadoras desta condição clínica apresentam frequentemente dificuldade em pensar com clareza e comunicar, existindo um comprometimento importante na capacidade de socialização. Alterações de humor e personalidade são manifestações da doença que ocorrem frequentemente e que não dependem da vontade da pessoa portadora da doença (M. C. Almeida et al., 2015).

Esta doença é atualmente considerada a sétima causa de morte e uma das maiores causas de morbilidade e dependência entre a população idosa, a nível global (World Health Organization, 2025). De acordo com o relatório da OCDE “Health at a glance”, elaborado em 2017, Portugal obtém o 4º lugar entre 45 países para prevalência de demência (OECD, 2017). De facto, “as previsões epidemiológicas são alarmantes – atualmente estima-se existirem em Portugal cerca de 205 000 pessoas com demência sendo que, o último relatório da Alzheimer Europe prevê para Portugal, em 2050, 346 905 pessoas com doença de Alzheimer ou outra forma de demência” (Direção Nacional da Alzheimer Portugal, 2024, p. 4).

Face a esta problemática, a OMS aprovou o “Plano de Ação Global para as Demências 2017-2025” que tem como principais objetivos integrar a demência como uma prioridade de saúde pública bem como promover uma consciencialização para o diagnóstico, prevenção, tratamento e apoio quer dos utentes quer das famílias em situação de demência, aliando a investigação e inovação constantes (World Health Organization, 2017). Em Portugal, foi aprovada a “Estratégia de Saúde na Área das Demências” no despacho nº5988/2018. Esta estratégia surgiu uma vez que Portugal integrava a minoria de países europeus em que não se verificava nenhuma estratégia oficial, não se encarando a demência como uma prioridade de saúde pública (Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2018). Com a implementação da estratégia supracitada, pretende-se promover uma maior colaboração e coordenação entre os diferentes setores assistenciais, nomeadamente, cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, cuidados continuados integrados e cuidados paliativos. O diagnóstico correto e atempado, o acesso aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos bem como a existência de continuidade de cuidados na comunidade privilegiando os cuidados domiciliários também constituem pressupostos da referida estratégia (Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2018).

A prevalência da demência aumenta com a idade, existindo 90% dos casos diagnosticados acima dos 65 anos. No entanto, há que ressaltar que a doença não é exclusiva da faixa etária mais idosa, não constituindo uma consequência diretamente relacionada com a idade (Direção Nacional da Alzheimer Portugal, 2024). Como fatores de risco adicionais para o surgimento da doença encontram-se o sedentarismo, obesidade, alimentação não balanceada, consumo de tabaco/álcool, baixa literacia, isolamento social, inatividade cognitiva, doenças como a depressão, diabetes mellitus e hipertensão arterial bem como, fatores genéticos (World Health Organization, 2017).

A demência do tipo Alzheimer representa 50 a 70 % dos casos de demência seguindo-se, posteriormente, a demência vascular, a demência frontotemporal, de corpos de Lewy e, mais raramente, demências secundárias a doenças virais, défices nutricionais e outras (Alzheimer Europe, 2008).

Relativamente à evolução e prognóstico da doença, a demência é considerada uma doença de evolução progressiva, identificando-se habitualmente 3 fases: fase ligeira, fase moderada, fase avançada. Na fase ligeira,

sintomas como perda de iniciativa, discurso menos fluente, dificuldade em manter rotinas, ligeiros défices de memória recentes e ações e discurso repetitivos, podem surgir. Neste sentido, a principal prioridade de intervenção consiste em apoiar na consciencialização e adaptação ao diagnóstico e no esclarecimento das suas implicações, quer ao doente quer à família. É importante estabelecer e apoiar na tomada de decisões informadas em relação ao futuro bem como fomentar a estimulação cognitiva e a funcionalidade por forma a manter a autonomia da pessoa com a doença durante o máximo tempo possível. Torna-se também importante, a instituição precoce de medidas farmacológicas e não farmacológicas (M. C. Almeida et al., 2015).

Na fase moderada da doença, sintomas como agravamento da perda de memória, inquietude mais exacerbada ao final do dia/início da noite, dificuldade no pensamento lógico, presença de alucinações ou delírios e agravamento dos problemas de linguagem, são comuns. Neste sentido, torna-se importante existir um ajuste da terapêutica farmacológica, tendo em consideração o controlo sintomático. Deverá existir um investimento de reabilitação adaptado às capacidades da pessoa bem como um apoio constante na adaptação da família cuidadora a novos desafios que possam surgir (M. C. Almeida et al., 2015).

As alterações cognitivas acompanhadas da decadência física significativa correspondem à terceira e última fase da demência – a fase avançada. Nesta fase poderá existir incapacidade para reconhecer familiares ou a si próprio, afasia, perda de capacidade de deambulação, diminuição do reflexo de deglutição e mastigação, incontinência urinária e fecal bem como dependência total dos cuidadores. Nesta última fase, que culmina com uma fase terminal, os cuidados de conforto e de controlo sintomático são essenciais. Neste sentido, os cuidadores deverão estar devidamente informados e preparados para lidar com a dependência total e com a evolução da doença, entendendo o uso de medidas invasivas de prolongamento de vida como desproporcionais e causadoras de sofrimento (M. C. Almeida et al., 2015).

A fase da demência mais desafiadora para as famílias é a fase moderada, uma vez que constitui a fase em que se verifica um agravamento das alterações psicocomportamentais do familiar. Neste sentido, a exacerbação comportamental é, muitas vezes, mal-aceite pelos familiares, existindo dificuldade em lidar com as perturbações de humor, comportamentos estereotipados e comportamentos agressivos que acometem o familiar com demência. Nesta fase, verifica-se recorrentemente um fenómeno conhecido como *sundowning*, que consiste no agravamento da agitação no final do dia, em resultado da diminuição da luminosidade solar. Em situações como esta, o familiar com demência, pode deambular de forma frenética e sem sentido, apresentando irritabilidade ou agressividade verbal/física súbitas. A imprevisibilidade comportamental característica do *sundowning* constitui um fator de stresse considerável, habitualmente associada a um elevado desgaste do cuidador (Sequeira, 2018).

Tendo em consideração que a demência é considerada uma doença progressiva e degenerativa que, naturalmente, desencadeia uma perda de autonomia e maior dependência na pessoa portadora, torna-se importante utilizar instrumentos de avaliação da sua funcionalidade. O Índice de Barthel foi validado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007) e consiste num instrumento utilizado para avaliar o nível de independência da pessoa na realização de 10 atividades básicas: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Para além de transmitir informação importante a partir da pontuação total da escala, o Índice de Barthel também permite conhecer as pontuações parciais para cada atividade avaliada, o que possibilita conhecer as incapacidades específicas da pessoa e adequar os cuidados às suas necessidades (Araújo et al., 2007). Segundo os mesmos autores, a pontuação varia entre 0 a 100, com intervalos de 5 pontos na versão original da escala, sendo que 0 corresponderia à máxima dependência e 100 equivaleria à

independência total. No entanto, para a validação da escala na população portuguesa, os referidos autores utilizaram a versão desenvolvida por Wade e Collin (1998) que propõe uma pontuação dos itens em 0, 1, 2 ou 3, verificando-se uma pontuação total de 0 (máxima dependência) ou de 20 (máxima independência). Neste sentido, pontuações entre 0-8 representam total dependência; pontuações entre 9-12 significam dependência grave; pontuações entre 13-19 indicam dependência moderada; pontuação de 20 representa independência total.

A família tem uma importância extrema no desempenho do papel de cuidados prestados às pessoas portadoras de demência. Neste sentido, os cuidados prestados pela família no domicílio permitem que as pessoas com a doença permaneçam na sua própria casa em ambiente familiar, proporcionando o convívio familiar, apoio e proteção (Soares, 2017).

Por parte dos profissionais de saúde, verifica-se frequentemente uma falta de preocupação e entendimento sobre a demência, verificando-se barreiras ao diagnóstico e ao cuidado (World Health Organization, 2025). De facto, a pessoa com o diagnóstico de doença neurológica degenerativa como a demência deve ser incluída como alvo de cuidados paliativos de qualidade (Barbosa & Neto, 2006). Se houvesse uma maior conscientização para esta prática pelos profissionais de saúde talvez as famílias se conseguissem adaptar de forma mais serena a esta transição, ao saber as expectativas, o prognóstico e colaborando, devidamente informada, num plano de cuidados adequado e humanizado ao seu ente querido.

5.2.2. SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

A transição saúde/doença constitui uma transição inevitável durante o ciclo de vida familiar. Esta transição está relacionada com uma mudança súbita no desempenho de papéis, exigindo uma adaptação às alterações dela decorrentes (Figueiredo, 2023).

Ao nível familiar, a doença acarreta um peso considerável contribuindo para a existência de problemas económicos e profissionais que se podem verificar em consequência das exigências da própria doença bem como o aumento de responsabilidade pela possibilidade em ter de cuidar do familiar dependente (Lidell, 2002, citado por Figueiredo (2023)).

O cuidador informal pode definir-se como “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, quando se verifique, comprovadamente, uma vivência de entajuda e partilha de recursos entre ambos, coincidindo ou não o domicílio fiscal, e não auferindo qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Presidência do Conselho de Ministros, 2024, p. 9). De acordo com o Presidência do Conselho de Ministros (2024), o cuidador informal também poderá ser uma pessoa, não familiar da pessoa cuidada, que cuida dessa pessoa e coabita no mesmo domicílio de forma permanente, não auferindo de qualquer remuneração pelos cuidados que presta.

Através de um estudo intitulado “O que é ser cuidador informal em Portugal?” promovido pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021) realizado com uma amostra de 1133 cuidadores verificou-se que:

- 86,6 % dos cuidadores informais eram do sexo feminino.
- Os principais cuidadores informais eram os filhos, ocupando 51,4 % da amostra. A
- A faixa etária que predominava nas características da amostra como cuidador situava-se entre os 55 e 64 anos, ocupando 31,7% da amostra.

- A maioria da amostra tinha a formação de ensino secundário, ocupando 30,8%.
- O estado profissional “ativo” foi o que revelou maior percentagem, ocupando 54%.
- A doença mais prevalente da pessoa dependente de cuidados foi Alzheimer/outras demências, ocupando uma percentagem de 32,6%.

Em relação às características do cuidador informal, Falcão et al. (2016) vai de encontro ao supracitado, referindo que o sexo feminino é o mais predominante relativamente à função de cuidador. Neste sentido, a responsabilidade do cuidado requer normalmente sobre apenas uma pessoa no seio familiar, usualmente a esposa, filha ou nora.

Miranda Cruz et al. (2010) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre as vivências do cuidador informal do idoso dependente. Neste estudo, identificaram como motivos de aceitação ao papel de cuidador informal: grau de parentesco, género, proximidade física, proximidade afetiva, dever/obrigação; um ato de gratidão/retribuição à pessoa dependente; dependência financeira; cumprimento de uma promessa familiar; tradição familiar; respeito pela vontade do idoso.

Figueiredo (2023) denomina como condições facilitadoras/dificultadoras da transição para o papel de cuidador informal o status socioeconómico, o apoio ao desempenho do papel e a condição de saúde da pessoa cuidada. Quando estas condições são dificultadoras poderá surgir sobrecarga do cuidador informal.

A sobrecarga “refere-se ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente” (Pereira, 1996, citado por Sequeira, p. (2018, p. 10)). De acordo com Sequeira (2010), a sobrecarga conduz a repercussões negativas, encontrando-se associada a uma deterioração da qualidade de vida e a uma maior morbilidade do cuidador. A sobrecarga pode ser dividida em sobrecarga objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva relaciona-se com alterações no quotidiano, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, no lazer, na saúde física e mental do cuidador, como resultado da interação do mesmo com os sintomas e comportamentos da pessoa cuidada. A sobrecarga subjetiva traduz-se na perceção que o cuidador tem sobre as consequências do processo de cuidar. (Schene, 1990, citado por Cruz (2010)).

Cuidar diariamente de um familiar com demência acarreta problemas físicos, psicológicos, sociais e financeiros bem como alterações na dinâmica familiar (Silva, et al, 2022).

De facto, existem evidências de maior sobrecarga e depressão em cuidadores de pessoa com demência relativamente a cuidadores de pessoa com outra doença crónica (Rayment, et al, 2019, citado por (Anjos, 2020). Deste modo, a presença de demência conduz, inevitavelmente, a uma maior dependência o que, por sua vez, exigirá um esforço acrescido por parte do cuidador na realização das atividades de vida diária da pessoa doente, como vestir ou alimentar, por exemplo. Consequentemente, os cuidadores informais tendem a aumentar o tempo do cuidado, reduzindo a disponibilidade para atividades de lazer, o que tem implicações no seu próprio estado de saúde, aumentando a sobrecarga (Anjos, 2020).

Em Portugal implementou-se o Estatuto de Cuidador Informal como forma de apoio aos cuidadores informais. Este estatuto requer determinados requisitos para se efetivar. Neste sentido, o cuidador informal deve: possuir residência legal em território nacional; ter idade superior a 18 anos; apresentar condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada; ser cônjuge/unido de facto, parente/afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Associação Alzheimer Portugal, sem data). De acordo com o Decreto de Lei nº 86/2024 houve uma alteração do Estatuto de Cuidador Informal que, atualmente, passa a englobar como cuidador informal principal pessoas que não tenham laços familiares com

a pessoa dependente. Para garantir o estatuto os cuidadores informais devem coabitar com a pessoa cuidada (Presidência do Conselho de Ministros, 2024). O Estatuto de Cuidador Informal permite que o cuidador informal: receba formação e informação relevante para o desenvolvimento das suas capacidades como cuidador; aceda à informação, em articulação com os serviços de saúde, sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito; usufrua de apoio psicológico dos serviços de saúde; beneficie de períodos de descanso periódicos; beneficie de subsídio de apoio nos termos previstos da lei (Assembleia da República, 2019).

A Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), desenvolvida por Steven Zarit e Judy Zarit foi validada para a população portuguesa por Sequeira (2010). É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, incluindo informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento com a pessoa cuidada. É constituída por 22 questões, numa escala de likert, sendo atribuídas pontuações de 1 a 5 a cada item. Neste sentido, a pontuação 1 corresponde a “nunca”, a pontuação 2 corresponde a “quase nunca”, a pontuação 3 corresponde a “às vezes”, a pontuação 4 corresponde a “muitas vezes” e a posição 5 corresponde a “quase sempre”. A pontuação global varia entre 22 e 110, existindo uma maior perceção de sobrecarga quanto maior for a pontuação. Pontuações inferiores a 46 determinam “sem sobrecarga”; pontuações entre 46 e 56 correspondem a “sobrecarga ligeira”; pontuações superiores a 56 determinam “sobrecarga intensa”. Os 22 itens que constituem a ESC agrupam-se em 4 fatores: impacto na prestação de cuidados; relação interpessoal; expectativas com o cuidar; perceção de autoeficácia (Sequeira, 2018).

O fator “impacto na prestação de cuidados” relaciona-se com alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo e desgaste físico e mental e é constituído pelos itens: 1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22. O fator “relação interpessoal” agrupa os itens 4,5,16,18 e 19, que se relacionam com a interação entre o cuidador e a pessoa dependente. O fator “expectativas com o cuidar” engloba os itens 7,8,14 e 15 e centra-se nos medos, receios e disponibilidades do cuidador em relação ao ato de cuidar. O fator “perceção de autoeficácia” é constituído pelos itens 20 e 21 e reflete a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho no cuidar (Sequeira, 2018).

5.2.3. A TEORIA DA AUTOTRASCENDÊNCIA

De acordo com a teórica Pamela Reed, várias disciplinas se debruçam sobre o conceito de autotranscendência, sendo a enfermagem especialmente vocacionada para integrar este conceito junto das populações ao enquadrar a pessoa como um todo, no contexto das suas experiências de saúde. A autotranscendência traduz, desta forma, um reflexo de bem-estar (Barros, 2014).

A teoria de Reed (2008) integra três conceitos principais: vulnerabilidade, autotranscendência e bem-estar. A autotranscendência representa um recurso psico-social e espiritual que, por sua vez, conecta a pessoa a si própria, aos que a rodeiam, ao meio ambiente e a algo que poderá estar além dos limites do contexto. O recurso à autotranscendência implica o desenvolvimento da maturidade que significa ter capacidade para expandir os autolimites e para adquirir perspetivas, atividades ou finalidades que poderão proporcionar maior bem-estar. Os autolimites de cada pessoa podem ser expandidos: numa dimensão interna, ou seja, através da introspeção; numa dimensão externa, através da preocupação pelo bem-estar dos outros; numa dimensão temporal que integra as experiências do passado e as perspetivas do futuro de forma a dar sentido ao presente; numa dimensão transpessoal que integra a própria espiritualidade.

Neste sentido, “Reed apresenta a autotranscendência como uma habilidade evolutiva, que fornece propósito e sentido à existência humana perante os limites individuais e ambientais, e que pode ser avaliada num momento específico do ciclo de vida” (Pena-Gayo et al., 2018, p. 2).

A autotranscendência adquire especial relevância uma vez que “ao longo do seu ciclo de vida, os seres humanos vivenciam circunstâncias que podem ultrapassar a sua capacidade de enfrentamento, levando a um processo dinâmico de adaptação, que traz um novo estado de maturidade através da transformação pessoal”, circunstâncias essas que podem traduzir-se em famílias que cuidem de um membro portador de demência (Pena-Gayo et al., 2018, p. 1)

De facto, os enfermeiros reconhecem que prestar cuidados a um familiar com demência pode ser avassalador e, numa perspetiva holística, entendem a importância da associação corpo/mente/espírito. Neste sentido, pode ser prestada assistência à família cuidadora através de estratégias de crescimento, desenvolvimento e cura tendo em consideração a difícil experiência. Cuidar de um familiar com demência constitui um evento crítico de vida que necessita da resolução de sentimentos/situações que possam surgir como: mudança, perda, luto e raiva. A teoria da autotranscendência pode constituir um recurso que auxilia os cuidadores a encontrar significado e reconciliação nessa situação de vida. Ao enfermeiro cabe a função de avaliar o progresso do cuidador relativamente à autotranscendência e prover aconselhamento quando necessário (Acton et al., 2000).

A Escala de Autotranscendência proposta por Pamela Reed, trata-se de uma escala constituída por 15 itens que identificam as características do desenvolvimento pessoal relativamente à maturidade sobre a própria visão de vida e expansão dos autolimites. A pontuação para cada item varia entre “1” a “4”, sendo que “1” corresponde à discordância total e “4” corresponde à aceitação. Os participantes que obtiverem maior somatório de pontos terão uma maior autotranscendência. A soma de pontos varia entre 15 e 60, considerando que são respondidas todas as questões (Barros, 2014).

A Escala de Autotranscendência foi validada para a população portuguesa com dor crónica reumática por Kraus, Rodrigues e Dixe em 2009, sendo constituída por apenas 10 itens ao invés de 15, como se estabelecia originalmente. Neste sentido, a soma dos pontos varia entre 10 e 40 (Barros, 2014).

5.2.4. NECESSIDADES PERCEBIDAS PELO CUIDADOR INFORMAL

Necessidades em saúde devem ser definidas, avaliadas e reconhecidas nos espaços de articulação entre os serviços de saúde e a população, como o primordial objetivo da sua satisfação. Indubitavelmente, as necessidades necessitam de ser investigadas e discutidas para atingir um determinado cuidado, permitindo, também, conhecer mais aprofundadamente a pessoa que as solicita que, por sua vez, requer uma prestação de cuidados durante toda a sua vida (Petersen et al., 2016).

Também a teórica Virgínia Henderson destaca a importância das necessidades humanas fundamentais para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, tornando-se necessário uma componente empática do profissional de saúde como forma de conhecer verdadeiramente as necessidades da pessoa (Ascensão, 2010).

Ao encontro desta perspetiva estiveram também as teóricas Faye Abdellah e Dorothea Orem que fundamentaram o seu pensamento teórico em necessidades do autocuidado (Fortin, 2006, citado por Petersen et al. (2016)).

De acordo com Fortin (2006), citado por Petersen et al. (2016), existem duas componentes importantes no conceito de necessidades humanas: uma componente interna que se traduz no impulso motivacional que guia o comportamento e uma componente externa que, por sua vez, relaciona a forma como forças sociais, políticas e culturais interferem nas necessidades percebidas por indivíduos ou famílias. Desta forma, as necessidades humanas podem definir-se como desejos, vontades, ou expectativas que moldam a construção de políticas sociais no sentido de assegurar a sua satisfação.

R. M. da C. Melo et al., p. (2014, p. 151) refere que “o reconhecimento das necessidades dos cuidadores familiares é de extrema importância, tendo em consideração que é a primeira etapa para o diagnóstico situacional e posterior planeamento das intervenções de enfermagem. Uma recolha de dados eficaz permite um correto diagnóstico destas necessidades e, se for associado a um plano de intervenções que se esperam úteis, poderá auxiliar todo o processo de transição”.

Relativamente às necessidades percecionadas por cuidadores familiares de pessoa com demência, L. Sousa et al., p. (2017, p. 49) determinaram, na sua revisão integrativa da literatura, que “os cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio manifestam maioritariamente necessidades relacionadas com o conhecimento, com a gestão de sintomatologia ansiosa e depressiva, com a gestão das relações familiares e sociais e com a falta de apoio institucional/formal”. R. M. da C. Melo et al. (2014) apresentam alguns pontos em comum na sua revisão sistemática da literatura ao referir como principais necessidades a integrar: recursos comunitários e sociais, conhecimento, aprendizagem e preparação, apoio emocional, recursos socioeconómicos. No seu estudo sobre “necessidades dos cuidadores de doentes com demência”, Pereira (2015) elaborou um questionário sobre necessidades percebidas pelo cuidador constituído por: necessidades materiais, como o suporte financeiro, necessidades de recursos humanos, necessidades de informação, necessidades de conhecimento prático e necessidades de apoio psicológico. A revisão bibliográfica realizada permitiu identificar as necessidades primordiais a abordar na continuidade deste projeto de investigação.

5.3. METODOLOGIA

O presente estudo é caracterizado como primário, descritivo, exploratório e de abordagem quantitativa. De acordo com Vilelas (2017) os estudos descritivos permitem recolher e expor os dados, utilizando medidas de tendência central em estatística descritiva. Geralmente a apresentação dos dados é feita através de quadros, gráficos e de distribuição de frequência. O estudo apresenta as seguintes questões de investigação:

- Quais são os dados sociodemográficos e profissionais do cuidador informal em famílias com membro portador de demência, na USF L?
- Qual o nível de independência do membro portador de demência com cuidador informal, na USF L?
- Qual o nível de sobrecarga do cuidador informal em famílias com membro portador de demência, na USF L?
- Como é a autotranscendência do cuidador informal em famílias com membro portador de demência, na USF L?
- Quais as necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência, na USF L?

O estudo tem como objetivo geral determinar a sobrecarga, a autotranscendência e as necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência na USF L, da ULSRL. Os objetivos específicos são:

- Conhecer os dados sociodemográficos e profissionais do cuidador informal em famílias com membro portador de demência, na USF L, da ULSRL.
- Avaliar a independência do membro portador de demência com cuidador informal, na USF L, da ULSRL.
- Avaliar o nível de sobrecarga do cuidador informal em famílias com membro portador de demência, na USF L, da ULSRL.
- Avaliar a autotranscendência do cuidador informal em famílias com membro portador de demência, na USF L, da ULSRL.
- Conhecer as necessidades percecionadas pelo cuidador informal em famílias com membro portador de demência, na USF L, da ULSRL.

A Comissão de Ética da ULSRL deu o parecer favorável para esta investigação, nº 34/2025. Este estudo foi realizado na USF L – polo P. A autorização da Instituição para realização do estudo encontra-se em anexo (Anexo III). Os participantes do estudo foram os cuidadores informais familiares em famílias com membro portador de demência em dois ficheiros clínicos da USF - polo P. Para participar na investigação, tiveram de ser assegurados os seguintes critérios de inclusão: famílias que cuidem de familiar com demência no domicílio, pertencentes aos ficheiros clínicos em estudo na USF L. Como critérios de exclusão determinam-se: famílias que tenham familiar com demência institucionalizado; famílias que recusem participar no estudo.

A amostra deste estudo foi selecionada pelo método não probabilístico e de conveniência. Dos ficheiros clínicos em estudo foram rastreadas as famílias que possuíam familiar com diagnóstico de demência descrito em processo clínico. Posteriormente, essas famílias foram contactadas através de chamada telefónica tendo sido questionado se cuidavam do familiar com demência em domicílio. Foram selecionadas 11 famílias que possuíam os critérios de inclusão do estudo. No entanto, três famílias recusaram participar e noutra família que aceitou participar, o cuidador informal acabou por falecer pouco tempo depois. Deste modo, a amostra ficou constituída por 7 famílias que aceitaram participar no estudo.

A obtenção dos dados foi realizada através de entrevistas que tiveram a duração de cerca de 30 minutos e foram realizadas individualmente, numa sala de atendimento da USF, previamente organizada. Durante a entrevista, foram asseguradas as condições de privacidade, bem como de confidencialidade de dados. Algumas entrevistas foram realizadas no domicílio dos cuidadores, conforme preferência e disponibilidade dos participantes. As entrevistas eram compostas por um questionário e foram aplicadas a cada um dos cuidadores informais (Apêndice III). O questionário é constituído por 5 partes e foi aplicado ao cuidador informal de familiar com demência:

- Parte I - relaciona-se com a colheita de dados sociodemográficos e profissionais do cuidador familiar nas famílias em estudo.
- Parte II - relaciona-se com as características de saúde do familiar com demência e o nível de independência, sendo necessário preencher o Índice de Barthel.
- Parte III - os participantes teriam de preencher a Escala de Sobrecarga do Cuidador.
- Parte IV - os participantes teriam de preencher a Escala de Autotranscendência.
- Parte V - engloba questões sobre as necessidades percecionadas pelo cuidador informal no cuidado ao seu familiar, resultantes do acervo da revisão da literatura.

Para analisar os dados colhidos foi utilizado o programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics, versão 31. Este programa permitiu analisar as medidas de tendência central, sendo utilizado para calcular a frequência absoluta e relativa, o mínimo, o máximo, a média, a moda e o desvio padrão. Estes dados

possibilitam a caracterização da amostra, a determinação do nível de sobrecarga, da autotranscendência bem como das necessidades do cuidador informal.

5.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A amostra utilizada neste projeto de investigação integra 7 famílias, da USF L – polo P, que cuidam de familiar com demência no domicílio. Na Tabela 5.1 encontra-se descrito a distribuição das respostas da amostra relativamente a características sociodemográficas e profissionais do cuidador informal.

Tabela 5.1: Distribuição da amostra relativamente a características sociodemográficas e profissionais

		Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Género	Masculino	3	42,9
	Feminino	4	57,1
Habilitações Literárias	1º ciclo	3	42,9
	2º ciclo	1	14,3
	3º ciclo	3	42,9
Estado profissional	Massagista e trabalho em supermercado	1	14,3
	Reformado/a	4	57,1
	Agente PSP	1	14,3
	Costureira	1	14,3
Estado Civil	Casado/união de facto	7	100
Grau de parentesco	filha	1	14,3
	marido	3	42,9
	esposa	3	42,9
Coabitação	Sim	6	85,7
	Não	1	14,3
Meses/Anos como cuidador	9 meses	1	14,3
	2 anos	2	28,6
	3 anos	2	28,6
	4 anos	1	14,3
	5 anos	1	14,3
Ajuda para cuidar	Sim	5	71,4
	Não	2	28,6
Estatuto de cuidador informal	Sim	2	28,6
	Não	5	71,4
Condições Socioeconómicas	Classe média	5	71,4
	Classe média alta	2	28,6

Em relação aos dados sociodemográficos e profissionais do familiar cuidador, verifica-se que as idades variam entre os 48 e os 87 anos, com uma média de idade de $74,9 \pm 12,9$. O desvio padrão é elevado o que indica dispersão das respostas fornecidas pela amostra. O género feminino é predominante na prestação de cuidados, verificando-se uma frequência absoluta de 4 cuidadoras, o que corresponde a 57,1% do total dos cuidadores. Relativamente às habilitações literárias dos cuidadores informais, 42,9% da amostra apresenta o 1º ciclo / 4ª classe e 42,9% da amostra apresenta o 3º ciclo. Quanto ao estado profissional, 57,1% da amostra encontra-se reformado/a. Todos os cuidadores familiares encontram-se casados ou vivem em união de facto. Em relação ao grau de parentesco dos cuidadores, verifica-se que a maior parte dos cuidadores são maridos/esposas sendo que 42,9% da amostra corresponde ao marido da pessoa cuidada e 42,9% da amostra à esposa da pessoa cuidada. É possível determinar que 85,7% da amostra coabita com o familiar dependente de cuidados. A maior parte dos cuidadores cuidam do familiar há 2 ou 3 anos, correspondendo, simultaneamente, a 28,6% da amostra. No que se relaciona com a existência de ajuda de outra pessoa no processo de cuidar, 71,4% da amostra refere dispor de ajuda neste processo. É possível verificar que 71,4% da amostra não beneficia de Estatuto de Cuidador Informal.

A Escala de *Graffar* tem como objetivo avaliar as condições socioeconómicas da família, com o principal objetivo de identificar a sua classe social. A avaliação da classe social torna-se pertinente uma vez que permite compreender de forma aprofundada os recursos e os fatores de stress familiares que possam relacionar-se com os aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional ou condições habitacionais (Figueiredo, 2023). O programa informático *Scínico*, utilizado na USF Leiria Nascente, engloba a Escala de *Graffar* nos ícones de avaliação familiar. Neste sentido, foi preenchida esta escala para todas as famílias correspondentes à amostra em estudo. Ao preencher a escala, verificou-se que 71,4% da amostra posiciona-se na classe média e 28,6% posiciona-se na classe média alta.

Relativamente às características de saúde do familiar com demência e nível de independência, verifica-se que o número de meses/anos em que a pessoa cuidada se encontra diagnosticada com demência varia entre 9 meses (valor mínimo) e 8 anos (valor máximo), não se verificando nenhum valor se repete (moda). É possível determinar que todos os familiares dependentes diagnosticados são seguidos na especialidade de Neurologia ($n=7$). O tipo de demência dos familiares dependentes encontra-se representado na Figura 5.1.

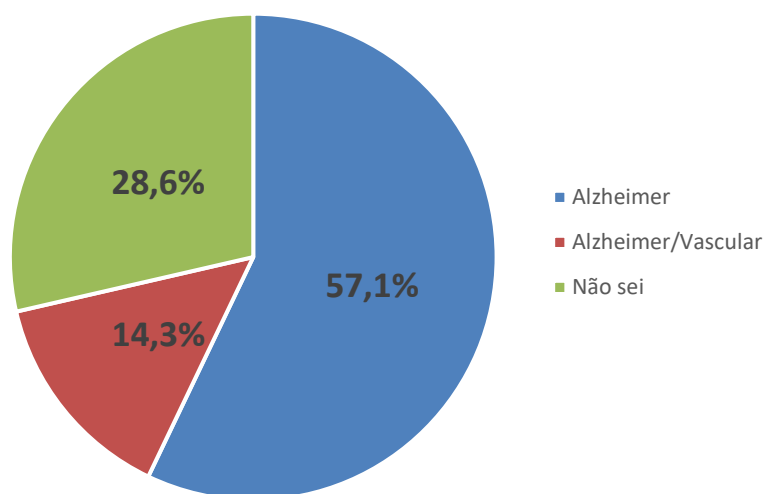


Figura 5.1: Tipo de demência dos familiares dependentes. Fonte: Elaboração própria.

Como é possível verificar através da análise do gráfico 1, a demência do tipo Alzheimer é a que prevalece, correspondendo a 57,1% (n=4). A demência mista, do tipo Alzheimer/Vascular, representa 14,3% (n=1) das respostas da amostra. Existe ainda 28,6% (n=2) da amostra que não sabe o tipo de demência que o familiar dependente possui.

Na Tabela 5.2 é possível verificar a caracterização do familiar com demência quanto ao nível de independência, através da avaliação do Índice de Barthel.

Tabela 5.2: Caracterização do familiar com demência quanto ao nível de independência.

Índice de Barthel	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
9-12 pontos – dependência grave	5	71,4
13-19 pontos – dependência moderada	2	28,6

De acordo com os dados obtidos da tabela 4, todos os familiares com demência apresentam algum grau de dependência sendo que, a dependência grave é a mais prevalente, correspondendo a um total de 71,4%. De entre os itens correspondentes ao Índice de Barthel o Banho e a Higiene corporal (lavar a face, higiene oral, fazer a barba) são as atividades nas quais os familiares com demência apresentam maior grau de dependência, com uma percentagem de dependência total de 85,7% e de 100%, respetivamente.

A sobrecarga do cuidador informal foi avaliada através da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) a cada um dos cuidadores informais (n=7). A análise descritiva da amostra relativamente à ESC encontra-se explícita na Tabela 5.3.

Tabela 5.3: Análise descritiva da amostra relativamente à Escala de Sobrecarga do Cuidador

	Frequência Absoluta (n)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Escala de Sobrecarga do Cuidador	7	52	70	60,2	7,3

De acordo com análise da tabela, é possível concluir que a média de score final aplicada a esta amostra é de $60,2 \pm 7,3$, o que corresponde a uma sobrecarga intensa. O desvio padrão indica que existe pouca dispersão dos dados, o que significa que não existem valores extremos de resposta. O score mínimo avaliado foi de 52 (sobrecarga ligeira) e o score máximo avaliado foi de 70 (sobrecarga intensa).

A Figura 5.2 indica a distribuição da amostra relativamente aos níveis de sobrecarga: sem sobrecarga, sobrecarga ligeira e sobrecarga intensa.

Através da análise da Figura 5.2 é possível determinar que os cuidadores informais apresentam predominantemente sobrecarga intensa na função de cuidar de familiar com demência, correspondendo a um total de 57,1% (n=4) da amostra. Verifica-se que 42,9% da amostra (n=3) apresenta sobrecarga ligeira. Na amostra, não existe nenhum cuidador que se encontre sem sobrecarga.

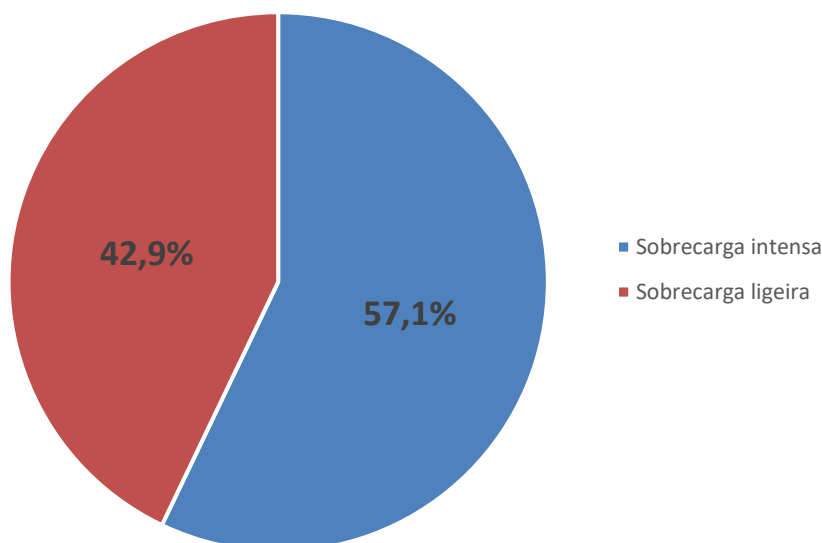


Figura 5.2: Distribuição da amostra relativamente aos níveis de sobrecarga. Fonte: Elaboração própria

Torna-se pertinente analisar a sobrecarga do cuidador tendo em consideração os 4 fatores propostos por Sequeira (2010) na validação da ESC para a população portuguesa, nomeadamente: impacto na prestação de cuidados; relação interpessoal; expetativas face ao cuidar; perceção da autoeficácia. O score médio para cada fator varia entre 1 e 5, sendo que quanto maior o score médio obtido em cada fator maior o nível de sobrecarga nos fatores. Neste sentido, a caracterização da amostra quanto ao nível de sobrecarga em cada fator encontra-se representada na Tabela 5.4.

Tabela 5.4: Caracterização da amostra quanto ao nível de sobrecarga em cada fator da ESC.

Fator	Frequência Absoluta (n)	Mínimo	Máximo	Média
Impacto na prestação de cuidados	7	1,14	4,00	2,68
Relação Interpessoal	7	1,28	3,14	2,22
Expetativas face ao cuidar	7	2,85	4,71	3,89
Perceção da autoeficácia	7	2,00	2,28	2,14

Através da análise da Tabela 5.4, é possível verificar uma maior sobrecarga no fator “expetativas face ao cuidar” com um score médio de 3,89. Seguidamente, segue-se o fator “impacto na prestação de cuidados” (2,68), “relação interpessoal” (2,22) e “perceção da autoeficácia (2,14). No fator “Impacto na prestação de cuidados” salienta-se um valor máximo de 4,00. Este dado significa que num dos itens da escala agrupados neste fator, o score médio mais elevado foi de 4, o que representa uma sobrecarga significativa no item “Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?”. Relativamente ao fator “Expetativas face ao cuidar”, verifica-se um score médio máximo no item “Considera que o seu familiar está dependente de si?”. Ainda incidindo no fator “Expetativas face ao cuidar”, verifica-se que o item “Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?” apresenta igualmente um score médio elevado de 4,28. Apesar da amostra apresentar predominantemente sobrecarga intensa, os cuidadores referem que quase nunca desejariam poder entregar o seu familiar aos

cuidados de outra pessoa, obtendo-se em score médio de 2,14 para este item. Os cuidadores também consideram que a situação atual, nunca/quase nunca afeta de forma negativa a relação com os seus amigos/familiares, obtendo-se um score médio de 1,14 para este item.

A Escala de Autotranscendência validada para a população portuguesa foi aplicada aos cuidadores informais (n=7) e os resultados encontram-se descritos na Tabela 5.5.

Tabela 5.5: Análise descritiva da amostra relativamente à Escala de Autotranscendência.

	Frequência Absoluta (n)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Escala de Autotranscendência	7	28	35	30,6	2,87

É possível verificar que o score médio da escala é de $30,6 \pm 2,87$. O desvio padrão indica que não há dispersão, o que significa que a maioria dos valores está próxima da média, pelo que os dados obtidos são homogêneos. Tendo em consideração que o valor máximo que se pode obter com o preenchimento da escala é de 40, depreende-se que os cuidadores informais de familiar com demência apresentam elevada autotranscendência. O valor mínimo obtido com o preenchimento da escala é de 28,00 e o valor máximo obtido é de 35,00.

A caracterização da amostra (n=7) tendo em consideração cada item da Escala de Autotranscendência encontra-se descrita na Tabela 5.6.

Tabela 5.6: Caracterização da amostra relativamente aos itens da Escala de Autotranscendência.

Itens da Escala de Autotranscendência	Frequência Absoluta (n)	Média
Tendo passatempos ou interesses de que posso desfrutar	7	2,286
Aceitando-me a mim próprio à medida que envelheço	7	3,429
Estando envolvido com outras pessoas ou com a minha comunidade sempre que possível	7	2,857
Adaptando-me bem à minha situação atual de vida	7	3,000
Ajustando-me a alterações nas minhas capacidades físicas	7	2,857
Partilhando a minha sabedoria ou experiência com outras pessoas	7	3,143
Encontrando sentido nas minhas experiências passadas	7	3,286
Ajudando os outros de alguma forma	7	3,429
Tendo um interesse contínuo em aprender	7	3,286
Apreciando o meu ritmo de vida	7	3,000

Através da análise da Tabela 5.6 é possível verificar que o valor médio mínimo de item é 2,286, correspondendo ao item “Tendo passatempos ou interesses de que posso desfrutar”. Neste sentido, existe algum comprometimento relativamente a atividades de lazer que o cuidador informal pode realizar pelo facto de cuidar do familiar dependente, uma vez que a média (2,286) encontra-se muito próxima de 2. Por outro lado, itens como “Aceitando-me a mim próprio à medida que envelheço” e “Ajudando os outros de alguma forma” obtêm os valores médios máximos (3,429), o que significa que os cuidadores informais têm uma

perceção mais positiva relativamente à forma como se veem a si próprios, como aceitam a sua própria velhice e como conseguem ajudar a sua comunidade, o que contribui para uma autotranscendência mais elevada.

Relativamente às necessidades percecionadas pelos cuidadores informais como importantes e em falta no cuidado ao familiar com demência, foram determinadas 10 opções de resposta: suporte financeiro; melhor adequação e equipamento de residência; apoio domiciliário nos cuidados diários ao familiar; apoio do enfermeiro de família para cuidar pessoa com demência/família no domicílio; apoio do médico de família para cuidar da pessoa com demência/família no domicílio; apoio familiar para cuidar da pessoa com demência; conhecimento sobre o processo e características da doença fornecidas por profissional de saúde; conhecimento sobre intervenções adequadas e personalizadas ao familiar com demência fornecidas por profissional de saúde; participação em grupos de autoajuda com outras famílias que também cuidam de familiar com demência; outra. Na Figura 5.3 encontram-se os resultados obtidos sobre esta temática.

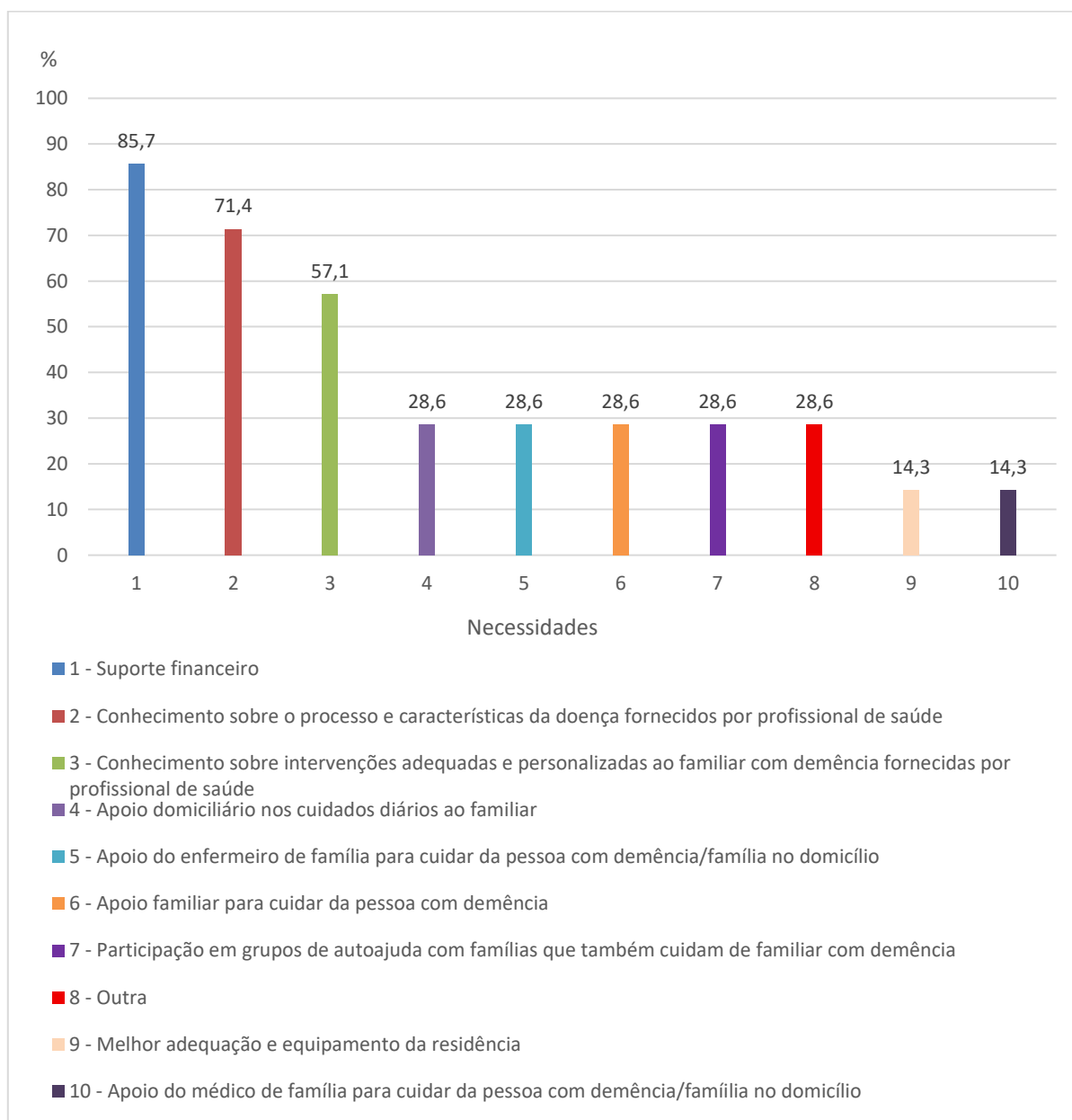


Figura 5.3: Prevalência das necessidades percecionadas pelos cuidadores informais de familiar com demência. Fonte: Elaboração própria.

Através da análise da Figura 5.3 é possível verificar que a necessidade “suporte financeiro” é a mais considerada pelos cuidadores informais intervenientes, obtendo um valor de 85,7% (n=6). Seguidamente, os cuidadores informais referem como necessidade importante e em falta nos cuidados com o familiar portador de demência o “conhecimento sobre o processo e características da doença fornecidos por profissional de saúde”, com resultado de 71,4% (n=5). Ainda no âmbito da educação para a saúde, verifica-se que 57,1% (n=4) da amostra considera como importante e em falta nos cuidados ao familiar a necessidade de “conhecimento sobre intervenções adequadas e personalizadas ao familiar com demência fornecidas por profissional de saúde”. Em menor percentagem seguem necessidades como “apoio domiciliário nos cuidados diários ao familiar”, “apoio do enfermeiro de família para cuidar pessoa com demência/família no domicílio”, “apoio familiar para cuidar da pessoa com demência”, “participação em grupos de autoajuda com outras famílias que também cuidam de familiar com demência” e “outra”, ocupando 28,6% da amostra (n=2). Na opção “outra”, foi questionado aos cuidadores qual seria a necessidade que eles consideravam importante e em falta e as respostas foram “limpeza da residência” e “ser mais falado, para a sociedade não nos olhar por pena, mas sim com admiração e respeito porque estamos a cuidar de um ser que é amado”. Por fim, verifica-se que 14,3% da amostra (n=1) considera ainda como importante e em falta aos cuidados com o familiar “melhor adequação e equipamento de residência” e “apoio do médico de família para cuidar da pessoa com demência/família no domicílio”.

5.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo pretende-se fazer uma interpretação dos resultados tendo em consideração a literatura consultada.

Na amostra estudada de cuidadores informais, existe uma predominância do género feminino o que vai de encontro ao estudo realizado por Pereira (2015) sobre “Necessidades dos cuidadores de doentes com demência”, no qual se verifica que 65% dos cuidadores são do género feminino e 35% dos cuidadores são do género masculino. Também no estudo de Teixeira (2018) sobre “Sobrecarga do cuidador informal da pessoa dependente no autocuidado”, se verifica uma predominância do género feminino no papel de cuidador, com 83% dos cuidadores do género feminino. Estes resultados são concordantes com o acervo da literatura Sequeira (2018); Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021); Alzheimer’s Disease International (2009)).

Teixeira (2018) refere que, existe uma vertente cultural da sociedade em atribuir o papel de cuidar à mulher, em consequência de construções históricas e sociais que se foram enraizando longo do tempo. Contudo, tal como se verifica na presente investigação e em corroboração com o estudo de Teixeira (2018), salienta-se um número crescente de homens a assumirem o papel de cuidadores de pessoa dependente.

De facto, atualmente verifica-se um aumento na proporção de homens que exercem funções de cuidador informal de familiares, o que contrapõe a construção sociocultural previamente considerada (De Anjos, et al, 2017, citado por Gomes et al. (2024)). Tendo em consideração que a amostra deste estudo é pequena, verifica-se que 3 cuidadores participantes são do sexo masculino, nomeadamente cônjuges, o que se revela, de facto, significativo. O estudo realizado por Gomes et al., p. (2024, p. 5) revela que “o cuidado, mesmo quando desempenhado por homens, é permeado por sentimentos positivos e pode gerar resiliência e aquisição de novas habilidades”, desafiando a conceção de que o ato de cuidar deve ser realizado exclusivamente pela mulher e destacando a importância do envolvimento de todos os membros da família no cuidado ao familiar dependente.

Os resultados deste estudo permitem determinar que a amostra de cuidadores informais é tendencialmente envelhecida, sendo os cônjuges os principais cuidadores do familiar dependente, o que vai de encontro às referências da literatura (Alzheimer's Disease International, 2009). Na pesquisa bibliográfica efetuada foram encontrados resultados não consensuais relativamente a esta temática. De acordo com estudo realizado pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), os principais cuidadores de familiar dependente em Portugal são os filhos, correspondendo a 51,4% da amostra, verificando-se a mesma situação no estudo de Teixeira (2018) no qual 50% da amostra corresponde aos filhos como cuidadores, o que contraria os resultados do presente estudo. Contudo, no estudo realizado por Pereira (2015), os principais cuidadores de familiar com demência são os cônjuges, verificando-se 52,8% da amostra. No estudo realizado por Afonso et al. (2025), que apresenta uma amostra relativamente pequena, com 14 cuidadores, também se verifica que os cônjuges ocupam 74,4% da amostra como cuidadores informais.

Verificando-se uma amostra maioritariamente envelhecida, é expectável que já existam algumas limitações funcionais e sensoriais decorrentes do processo de envelhecimento, tal como refere Teixeira (2018). Estas limitações promovem uma diminuição da capacidade física podendo representar maior constrangimento na prática do cuidado e potenciar situações como a depressão do cuidador informal (Lage, 2005). Em situações como esta, verifica-se um fenómeno de pessoas idosas a cuidar de pessoas idosas o que representa um fator de risco para a sobrecarga. Neste sentido, em decurso da idade avançada, os cuidadores tornam-se mais vulneráveis a eventos de saúde adversos e apresentam um aumento das suas próprias necessidades de cuidado o que requer um maior suporte por parte dos profissionais de saúde (Lindo Simões et al., 2024).

Neste estudo, e tendo em consideração a existência de uma amostra envelhecida, verifica-se uma literacia significativa, denotando-se que 42,9% da amostra apresenta o 3º ciclo. Em estudos de J. I. M. Ferreira (2018), Afonso et al. (2025) e Teixeira (2018) verifica-se que a maioria dos cuidadores apresenta o 1º ciclo do ensino básico, no entanto, também se evidencia um aumento da literacia, com cuidadores a completar o 12º ano e até mesmo a seguir o ensino superior, salientando que a amostra é ligeiramente menos envelhecida do que no presente estudo. Lage (2005) destaca a escolaridade como um fator positivo relativamente à experiência de cuidar e na qualidade de vida dos cuidadores informais uma vez que o percurso pessoal formativo poderá ajudá-los a lidar melhor com a situação de dependência da pessoa cuidada.

Quanto ao estado profissional, verifica-se que a maior parte dos cuidadores se encontra reformado/a, o que poderá ser explicado pela prevalência de uma amostra envelhecida. Nos estudos de Afonso et al. (2025), J. I. M. Ferreira (2018) e Teixeira (2018) a amostra também se encontra maioritariamente reformada. Contudo, torna-se importante ressaltar que 42,9% dos cuidadores ainda se encontram profissionalmente ativos, tendo de conciliar as duas funções. Nesta situação, a capacidade de gestão do tempo para poder trabalhar e prestar cuidados pode tornar-se comprometida, originando conflitos, o que contribui para a existência de uma maior sobrecarga nos cuidadores familiares (Sousa, et al, 2004, citado por Costa, 2015). Contudo, no estudo de Cordeiro (2011) que correlacionou a situação laboral com a sobrecarga e dificuldades sentidas pelo cuidador informal, verificou-se que os cuidadores que se encontravam empregados apresentavam menor sobrecarga. Cordeiro (2011), citando Brito (2002) refere que o emprego poderá representar um escape para a libertação de stress, tornando-se num fator protetor para a sobrecarga do cuidador. Neste sentido, os cuidadores informais reformados acabam por dedicar mais horas diárias aos cuidados do familiar o que potencia um aumento da sobrecarga e diminuição da qualidade de vida, tal como refere Paixão (2014), nos resultados do seu estudo sobre "Sobrecarga e qualidade de vida em cuidadores informais de pessoas com demência".

Todos os cuidadores familiares encontram-se casados ou vivem em união de facto, o que corrobora com a literatura consultada, na qual existe uma prevalência da amostra que se encontra casada ou em união de facto (Ferreira, (2018); Monteiro (2016), Perucci (2023), Cordeiro (2011)). A maioria dos cuidadores coabita com o familiar dependente de cuidados e cuidam do familiar há maioritariamente 2 ou 3 anos. Relativamente à coabitação, estudos de Perucci (2023) e Teixeira (2018) corroboram com os resultados do presente estudo determinando que a maioria dos cuidadores informais coabita com o familiar dependente. O estudo de Pereira (2015) demonstrou que a maioria dos cuidadores cuidavam do familiar dependente há mais anos do que no presente estudo. No entanto, no estudo de Veiga (2022) verificou-se que 50% dos cuidadores cuidaram do seu familiar até aos 2 anos, o que se aproxima dos resultados que foram obtidos neste estudo.

Torna-se relevante determinar o tempo de prestação de cuidados como cuidador informal uma vez que, tal como refere Connors et al. (2020), o nível de sobrecarga dos cuidadores aumenta com o tempo de prestação de cuidados prestados.

A maioria dos cuidadores familiares dispõe de ajuda de outra pessoa no processo de cuidar, o que corrobora com o estudo de Veiga (2022) no qual todos os cuidadores dispõe de ajuda de outra pessoa na prestação de cuidados, nomeadamente de membros da família. No estudo realizado por Anjos (2020, p.30) “alguns participantes relataram a importância do apoio da família, da necessidade que é ter alguém para auxiliar nos momentos mais complicados e durante as fases mais delicadas da doença”. Neste sentido, existe uma satisfação notória dos cuidadores familiares que dispõe de grande apoio dos restantes membros da família, principalmente em situações mais desafiantes como alterações de comportamento ou humor do familiar com demência, que geralmente transmitem ansiedade e angústia ao cuidador por dificuldade em saber como atuar. O apoio familiar promove uma maior confiança e tranquilidade na vida dos vários elementos da família, permitindo que os cuidadores familiares se sintam mais acompanhados e constituindo um fator protetor para a sobrecarga (Anjos, 2020). O estudo de Nemcikova et al. (2013) também revelou que a maioria da amostra de cuidadores informais dispunha de ajuda familiar/social no apoio aos cuidados com o familiar. No referido estudo foi concluído que os níveis mais baixos de sobrecarga de cuidadores se encontravam relacionados com uma maior perceção de suporte familiar/social nos cuidados ao familiar dependente.

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos cuidadores familiares não apresenta Estatuto de Cuidador Informal. De acordo com o estudo realizado pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), existem 59,1% dos cuidadores que não conhecem o Estatuto do Cuidador Informal. Dos cuidadores que conhecem o estatuto, verifica-se que 77,2% considera o estatuto incompleto por diversos motivos, sendo os principais: ser pouco abrangente; ter um acesso muito burocrático e limitado; fornecer apoio insuficiente, não cumprindo todas as necessidades. Num estudo realizado com uma amostra de 790 cuidadores verificou-se que 85,7% não usufrui de Estatuto de Cuidador Informal, sendo que 93,5% nunca usufruiu do serviço de descanso do cuidador (Escola Nacional de Saúde Pública, 2023). O estudo realizado por Ribeiro (2021) indica que 41% dos cuidadores informais não conhece bem o estatuto e salienta que nenhum cuidador considera que o mesmo se adegue às necessidades reais dos cuidadores informais de idosos, o que vai de encontro aos resultados do estudo do Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021). No presente estudo, não foi possível determinar o motivo pelo qual existe uma prevalência de cuidadores familiares que não apresentam o estatuto do cuidador. Tendo em consideração o supracitado, talvez os motivos da não adesão sejam: desconhecimento sobre o estatuto, dificuldade em aceder devido a burocracias complexas, falta de acompanhamento nesse procedimento, descredibilização do estatuto ou recusa do cuidador.

Relativamente às condições socioeconómicas da família verificou-se que a maioria da amostra do presente estudo se posiciona na classe média através dos dados obtidos pela Escala de Graffar, o que contraria os resultados do estudo de Machado (2012), no qual 59,4% das famílias se posicionam na classe baixa através da avaliação da referida escala. Contudo, os resultados do estudo de Pereira (2011) vão de encontro aos resultados do presente estudo ao identificar 44,2% da amostra que integra a classe média de acordo com a Escala de Graffar. De facto, tal como foi anteriormente referido, a condição económica torna-se um fator de relevo no processo de cuidar de um familiar com demência que, por sua vez, acarreta os seus custos específicos. Neste sentido, a presença de uma amostra predominantemente em classe média que, naturalmente dispõe de alguns recursos financeiros, poderia influenciar a existência de uma menor sobrecarga bem como a perceção de necessidades económicas menos evidentes por parte da amostra.

No que se relaciona com as características de saúde do familiar com demência, nomeadamente o tipo de demência existente, os resultados do presente estudo são sobreponíveis aos resultados do estudo de B. Fernandes & Luísa (2022) que refere uma prevalência de demência do tipo Alzheimer na maioria das pessoas cuidadas. O estudo de Nemcikova, et al (2023) segue o mesmo pressuposto referindo que 49,1% das pessoas cuidadas apresenta demência de Alzheimer, sendo que as restantes apresentam outros tipos de demência. Estes dados corroboram com as referências da literatura, nomeadamente da Alzheimer Europe (2008) que atribui ao Alzheimer 50% a 70% dos casos de demência.

Contudo, no estudo de Paixão (2014) verificou-se que 48,5% das pessoas com demência, num total de 33, apresenta como diagnóstico “demência não especificada”, seguindo-se a demência do tipo Alzheimer, com um valor de 36,4%. Neste estudo verificou-se que, apesar de todos os familiares dependentes serem seguidos na especialidade de neurologia, 28,6% dos cuidadores (n=2) não sabe o tipo de demência que o seu familiar dependente possui. Sequeira (2018) refere que o diagnóstico de uma síndrome demencial em fase inicial poderá ser complexo devido à heterogeneidade do funcionamento cognitivo das pessoas e à possibilidade de associação com outras patologias. Neste sentido, atualmente existe um número significativo de pessoas que são diagnosticadas numa fase moderada ou avançada da doença ou que nunca chegam a ser diagnosticadas. O diagnóstico precoce sobre a existência e o tipo de demência permite que a pessoa com a patologia e os seus familiares cuidadores possam planear e organizar a vida de forma mais adequada, possibilitando uma intervenção farmacológica e não farmacológica mais eficaz, promovendo a qualidade de vida da família (Alzheimer Portugal, 2026).

Relativamente à funcionalidade dos familiares dependentes de cuidados, verificou-se no estudo de A. M. A. Silva (2009) uma maior dependência nas atividades básicas de vida com a aplicação do Índice de Barthel relativamente aos resultados do presente estudo. Neste sentido, no referido estudo verificou-se 40% dos familiares com demência apresentavam-se totalmente dependentes na realização das suas atividades diárias. O estudo de Perucci, et al (2024) vai de encontro aos mesmos resultados, indicando que 97,7% dos familiares com demência apresentam dependência total, com recurso ao Índice de Barthel. O grau de dependência da pessoa com demência influencia e é determinante para o aparecimento de sobrecarga, de acordo com o estudo realizado por Sequeira (2018).

Ao aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador aos cuidadores familiares verificou-se que todos eles apresentavam sobrecarga nos cuidados diários ao seu familiar, maioritariamente sobrecarga intensa. O estudo de validação da ESC para a população portuguesa, de Sequeira (2010) determinou o nível de sobrecarga em cuidadores de idosos sem demência e em cuidadores de idosos com demência. No referido estudo os resultados foram sobreponíveis aos resultados do presente estudo, verificando-se que 66,3% de cuidadores

de pessoa com demência apresentavam sobrecarga intensa, num total de 83 cuidadores que foram integrados no estudo. O estudo de Sequeira (2010) salienta ainda que os cuidadores de idosos com demência apresentam níveis médios mais elevados de sobrecarga comparativamente aos cuidadores de idosos sem demência.

O estudo de Silva (2009) obteve resultados semelhantes ao aplicar a ESC a uma amostra de 50 cuidadores familiares de pessoa com demência, obtendo-se 62% de cuidadores com sobrecarga intensa. O estudo de Afonso, et al (2025), que determinou o nível de sobrecarga numa amostra de 14 cuidadores informais de pessoa com demência, apresenta resultados que evidenciam maior sobrecarga, com uma média de score total de 72.35, em valores que oscilam entre 61 (mínimo) e 98 (máximo), sendo que todos os participantes apresentam sobrecarga intensa. No estudo de Pereira (2015), verificou-se que 38% da amostra de cuidadores informais de pessoa com demência (n=71) apresentava sobrecarga moderada, o que representa menor sobrecarga relativamente aos resultados obtidos no presente estudo. O estudo de Leite et al. (2016) demonstra resultados semelhantes apresentando 50% dos cuidadores informais de pessoa com demência (n=92) com presença de sobrecarga moderada, através da avaliação da escala de sobrecarga.

Apesar de grande parte dos estudos corroborarem com a presença de sobrecarga significativa no cuidador informal de pessoa com demência, o estudo de Ferreira (2018) evidencia que 97,6% da amostra de cuidadores informais de pessoa com demência (n=42) não apresentam sobrecarga, o que poderia estar relacionado com o apoio formal recebido por parte a UCC, segundo a autora do estudo.

Incidindo ainda sobre a ESC, relativamente aos 4 fatores propostos por Sequeira (2010), os resultados do estudo de Teixeira (2018) e Afonso, et al (2025) são concordantes com os resultados do presente estudo determinando que o fator no qual se verifica uma maior sobrecarga corresponde a “expetativas face ao cuidar”, obtendo-se um score médio de 3,47 e 3,98, respetivamente. Contudo, o estudo de Sequeira (2010) determina que os valores mais elevados de sobrecarga de cuidadores informais de pessoa com demência se enquadram nos fatores “relação interpessoal” e “impacto na prestação de cuidados”. O fator “expetativas face ao cuidar” traduz-se numa compreensão do cuidador informal sobre a inevitável dependência do seu familiar e a sua consequente importância no papel de cuidar, reconhecendo a vulnerabilidade do seu ente querido. Uma sobrecarga intensa neste fator reflete a exigência significativa no processo de cuidar de uma pessoa com demência, o que requer um reforço da necessidade de suporte a estes cuidadores (Afonso, et al, 2025).

Nos resultados deste estudo, o fator “impacto na prestação de cuidados” constitui o segundo fator no qual os cuidadores evidenciaram maior sobrecarga, salientando o item “Considera que não tem uma vida privada como gostaria devido ao seu familiar?”. A este nível, os cuidadores referem que muitas vezes consideram não ter uma vida privada como gostariam pelo facto de cuidar do seu familiar. Sequeira (2010) refere que este item do fator “impacto na prestação de cuidados” constitui um dos itens que contribui de forma mais significativa para a sobrecarga global. De facto, torna-se compreensível que neste item se evidencie elevada sobrecarga uma vez que, tal como refere Sequeira (2018), a necessidade de cuidados implica que o cuidador centre a sua atenção no familiar dependente o que pode desencadear uma diminuição dos contactos com a sua rede social e uma diminuição do tempo disponível para as suas próprias atividades. O estudo de Anjos (2020, p.30), na temática da demência, “traduz os impactos físicos e psicológicos na vida pessoal do cuidador causados pela doença do seu familiar”. Neste sentido, através dos relatos dos cuidadores familiares participantes no estudo de Anjos (2020) é possível compreender o desgaste físico e emocional inerente ao processo de cuidar que, invariavelmente, é refletido através da falta de autocuidado, descanso e alimentação deficitária do cuidador, conduzindo a estados de desespero e ansiedade em última instância.

Em relação à dinâmica familiar em situação de transição saúde/doença, “a família vê-se na necessidade de se reorganizar, o que potencia a existência de conflitos nas relações familiares e sociais” (Sequeira, 2018, p. 207). Estes conflitos relacionam-se com o facto de o cuidador familiar poder considerar que: o familiar dependente não colabora o quanto deve; existe falta de apoio de outros familiares nos cuidados; existe discórdia de estratégias dos familiares no processo de cuidar (Sequeira, 2018). De facto, no estudo de Sequeira (2018) verifica-se que 39,8% dos cuidadores referem alterações na relação com família e amigos o que contraria os resultados do presente estudo, no qual os cuidadores referem que a situação de doença familiar nunca/ quase nunca afeta de forma negativa a relação com os familiares. Em situação de demência, Sequeira, p. (2018, p. 303) refere que “o aparecimento de alterações psicopatológicas modifica a relação entre o doente e o cuidador, o que condiciona de forma significativa a interação”, podendo surgir maior constrangimento em lidar com a agitação, a agressividade, a teimosia, os esquecimentos, a repetição de vários comportamentos e a existência de comportamentos inadequados ou bizarros que acometem o familiar com demência (Sequeira, 2018). Neste sentido, torna-se plausível compreender que o fator “relação interpessoal” da ESC constitui uma das principais fontes de sobrecarga segundo os resultados do estudo de Sequeira (2010). Não obstante, é importante ressaltar que no presente estudo as principais fontes de sobrecarga não se encontram relacionadas com esse fator, sendo que os cuidadores familiares nunca/quase nunca referem alterações significativas na relação com o seu familiar dependente.

Ainda incidindo no fator “relação interpessoal” e apesar da elevada sobrecarga global, os cuidadores referem que nunca/quase nunca desejariam poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa. Nesta situação torna-se patente a importância que os cuidadores atribuem ao conceito e às funções da família bem como ao seu papel de cuidador, refletindo a citação de Figueiredo, p. (2023, p. 212) de que “uma das funções da família é a promoção da saúde dos seus membros, resumindo-se nas atividades desenvolvidas que permitem o fortalecimento da unidade familiar e, simultaneamente, a manutenção ou recuperação da saúde dos seus membros quando é necessário. Quando existe alguma incapacidade associada à perda de autonomia de um dos membros, é a família que, na maioria das vezes, funciona como agente do autocuidado.”

Estes resultados poderão também estar relacionados com uma perceção de autoeficácia mais positiva quanto ao papel do cuidador informal uma vez que o fator “perceção de autoeficácia” na ESC apresenta os valores mais baixos de sobrecarga, o que significa que os cuidadores familiares apresentam uma opinião favorável relativamente ao seu desempenho como cuidadores. De certa forma, poderá existir uma satisfação do cuidador com o papel desempenhado o que contribui para o desenvolvimento da autoestima e de experiências positivas no ato de cuidar. No estudo de Perucci, et al (2024) a maioria dos cuidadores familiares de pessoa com demência considera ter aumentado a sua autoestima ao cuidar do seu familiar, sentindo-se com mais valor e propósito. Estes aspetos decorrem também da perceção que os cuidadores têm de que, à sua responsabilidade, o seu familiar mantém a dignidade, se encontra bem cuidado e feliz. Do mesmo modo, os cuidadores também conseguem ter a oportunidade de expressar o seu amor e afeto pelo ente querido o que contribui para a satisfação com o papel. Por outro lado, autores como Figueiredo (2023) e Veiga (2022) atribuem à perpetuação do papel de cuidador um sentido de dever moral e uma expectativa social e familiar que influencia os cuidadores, o que poderia explicar os resultados obtidos relativamente ao desejo de não entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa.

Após a pesquisa bibliográfica realizada, verificou-se que os estudos existentes relativamente à temática da autotranscendência em cuidadores familiares de pessoa com demência são escassos. O estudo realizado por Acton, (2002), aplicado aos cuidadores familiares de pessoa com demência, demonstrou pouca evidência de perspetivas e comportamentos de autotranscendência por parte da amostra, o que contraria os resultados do

presente estudo. No referido estudo verificou-se que o isolamento social, a ambivalência, o peso dos cuidados e a fragilidade emocional constituíram fatores inibitórios para o desenvolvimento da autotranscendência. Os resultados do estudo demonstraram, de igual forma, que os cuidadores familiares tinham poucas oportunidades para se envolverem em atividades que pudessem facilitar a autotranscendência.

Um estudo mais recente realizado por Zaguri-Greener et al. (2025) avaliou a Escala de Autotranscendência em cuidadores familiares de pessoa com demência e estabeleceu uma correlação entre a autotranscendência e a sobrecarga do cuidador. No referido estudo, foi utilizada a versão da Escala de Autotranscendência não adaptada à população portuguesa, constituída por 15 itens. De acordo com o estudo, os itens que apresentaram médias mais baixas foram “permitir que os outros me ajudem quando preciso”, “apreciando o meu ritmo de vida” e “encontrar significado nas minhas crenças espirituais”, o que contraia os resultados do presente estudo que atribui as médias mais baixas aos itens “tendo passatempos ou interesses de que posso desfrutar”, “estando envolvido com outras pessoas ou com a minha comunidade sempre que possível” e “ajustando-me a alterações nas minhas capacidades físicas”. Por outro lado, itens como “ajudando os outros de alguma forma” e “encontrando sentido nas minhas experiências passadas” obtiveram as médias mais elevadas o que corrobora, em parte, com o presente estudo relativamente ao item “ajudando os outros de alguma forma”.

Torna-se importante salientar que, no referido estudo, os valores médios para cada item da Escala são tendencialmente mais elevados do que no presente estudo o que pressupõe uma autotranscendência mais elevada nessa amostra de cuidadores. Os resultados do estudo indicam que existe uma correlação negativa significativa entre o score total da Escala de Autotranscendência e o score da Escala de Sobrecarga, determinando que elevados níveis de autotranscendência encontram-se associados a níveis mais baixos de sobrecarga. Neste sentido, verificou-se que os cuidadores que verbalizaram maior autoaceitação e ajuste pessoal às situações de vida experienciaram menor sobrecarga.

No presente estudo, os resultados diferem dos supracitados verificando-se que a amostra de cuidadores familiares apresenta maioritariamente elevada sobrecarga apesar de elevados níveis de autotranscendência. Na realização das entrevistas às famílias intervenientes no estudo denota-se a dificuldade que alguns cuidadores demonstraram em entender o conceito de autotranscendência e os pressupostos da escala, principalmente os cuidadores familiares do sexo masculino. De facto, autotranscendência remete para um conceito mais abstrato que poderá dificultar a interpretação e, de acordo com Reed (2008) comportamentos de autotranscendência são mais predominantes em mulheres relativamente aos homens, o que poderá justificar a situação referenciada.

No que se relaciona com as necessidades percebidas pelos cuidadores informais e em falta nos cuidados ao familiar com demência, este estudo apresenta resultados concordantes com o estudo de Pereira (2015) no qual 72 cuidadores familiares de pessoa com demência referem maiores necessidades nos itens “apoio financeiro” e “informação sobre a doença”, o que corrobora com a evidência científica mais atual. No respetivo estudo existe um razoável nível de satisfação de necessidades relacionadas com serviços, de enfermagem e de apoio domiciliário.

Noutros estudos verificaram-se resultados semelhantes, entendendo-se a necessidade de educação para a saúde no âmbito das demências como uma das mais relevantes referidas pelos cuidadores (Oliveira, et al, s.d; Monteiro, 2016; Corral et al. (2023); Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, (2021), Sequeira, (2018)). Neste sentido, de acordo com o Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), verificou-se que 41,2% da amostra de cuidadores informais revelava necessidade de receber formação específica no processo de

cuidar, nomeadamente: cuidados a ter no tratamento e manuseamento do utente e formação adequada à patologia (tratamento, evolução e terapias). Relativamente à temática da educação para a saúde na área das demências, o estudo de Paixão (2014) revela que 75,8% da amostra de cuidadores informais não beneficiava de apoio psicoeducativo que os pudesse auxiliar no esclarecimento de questões de forma a dar resposta à complexidade dos sintomas de demência, o que contribuiu para a situação de sobrecarga. Melo, et al (2014) refere que, torna-se importante transmitir aos cuidadores da pessoa dependente conhecimentos e capacidades para poderem desempenhar funções mais satisfatórias e saudáveis no cuidado ao seu familiar. A este nível, o EEESF “detém um lugar por excelência na equipa de saúde pelas características da sua profissão”, sendo esperado que ajude a família a lidar com a situação de doença, através da educação para a saúde (Figueiredo, 2023, p. 228).

Tal como foi referenciado pela literatura, o impacto financeiro assume um lugar de destaque no cuidado ao familiar com demência. No estudo de Sequeira (2018) os cuidadores de familiares com demência mostraram maiores encargos económicos ativos com o cuidar relativamente aos cuidadores de familiares sem demência. Por esse motivo, é expectável que a amostra de cuidadores do presente estudo demonstre como principal necessidade a considerar o “suporte financeiro”, apesar de se encontrar posicionada maioritariamente em classe média.

As necessidades de apoio familiar/social assumem menor relevância relativamente às necessidades supracitadas, o que pode ser explicado pelo facto de 71,4 % da amostra de cuidadores referir que obtém ajuda no processo de cuidar, de acordo com os resultados do presente estudo. Um resultado curioso obtido relaciona-se com uma maior expressão da necessidade “apoio do enfermeiro de família” no processo de cuidar, relativamente à necessidade “apoio do médico de família”, por parte da amostra. Este resultado destaca a importância que as famílias atribuem ao papel enfermeiro, nomeadamente do EEESF, considerando-o um recurso primordial. Na opção de resposta “outra”, a amostra evidencia necessidade de uma maior compreensão da demência por parte da sociedade, evidenciando um possível estigma da doença mental refletido pelas frases “ser mais falado” e “para a sociedade não nos olhar por pena”. Sequeira (2018, p. 311) refere que “apesar dos progressos efetuados nas últimas décadas a nível da aceitação da doença mental, constata-se que o facto de a demência se enquadrar no domínio da doença mental, por si só, pode constituir um fator de repercussões no cuidador”. Por outro lado, na opção de resposta “outra” a amostra evidencia a necessidade de admiração e respeito pelo seu papel de cuidador por parte da sociedade o que remete, mais uma vez, para uma “perceção de autoeficácia” mais positiva, uma autoestima mais elevada pelo ato de cuidar e uma satisfação com o papel. É importante salientar que, das 10 necessidades preconizadas, não houve nenhuma necessidade que não fosse considerada por parte da amostra.

5.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo “A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência” tinha como objetivo geral determinar a sobrecarga, autotranscendência e as necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência na USF Leiria-Nascente – polo Pousos, da ULSRL. Através da recolha de dados e da análise estatística efetuada foi possível cumprir o objetivo previamente delineado.

De acordo com os resultados do estudo, que englobou a participação de 7 famílias da USF L, a amostra de cuidadores informais familiares é tendencialmente envelhecida e o cuidar faz-se maioritariamente no feminino. A maioria dos cuidadores familiares são cônjuges, encontram-se casados/vivem em união de facto,

coabitam com o familiar dependente e o tempo de prestação de cuidados é mais significativo entre os 2 e os 3 anos. Face a uma amostra envelhecida, os cuidadores informais encontram-se maioritariamente reformados. Evidencia-se algum grau de literacia por parte dos cuidadores, com uma escolaridade significativa.

A maioria dos cuidadores dispõe de ajuda de outra pessoa para cuidar do familiar dependente, não beneficia do estatuto de cuidador informal e posiciona-se em classe média relativamente às características socioeconómicas. Os familiares cuidados apresentam predominantemente demência do tipo Alzheimer, são seguidos na especialidade de Neurologia e apresentam elevado grau de dependência. Existe predominantemente uma sobrecarga intensa do familiar cuidador de pessoa com demência, com maior expressão no fator “expectativas face ao cuidar”.

Apesar da elevada sobrecarga, os cuidadores sentem que a relação com o seu familiar dependente não se alterou significativamente e não desejam entregar o familiar aos cuidados de outra pessoa, o que remete para uma perceção de autoeficácia mais positiva. Evidencia-se uma autotranscendência elevada principalmente relacionada com uma perceção mais positiva relativamente à forma como os cuidadores se veem a si próprios, como aceitam a sua própria velhice e como conseguem ajudar a sua comunidade.

As principais necessidades que os cuidadores referem como importantes e em falta no cuidado ao seu familiar são essencialmente de cariz económico e informativo, com enfoque na educação para a saúde no âmbito das demências. Os cuidadores familiares atribuem maior importância ao papel do EEESF no cuidado à família no domicílio relativamente ao papel do médico de medicina geral e familiar.

A evidência científica sustenta, em grande parte, os resultados obtidos no estudo. Neste sentido, determina-se que:

- Os cuidadores familiares de pessoa com demência apresentam sobrecarga significativa.
- A demência do tipo Alzheimer é a mais prevalente nos familiares dependentes.
- Existe um grau de dependência significativo nos familiares com demência.~
- Os dados socioeconómicos e profissionais do cuidador informal são sobreponíveis em diversos estudos.
- As necessidades mais emergentes dos cuidadores informais de familiar com demência são de cariz informativo o que requer a atuação do EEESF em promover literacia em saúde na área das demências.

Ressalva-se a importância de se redigirem mais estudos sobre a temática da autotranscendência em famílias com membro portador de demência uma vez que, de acordo com o acervo da literatura, são escassos e, por esse motivo, não permitem generalizar resultados.

Este estudo, sendo de carácter exploratório, permitiu estabelecer possíveis associações entre as variáveis de forma a explicar os resultados obtidos, assentando numa perspetiva crítico/ reflexiva. Para confirmar estas possíveis associações seria necessário a existência de estudos correlacionais, recorrendo a teste de hipóteses.

Como principais limitações do estudo, salienta-se a existência de uma amostra pequena que, por esse motivo, não é representativa e não permite generalizar os resultados obtidos. Verificando-se a existência de uma amostra tendencialmente envelhecida, com as suas limitações expectáveis, existiu alguma dificuldade de compreensão dos cuidadores familiares relativamente ao preenchimento do questionário, principalmente na temática da autotranscendência. Na aplicação do questionário às famílias seria pertinente existirem questões

sobre o motivo de aceitação ao papel de cuidador informal e sobre o agregado familiar, de forma a tornar o trabalho de investigação mais enriquecedor.

O estudo constituiu-se como um contributo para a área da Enfermagem de Saúde Familiar pois permitiu compreender a complexidade da demência no funcionamento das famílias ao avaliar a sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador familiar. Permitiu, de igual forma, compreender a importância atribuída por estas famílias ao EEESF nos cuidados ao domicílio, tendo em consideração a situação de doença. Com os resultados obtidos, torna-se importante por parte do EEESF a realização de programas de intervenção no âmbito da educação para a saúde e capacitação dos cuidadores familiares no cuidado à pessoa com demência. Por esse motivo, e tendo em consideração a diversidade de resultados obtidos neste estudo, sugere-se como recomendação de futuros estudos as seguintes propostas:

- A influência do apoio familiar e autotranscendência na sobrecarga do cuidador familiar de pessoa com demência – um estudo correlacional.
- Os benefícios de um Programa de Intervenção na redução da sobrecarga em famílias com membro portador de demência.

Ao concretizar estes estudos, seria interessante abranger uma amostra maior, com um número mais significativo de participantes, agrupando famílias de outras extensões da USF L, por exemplo. Desta forma, iria existir um enriquecimento do ponto de vista científico relativamente ao trabalho de investigação.

6. CONCLUSÃO

O presente relatório apresenta uma descrição critico-reflexiva sobre as competências comuns e especializadas na área da saúde familiar, desenvolvidas durante o percurso académico, tendo em consideração os objetivos delineados para o ensino clínico. Os primeiros capítulos contextualizaram os CSP, bem como o local de prestação de cuidados – a USF L. Englobaram a descrição das consultas de enfermagem de acordo com a metodologia do enfermeiro de família e tendo em consideração os indicadores contratualizados. Assentaram na articulação entre os pressupostos teóricos e o desenvolvimento das competências especializadas e descreveram de que forma as competências foram obtidas. No último capítulo foi desenvolvido o projeto de investigação “A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência”.

Com a elaboração deste relatório foi possível obter uma perspetiva das atividades que foram realizadas de forma a atingir os objetivos preconizados. Neste sentido, a prestação de cuidados tendo em consideração os pressupostos éticos e legais, utilizando comunicação terapêutica, colaborando na melhoria da qualidade, manuseando de forma eficaz o programa informático implementado e desenvolvendo aprendizagens profissionais relevantes, permitiram atingir o objetivo “desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista”. As consultas de enfermagem realizadas e a aplicação do Processo de Enfermagem tendo em consideração o MCAIF permitiram atingir o objetivo “desenvolver competências específicas de enfermagem especializada, na área de saúde familiar, em contextos de vulnerabilidade”.

A continuidade do Ensino Clínico permitiu também atingir os objetivos específicos previamente delineados uma vez que foi possível executar processos de cuidados de enfermagem à família através das consultas de enfermagem realizadas e aplicação do MCAIF. Todas as atividades foram realizadas articulando a prática aos conhecimentos científicos e referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar, adquiridos ao longo do processo formativo. Durante o percurso em ensino clínico analisou-se a prática de cuidados num método critico-reflexivo, sustentado em evidência científica e utilizando situações exemplificativas sempre que oportuno. Foram desenvolvidos padrões de prática baseada na evidência, especialmente concretizados através da elaboração do estudo de investigação. Foi realizada uma reflexão sobre as práticas realizadas e os resultados obtidos, tendo em consideração as dificuldades sentidas e as limitações existentes.

Com a realização do ensino clínico tornou-se possível sustentar uma base teórica sólida para alicerçar à prática clínica, conseguindo-se relacionar e integrar modelos como a Perspetiva Sistémica, a Teoria das Transições, a Teoria da Auto-transcendência, entre outros. Se no primeiro ensino clínico o conceito de EEESF ainda era um pouco difuso na prática clínica, com a continuidade, foi possível aprofundá-lo, percecionando a sua forma de atuar e de fazer a diferença na intervenção com as famílias.

O relatório, que contemplou as aprendizagens realizadas ao longo do ensino clínico, teve um foco principal em famílias na última etapa do ciclo vital e nas transições saúde/doença em contexto de envelhecimento. Com a tónica na demência, foi possível compreender a sua complexidade no funcionamento dos sistemas familiares.

A experiência de ensino clínico, permitiu reconhecer a importância de um bom suporte, familiar, social, de crenças e económico para a construção da resiliência familiar – tão fundamental nas transições do ciclo vital.

O estudo de investigação realizado teve resultados importantes, permitindo contribuir para a evidência científica na área da enfermagem de saúde familiar. Neste sentido, foi possível determinar que os cuidadores informais de familiar com demência apresentavam elevada sobrecarga, elevada autotranscendência e necessidades de informação, no cuidado ao familiar com demência. A temática da sobrecarga e necessidades do cuidador informal no cuidado ao familiar com demência começa a ser cada vez mais abordada em estudos científicos, o que reflete a importância do tema. A realização de um trabalho de investigação primário foi desafiante pois implicou o desenvolvimento de todos os pressupostos do estudo e a mobilização de conhecimentos teóricos relativos à análise estatística. Foi necessário recorrer à análise de outro ficheiro clínico da USF de forma a aumentar o tamanho da amostra, o que se revelou um pouco exaustivo.

Bibliografia ou Referências Bibliográficas

- ACES Pinhal Litoral. (2022). *Perfil Local de Saúde – ACES Pinhal Litoral – 2022*.
- Acton, G. J. (2002). Self-Transcendent Views and Behaviors: Exploring Growth in Caregivers of Adults with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(12), 22–30. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20021201-06>
- Acton, G. J., Kathy, C. N. S., & Wright, B. (2000). Self-Transcendence and Family Caregivers of Adults With Dementia. *JOURNAL OF HOLISTIC NURSING*.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Alargar as Consultas do Pé Diabético nos ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde*.
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2023). *Plano de Ação Conjunto ACES Pinhal Litoral / Centro de Saúde Dr. Gorrão Henriques*.
- Afonso, C. I. C., Spínola Madeira, A., Reis, A., & Gomes, J. (2025). Curae de Mim (Care for Me): A Personalized Alzheimer's Care Nursing Intervention for Informal Caregivers. *Journal of Personalized Medicine*, 15(7). <https://doi.org/10.3390/jpm15070270>
- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Quarteto.
- Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita domiciliária no pós-parto. *Millenium*, 50(50), 267–281. <http://hdl.handle.net/10400.19/4033>
- Almeida, M. C., Barrios, H. S., Pereira, C., Santos, A. C., Pinto, V., Costa, S., Conde, A., & Pedrosa, H. (2015). *Manual de Boas Práticas - Demência*.
- Alzheimer Europe. (2008). *Dementia in Europe - Yearbook 2008*. www.dementia-in-europe.eu
- Alzheimer's Disease International. (2009). *Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo 2009 - Resumo Executivo*. www.deutsche-alzheimer.de
- Anjos, D. C. F. (2020). *BURNOUT E SOBRECARGA EM CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DEMÊNCIA - IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR*. Universidade de Coimbra.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 100/2019 - Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio*.
- Associação Alzheimer Portugal. (sem data). *Estatuto do cuidador informal*. Obtido 12 de Abril de 2026, de <https://alzheimerportugal.org/estatuto-do-cuidador-informal-2/>
- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. Faculdade de Medicina.

- Barros, T. M. K. (2014). *SENTIDO DE VIDA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA*. Universidade Católica Portuguesa.
- Chaves, R., Marques, R., Martins, R., & Junqueira, M. (2022). *Avaliação da satisfação dos utentes da USF Leiria Nascente*.
- Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., & Brodaty, H. (2020). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(2), 250–258. <https://doi.org/10.1002/gps.5244>
- Conselho Técnico USF LN. (2023). *Regulamento Interno da USF Leiria Nascente*.
- Corral, A. C. T., Oliveira, N. A. de, Taminato, M., Hino, P., & Okuno, M. F. P. (2023). Fatores relacionados à qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas com demência. *Research, Society and Development*, 12(11), e66121143770. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i11.43770>
- Cruz, C. A. S. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 9–16.
- Direção Nacional da Alzheimer Portugal. (2024). *Plano de ação e orçamento 2025*.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Saúde Infantil e Juvenil*.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 – Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma:001/2023 - Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. www.dgs.pt
- Evangelista, A. da R., Moreira, A. C. A., Freitas, C. A. S. L., do Val, D. R., Diniz, J. L., & Azevedo, S. G. V. (2019). Sexuality in old age: Knowledge/attitude of nurses of family health strategy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018018103482>
- Falcão, D. V. D. S., Teodoro, M. L. M., & Bucher-Malusckhe, J. S. N. F. (2016). Family cohesion: A study on caregiving daughters of parents with alzheimer's disease. *Interpersona*, 10, 61–74. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v10isupp1.244>
- Faria, N. (2023, Abril 28). *Em Portugal a natalidade está muito prejudicada pelas condições salariais e pela precariedade*. <https://www.publico.pt/2023/04/28/sociedade/noticia/portugal-natalidade-prejudicada-condicoes-salariais-precariedade-2047848>
- Fernandes, A. C. (2020). A perspective on the OECD report «health at a Glance 2019». *Acta Medica Portuguesa*, 33(1), 4–6. <https://doi.org/10.20344/amp.13251>
- Fernandes, B., & Luísa, C. (2022). Cuidadores Informais de pessoas idosas com demência: percursos e desafios. *Revista Ibero-Americana de Gerontologia*.
- Ferreira, D., Costa, M., & Germano, M. (2019). *Manual de visitação domiciliária e de apoio ao cuidador*.
- Ferreira, J. I. M. (2018). *CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA: CARACTERÍSTICAS E NECESSIDADES*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Figueiredo, M. H. de J. S. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Frade, J. (2025). *Planeamento do Estágio III*.
- Gomes, M. de S., Oliveira, A. G. de, Francisco, R., Silva, J. V. da, & Fava, S. M. C. L. (2024). Men's transition to the role of informal caregivers from the perspective of the Transitions Theory. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(3). <https://doi.org/10.12707/RVI24.69.36524>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Lusodidacta.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Lusociência.
- Hilário, A. P., Mendonça, J., & Augusto, F. R. (2024). *Recomendações dirigidas a profissionais, organizações e autoridades de saúde com o intuito de mitigar a hesitação vacinal em Portugal*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *CENSOS 2021 - Divulgação dos resultados provisórios*.
- Leite, B. S., Camacho, A., Joaquim, F., Gurgel, J., Lima, T., & Queiroz, R. (2016). Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(3), 495–503. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>
- Lima, S. P., Santos, E. K., Erdmann, A. L., Farias, P. H., Aires, J., & Nascimento, V. F. (2019). Perception of women regarding the practice of breastfeeding: an integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 248–254. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.248-254>
- Lindo Simões, J., Silva Perucci, A. C., & Tavares, J. P. (2024). Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa com demência na pandemia por covid-19. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(2), 1–15. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i2.341>
- Machado, S. C. G. (2012). *Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, no Desempenho de Suas Funções, à Pessoa Idosa Dependente, no Concelho de Santana*. Universidade da Madeira.
- Marques, J., Branquinho, A. P., Correia, C. M., & Nujo, C. (2023). *Relatório de Auditoria – USF Modelo B*.
- Marques, R., Martins, R., & Junqueira, M. (2023). *Relatório de atividades da USF Leiria Nascente: 2022. Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.*
- Marques, R., Martins, R., & Junqueira, M. (2024). *Plano de ação 2024*.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (A. I. Meleis, Ed.). Springer.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: guia de decisão clínica*. LIDEL.
- Melo, R. M. da C., Rua, M. D. S., & Santos, C. S. V. de B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(2), 143–151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Minayo, M. C. de S., & Coimbra Jr., C. E. A. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Editora Fiocruz.

- Ministério da Saúde. (2002). *Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde*.
- Ministério da Saúde. (2006). *Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro. Diário da República*.
- Ministério da Saúde. (2007a). *Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de outubro. Diário da República*.
- Ministério da Saúde. (2007b). *Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro. Diário da República*.
- Ministério da Saúde. (2017). *Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. Diário da República*.
- Ministério da Saúde. (2023). *Portaria n.º 454-A/2023, de 28 de dezembro. Diário da República*.
- Ministério da Saúde – Portugal. (sem data). *BICSP – Base de Dados da Contratualização do SNS*.
Obtido 22 de Dezembro de 2025, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/ide/Paginas/default.aspx>
- Miranda Cruz, D. C., Loureiro, H. A. de M., Moreira da Silva, M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 127–136. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961003>
- Monteiro, C. P. P. (2016). *Cuidadores informais de pessoas com demência-perceções e necessidades socioeducativas*. Escola Superior de Educação de Bragança.
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal?*
- Nemcikova, M., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2013). Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Frontiers*.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1104250>
- Neves, C. (sem data). *Úlcera Venosa*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido 24 de Março de 2026, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5178/2%C2%BA-artigo-ulcera-venosa-finalissimo.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Nunes, R., Rego, G., Ricou, M., & Duarte, I. (sem data). *PARECER N.º P/34/APB/18 SOBRE O ANTEPROJETO DE DECRETO-LEI QUE ESTABELECE OS PRINCÍPIOS E REGRAS APLICÁVEIS À COMPOSIÇÃO, CONSTITUIÇÃO, COMPETÊNCIAS E FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA*. Obtido www.apbioetica.org.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Oliveira, M. (2016). Aleitamento Materno: Estudo de Prevalência e Fatores Condicionantes nos Primeiros Seis Meses de Vida. *Journal of Nursing - Pensar Enfermagem*, 20.
- Oliveira, S., Chaves, R., Martins, R., & Junqueira, M. (2024). *Manual de Articulação USF Leiria Nascente - Aces Pinhal Litoral*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Regulamento n.º 367/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República.*
- 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.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 53/2021 - Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem.*
- Paixão, F. (2014). *Sobrecarga e qualidade de vida em cuidadores informais de pessoas com demência.* UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA.
- Passadouro, R., Sousa, A., Santos, C., Costa, H., & Craveiro, I. (2016). Características e Prevalência em Cuidados de Saúde Primários das Feridas Crónicas. *Revista SPDV*, 74(1).
- Pena-Gayo, A., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., & Mena-Tudela, D. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of Pamela Reed's Self-Transcendence Scale for the Spanish context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2750.3058>
- Pereira, F. F. M. (2015). *NECESSIDADES DOS CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA. DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA.*
- Pestana-Santos, M., da Silva Reis Santos, M., Cabral, I. E., Sousa, P. C., & de Lurdes Lopes de Freitas Lomba, M. (2021). Neuman Systems Model in perioperative nursing care for adolescents with juvenile idiopathic scoliosis. *Revista da Escola de Enfermagem*, 55, 1–9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020001703711>
- Petersen, C. B., Lima, R. A. G. de, Boemer, M. R., & Rocha, S. M. M. (2016, Novembro 1). Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(6), 1236–1239. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0128>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República.*
- Presidência do Conselho de Ministros. (2024). *Decreto-Lei n.º 86/2024, de 6 de novembro.*
- Queiroz, M. A. C., Lourenço, R. M. E., Coelho, M. de M. F., Miranda, K. C. L., Barbosa, R. G. B., & Bezerra, S. T. F. (2015). Social representations of sexuality for the elderly. *REBEn*, 68(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680413i>
- Reed, P. G. (2008). Theory of Self-Transcendence. Em M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing*. Springer Publishing Company.

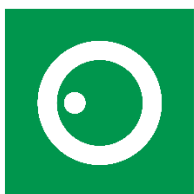
- Reigada, C., Ribeiro, J. L. P., Novellas, A., & Pereira, J. L. (2014). Integração da família nos cuidados ao doente: até onde podemos ir? *ONCO News*. <https://doi.org/10.31877/on.2014.26.04>
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- República Portuguesa. (1999). *Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. Diário da República*.
- Ribeiro, A. T. C. (2021). *O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS E NÍVEL DE ADESÃO AO DEFINIDO NA LEI Nº100/2019 NO CONCELHO DO PORTO*. Católica.
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: Conceitos e aplicação* (3ª edição). Lusodidacta.
- Santos, T., Ferreira, A., & Santiago, L. (2022). Hipertensão arterial em Portugal - o custo do controlo. *Sociedade Portuguesa de Hipertensão*.
- Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). *Despacho n.º 5988/2018, de 18 de junho. Diário da República*.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª Edição). Lidel.
- Silva, A. M. A. (2009). *EFFECTIVIDADE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA PERCEPÇÃO DE SOBRECARGA DOS FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA*. Universidade de Lisboa.
- Silva, J. (2023). *A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário*.
- Simon, J. B., Murphy, J. J., & Smith, S. M. (2005). Understanding and Fostering Family Resilience. *The Family Journal*, 13(4), 427–436. <https://doi.org/10.1177/1066480705278724>
- Soares, G. M. da C. (2017). *A Sobrecarga Dos Cuidadores Informais De Idosos com Demência - Projeto de Apoio ao Cuidador*. Instituto Universitário de Lisboa.
- Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM*.
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., & Fortuño, M. L. (2017). NECESSIDADES DOS CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA A RESIDIR NO DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe5). <https://doi.org/10.19131/rpesm.0166>
- Teixeira, A. M. D. (2018). *Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Autocuidado*. INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA.
- USF Leiria Nascente, & ACES Pinhal Litoral. (2023). *Plano de Ação 2023 - USF Leiria Nascente*.
- Veiga, V. de B. (2022). *INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA Escola Superior de Educação Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária Vivências do Cuidador Informal de Familiar de Pessoa Idosa no Contexto Domiciliário Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação de Beja*. INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA.

- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (1ª Edição). Edições Sílabo.
- Wall, Karin, Aboim, S., & Cunha, V. (2010). *A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades*. Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE).
- World Health Organization. (2017). Draft global action plan on the public health response to dementia. Em *The Lancet* (Vol. 383, Número 9919). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60630-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60630-3)
- World Health Organization. (2022). *Recomendações Da OMS Sobre Cuidados Maternos e Neonatais para Uma Experiência Pós-Natal Positiva*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025, Março 31). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Zaguri-Greener, D., Zisberg, A., & Lopez, R. P. (2025). Applying Reed's Self-Transcendence Theory to Support Family Members of Nursing Home Residents Living With Dementia: A Critical Appraisal and Adaptation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(3). <https://doi.org/10.1111/scs.70054>

APÊNDICE

APÊNDICE I – Alimentação do bebé no 1º Ano de Vida

APÊNDICE II – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar – Estudo de Caso



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

- ESTUDO DE CASO

Marta Cristina Vieira de Carvalho Gomes

Leiria, outubro de 2024



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

- ESTUDO DE CASO

Marta Cristina Vieira de Carvalho Gomes (nº 5230790)

Trabalho elaborado no âmbito da unidade curricular de Ensino Clínico II sob a supervisão pedagógica da Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, outubro de 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APGAR – *Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve;*

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

FACES – *Family Adaptability and Cohesion Scale*

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNG – Sonda Nasogástrica

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Genograma da família O	10
Figura 2 - Ecomapa da família O	12
Figura 3 - Escala de Graffar	13
Figura 4 - Avaliação da habitação	14
Figura 5 - Modelo do ciclo de vida familiar proposto por Duvall	14
Figura 6 - Score da sobrecarga da família na Escala de Zarit.....	19

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Composição familiar	9
---	----------

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	ii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	iii
ÍNDICE DE TABELAS	iv
ÍNDICE.....	v
INTRODUÇÃO	7
1. COLHEITA DE DADOS DA FAMÍLIA O	8
2. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR	9
2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL	9
2.1.1. Estrutura interna	9
2.1.2. Estrutura externa	10
2.1.3. Contexto.....	13
2.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO.....	14
2.2.1. Estádio do ciclo de vida.....	14
2.2.2. Tarefas.....	14
2.2.3. Vínculos afetivos.....	15
2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	16
2.3.1. Funcionamento instrumental	16
2.3.2. Funcionamento expressivo	18
3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	21
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS	27
ANEXO I – Escala de sobrecarga do cuidador – Teste de Zarit	27
ANEXO II – APGAR familiar de Smilkstein.....	28
ANEXO III – Escala de avaliação familiar FACES II.....	29

INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico II de Enfermagem de Cuidados à Família, integrado no 1º ano de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi proposta a realização do Processo de Enfermagem a uma família, de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

Este trabalho foi elaborado sob a orientação clínica da Enfermeira Paula Renca e sob a supervisão pedagógica da Professora Doutora Teresa Kraus.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) deve interagir com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado, compilando dados sobre cada família, identificando áreas de atenção, formulando diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2011).

“Os modelos e teorias de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe” (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Nesta linha de pensamento, o MCAIF é considerado pela OE (2023) como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prática clínica uma vez que:

- permite, de forma mais satisfatória, um olhar sistémico sobre a família, tendo em consideração a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento.
- apresenta uma estrutura multidimensional, integrada, enraizando-se na teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança.
- é o modelo que o Internacional Council of Nurses reconhece como instrumento orientador e sistematizador de boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar.

O estudo de caso é desenvolvido através de 4 capítulos, organizados em subcapítulos, que abordam, de forma sequencial: uma colheita de dados da família O, a avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional do MCAIF, intervenções e plano de cuidados de enfermagem. Por fim, é realizada uma conclusão com os aspetos principais a reter, conhecimentos adquiridos e dificuldades sentidas.

1. COLHEITA DE DADOS DA FAMÍLIA O

A Família O é constituída pelo casal A.O, de 89 A, sexo masculino e L.O, de 82 A, sexo feminino. Do agregado familiar fazem parte apenas os membros do casal. O casal tem 4 filhos. A filha A, de 57 A, a filha M, de 54 A, o filho R, de 50 A e o filho J, de 40 A. O membro do casal A.O apresenta síndrome demencial há aproximadamente 5 anos, com perda progressiva das suas capacidades e consequente dependência nas atividades de vida diária.

A sua esposa, L.O, assume o papel de cuidadora informal do Sr. A.O na moradia onde vivem. Neste momento, o marido necessita de ajuda parcial na alimentação e beneficia de uma dieta pastosa e administração de água espessada por disfagia a líquidos. Apresenta grande dificuldade de mobilidade, pelo que utiliza uma cadeira de rodas. Incontinente de esfíncteres, utiliza fralda de proteção. A esposa L.O, é autónoma nas suas atividades de vida e ocupa o seu tempo cuidando do marido, tratando da casa e também dedicando algum tempo a hobbies como a dança e o yoga. Os filhos visitam os pais regularmente, prestando apoio nos momentos necessários.

2. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

O modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) permite avaliar a família numa perspetiva sistémica através de três dimensões, nomeadamente a estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar. Estas três dimensões constituem a visão macro do sistema. Por sua vez, cada uma das dimensões engloba um conjunto de subcategorias que permite uma avaliação micro do sistema (Figueiredo, 2023).

2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural do MCAIF permite avaliar a estrutura interna da família, nomeadamente: a composição familiar, ordem dos nascimentos, género, orientação sexual, subsistemas e limites. A estrutura externa também corresponde à avaliação estrutural e relaciona-se com a família extensa e os sistemas mais amplos. Por fim, temos o aspeto contextual que permite identificar a etnia, raça, classe social, religião, espiritualidade e ambiente (Figueiredo, 2023). Seguidamente, estão descritos estes itens da avaliação estrutural.

2.1.1. Estrutura interna

Da estrutura interna faz parte a composição familiar, o género, a orientação sexual, a ordem de nascimento os subsistemas e os limites (Figueiredo, 2023). A composição familiar da família O, encontra-se exposta na tabela I.

Tabela I - Composição familiar

Nome	Papel	Sexo	Idade	Profissão
A.O	Marido de L.O	Masculino	89A	Reformado
L.O	Esposa de A.O	Feminino	82A	Reformada

Relativamente aos subsistemas pelos quais o sistema familiar se encontra organizado, estes podem ser conjugais, fraternais, parentais. Sendo assim, o sistema familiar é constituído por subsistemas autónomos que funcionam como parte de sistemas mais extensos. (Barker, 2000, citado por Figueiredo, 2023). Neste sentido, os subsistemas existentes neste agregado familiar são: Individual – cada um dos elementos; Conjugal – os elementos do casal;

Os limites ou fronteiras do sistema familiar constituem-se como o lugar onde se dão as trocas entre o sistema e o ambiente, e entre os subsistemas familiares (Alarcão, 2002). No caso da família O, identifiquei limites claros entre o agregado familiar e restante família, em que os papéis familiares são bem clarificados, sendo a comunicação e a partilha de opinião algo a

ter em consideração pela família O. Em relação à dinâmica do casal, considero que na maior parte das situações, os limites são claros. No entanto, uma vez que existe um elemento do casal totalmente dependente e com défice cognitivo, as posições de complementaridade e de simetria características do subsistema conjugal não se verifiquem na íntegra. Neste caso, a esposa L.O desempenha um papel “oneup” relativamente ao marido A.O, pelo que os limites poderão ser difusos em determinadas circunstâncias. De facto, cuidar do cônjuge com demência poderá ser complexo para o outro elemento do casal. O membro do casal com a doença acaba por ter formas de ser e agir diferentes do habitual o que leva a uma reorganização dos sentimentos, uma atribuição de novo significado a respeito da conjugalidade bem como a uma tentativa de manter a sua identidade enquanto cônjuge (Falcão e Bucher-Maluschke, 2008, citado por Kuszer, 2021).

2.1.2. Estrutura externa

Da estrutura externa fazem parte a família extensa e os sistemas mais amplos. Neste sentido, o recurso ao genograma e ao ecomapa revelam-se fundamentais. A construção de um genograma permite criar uma narrativa sobre a história familiar, as suas forças, fragilidades e comportamentos de saúde (Figueiredo, 2023). De seguida, é exemplificado na figura 1 o genograma familiar da família O, que foi realizado em colaboração com a esposa L.O, tal como é preconizado segundo Wright & Leahey, (2018).

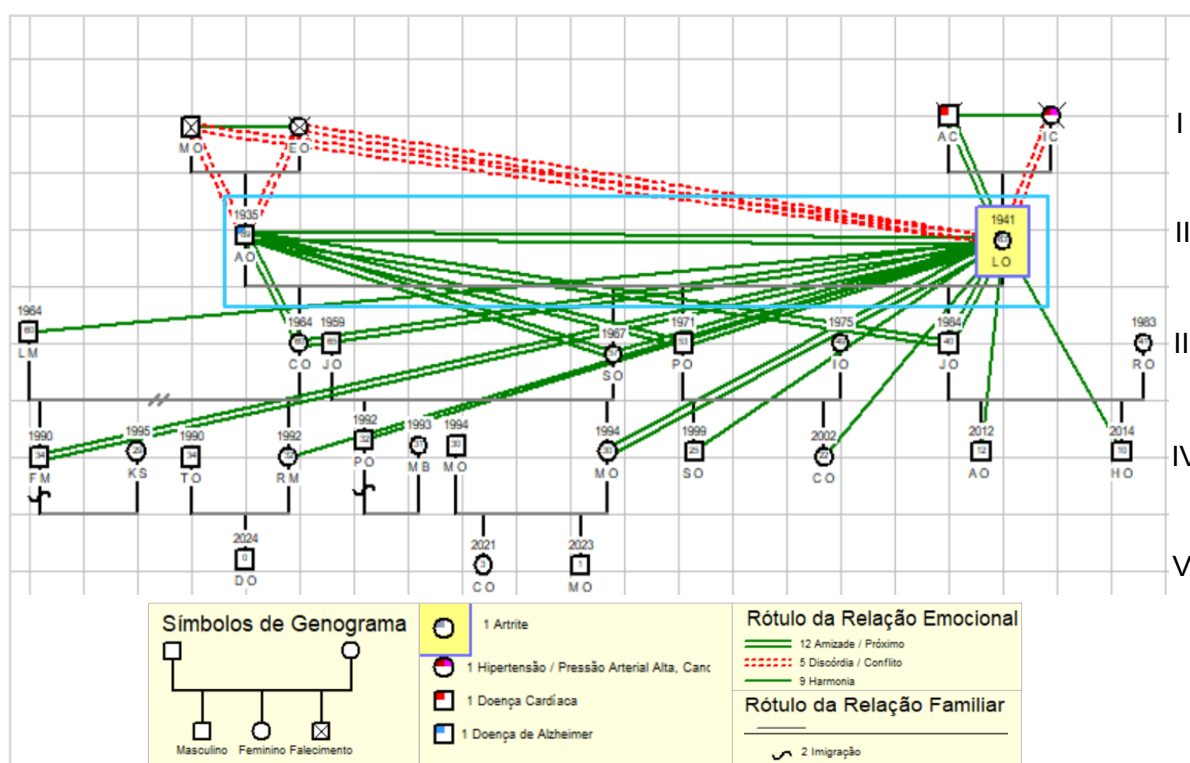


Figura 1 - Genograma da família O

Através da análise do genograma é possível compreender que estão presentes 4 gerações familiares. O agregado familiar, representado pela linha azul, é constituído pelo casal A.O e L.O, que têm uma relação de amor e proximidade significativa. Ambos os pais de A.O e L.O já faleceram. O pai de L.O, alfaiate, faleceu com 75 anos devido a alterações cardíacas, consequentes de uma febre reumática que teve na juventude. L.O estabelecia uma ligação de grande proximidade com o pai, considerando-o muito calmo, ponderado, “um doce de homem” (sic). A mãe de L.O, doméstica, faleceu aos 79 anos devido a um Acidente Vascular Cerebral. Tinha antecedentes de carcinoma do colo do útero e intestino, tendo recusado colostomia e pólipos intestinais. Tinha uma relação próxima com a filha, no entanto, um pouco conflituosa. Segundo a L.O, a mãe era muito opinativa, muito “senhora do seu nariz” (sic). L.O referiu ainda que a mãe queria ter um filho rapaz, tendo realizado 1 aborto anteriormente. Era bastante severa na educação.

Relativamente aos pais do A.O, a Sr^a L.O refere que tinham possibilidades económicas, mas viviam sob os ideais Salazaristas, com uma perspetiva bastante conservadora. Por esse motivo, os conflitos com o filho e nora eram frequentes. Devido à educação severa e ideais conservadores, a L.O quis emancipar-se pelo que casou com 19 anos, após 4 anos de namoro com o A.O. No entanto, os pais de A.O impunham uma condição para o casamento que seria a L.O não trabalhar e ficar a cuidar da casa e dos filhos. L.O refere que esse foi um momento de angústia, pois tinha o 11^o ano de escolaridade e ambicionava construir uma carreira. Mais tarde, acabou por lecionar como professora de 1^o ciclo num colégio local. L.O apresenta como antecedentes pessoais: patologia articular, colecistectomia, hérnia do hiato e carcinoma da pele.

O A.O, foi assistente de caixa num banco, “sempre foi uma pessoa saudável” segundo a esposa, tendo apenas a síndrome demencial desde há 5 anos. L.O e A.O são filhos únicos. Ambos, tiveram 4 filhos. Ambicionavam ter uma família grande, construída sob alicerces de proteção, segurança e liberdade de pensamento, contrariamente ao que tinham experienciado com as suas próprias famílias de origem. É possível verificar que a relação entre pais e filhos é significativamente próxima e forte, sendo todos bastante unidos ao longo do ciclo de vida.

L.O e A.O têm 8 netos, em fases diferentes do ciclo vital. A relação do casal com os netos sempre foi boa, salientando uma relação forte de L.O com a neta M.O e com o neto F.M, que, por sua vez, consideram a avó como o pilar, a quem pedem aconselhamento nos momentos mais difíceis. O casal tem 2 netos que se encontram emigrados. A filha mais velha do casal, C.O é divorciada de L.M, com quem tem 2 filhos. Apesar de tudo, a relação de L.O com o ex-genro é relativamente próxima, constituindo um apoio significativo da família para problemas de saúde, pois tem a profissão de enfermagem. Para além dos netos, o casal tem ainda 3

bisnetos que, segundo L.O, “são a alegria da casa”. Por fim, é possível constatar que L.O é o paciente identificado.

O ecomapa familiar permite compreender a interação da família com o meio, identificando as pessoas/instituições significativas que se constituem como um recurso à família. (Figueiredo, 2023). Na figura 2, encontra-se ilustrado o ecomapa da família O.

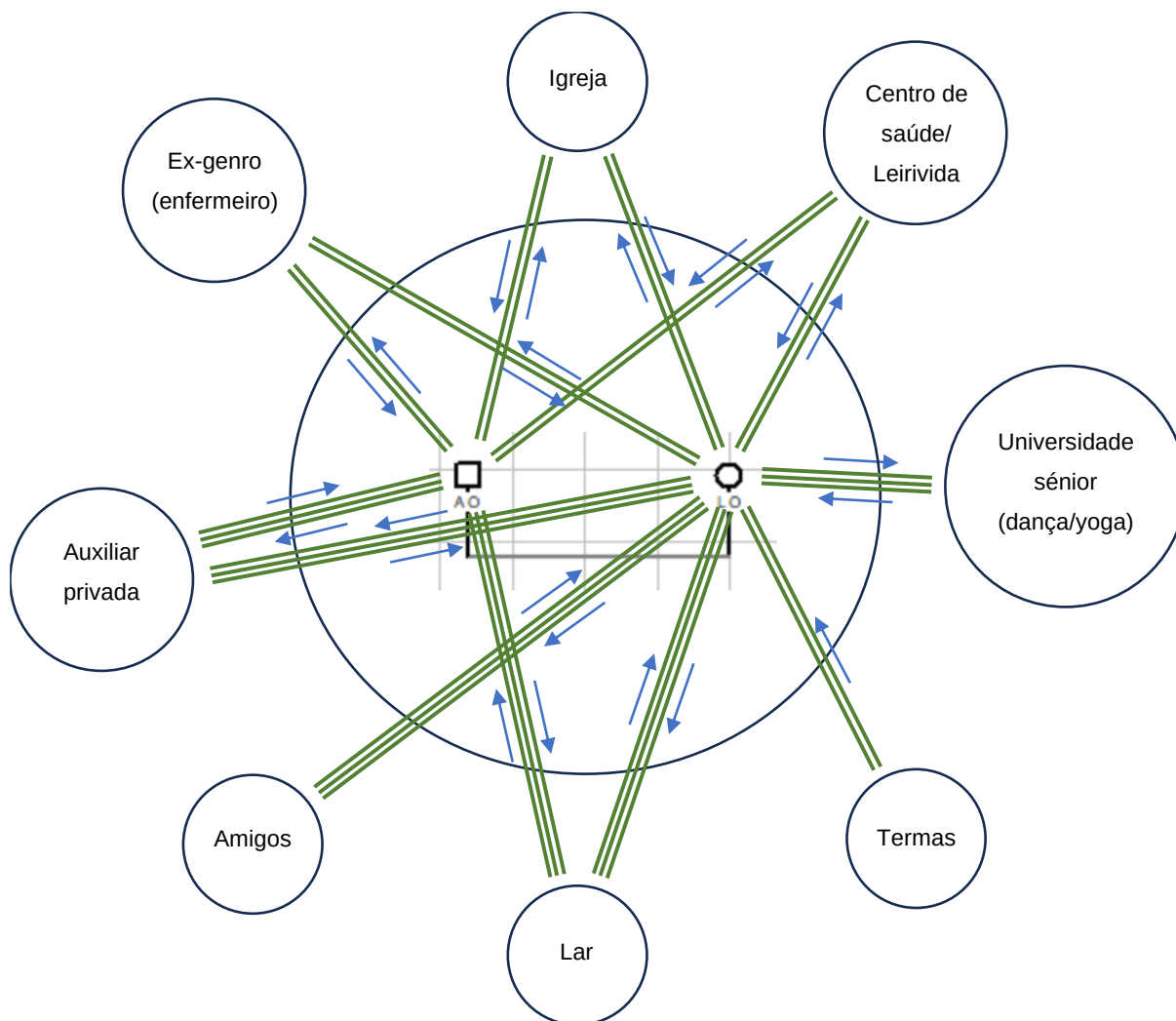


Figura 2 - Ecomapa da família O

Através da análise do ecomapa da família O conseguimos perceber que o lar e a auxiliar privada constituem recursos com um vínculo muito forte ao casal. Segundo a esposa L.O, o casal tem apoio de lar ao domicílio 2 vezes por dia, de forma a auxiliar nos cuidados de higiene do Sr. A.O no período da manhã e da tarde. Após o almoço, as 2 auxiliares do lar que vêm prestar a higiene, vêm novamente posicionar o Sr. A.O no sofá da sala para fazer a sesta. O casal ainda usufrui do apoio de uma auxiliar privada que vem a partir das 21H para ajudar a deitar o Sr. A. Os membros do casal, solicitam a ida de um padre ao domicílio quando

necessário e a Sr^a L, frequenta a igreja quando tem possibilidade. A nível de cuidados de saúde, o casal tem como recursos o centro de saúde, a clínica leirivida e o ex-genro, que é enfermeiro, e que presta apoio para situações pontuais ou mais urgentes. A Sr.^a L, frequenta a universidade sénior, duas vezes/semana, nas modalidades de dança e yoga, sendo um recurso que valoriza significativamente, estabelecendo vínculos fortes. Durante 15 dias por ano, frequenta as termas para se poder reestabelecer, atividade que costumava fazer com o marido anteriormente. Durante esse período de ausência, o marido fica internado no lar da sua confiança, também incluído no ecomapa. Conta ainda com o apoio dos amigos que incluem os da universidade sénior, estabelecendo relações fortes. As setas azuis indicam o fluxo de energia do próprio vínculo (Figueiredo, 2023).

2.1.3. Contexto

O contexto em que a família se insere relaciona-se com a etnia, raça, classe social, religião e espiritualidade e ambiente (Wright & Leahey, 2013, citados por Figueiredo, 2023).

Os membros da família O nasceram em Portugal, são de raça caucasiana e são de religião católica praticante.

Ao nível do contexto, “a Escala de Graffar avalia as condições socioeconómicas da família com vista a identificar a sua classe social” (Figueiredo, 2023, p. 353). A escala de Graffar encontra-se representada na figura 3, tendo sido avaliada através do programa Scĺnico.

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	
					Classe Social MÉDIA ALTA

Figura 3 - Escala de Graffar

Relativamente ao ambiente, a família reside numa zona urbana. A habitação é constituída por 3 pisos, maioritariamente funcional: existência de cama articulada, wc adaptado, água canalizada, o quarto do casal no piso habitável, térreo. Como barreiras arquitetónicas salienta-se o facto de a casa não possuir rampa de saída para a rua, adaptada a cadeira de rodas. A descrição do tipo de habitação, realizada também através do programa Scĺnico, encontra-se ilustrada na figura 4.

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo: 13-09-2024 30-04-2014 Tipo de alojamento: ☐ Alojamento móvel ☐ Apartamento ☐ Barraca/casebre ☐ Desconhecido ☐ Hotel/pensão ☐ Instituição ☒ Moradia ☐ Outro ☐ Quarto/parte de casa ☐ Sem alojamento Salubridade da zona residencial: ☐ Desconhecida ☐ Insalubre ☒ Salubre	Regime de ocupação: ☐ Arrendada ☐ Cedida ☐ Desconhecido ☐ Outro ☒ Própria Tipologia: ☐ Desconhecido ☐ Não aplicável ☐ T0 ☐ T1 ☐ T2 ☒ T3 ou mais	Estado geral de conservação: ☒ Bom ☐ Desconhecido ☐ Mau ☐ Razoável Conforto: ☒ Bom ☐ Desconhecido ☐ Mau ☐ Razoável Mobiliário e equipamento básico: ☐ Desconhecido ☐ Insuficiente ☒ Suficiente	Casa de banho: ☐ Desconhecida ☐ Fora do alojamento ☐ Inexistente ☒ No alojamento Aquecimento: ☒ Central ☐ Desconhecido ☐ Local ☐ Nenhum	Higiene: ☒ Boa ☐ Desconhecida ☐ Má ☐ Razoável Electricidade: ☐ Desconhecido ☐ Não ☒ Sim Barreiras arquitectónicas: ☐ Desconhecido ☐ Não ☒ Sim	Água: ☐ Desconhecido ☐ Não ☒ Sim Origem: ☐ Desconhecida ☐ Particular ☒ Rede pública Distribuição: ☒ Desconhecido ☐ Fontenário a + de 100m de casa ☐ Fontenário a - de 100m de casa ☐ Fora do alojamento ☐ No alojamento No interior: No exterior:

Figura 4 - Avaliação da habitação

Ao nível da escolaridade, ambos os membros do casal possuem o 11º ano e são, neste momento, reformados.

2.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento familiar relaciona-se com o ciclo vital da família e engloba etapas desde a formação do casal até à família com filhos adultos (Alarcão, 2002).

2.2.1. Estádio do ciclo de vida

A família O, encontra-se no estágio VIII da Escala Proposta por Duvall - família idosa: da reforma à viuvez. Na figura 5 encontra-se explícito a fase do ciclo de vida da família O, obtida através do programa ScLínico.

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

Figura 5 - Modelo do ciclo de vida familiar proposto por Duvall

2.2.2. Tarefas

Tal como referido previamente, a família O, integra-se na oitava e última etapa do ciclo de vida da família – família com membros mais velhos, desde a reforma até ao falecimento de um ou ambos os cônjuges. Neste sentido, as tarefas normativas desta fase do ciclo de vida incluem a adaptação à reforma; o aprender a lidar com a perda (luto) e a viver sozinho; a adaptação e aceitação do envelhecimento como processo natural (Figueiredo, 2023). Nesta

fase, as famílias apresentam frequentemente grande proximidade familiar, existindo orgulho na família e no seu percurso. De qualquer forma, a última etapa do ciclo de vida, muitas vezes condicionada por uma doença prolongada e incurável de um dos cônjuges, torna-se bastante complexa uma vez que engloba o sofrimento do cônjuge que vive esta doença e da pessoa que o acompanha nesta vivência (Figueiredo, 2023). Na família O, tudo o que foi supracitado se adequa perfeitamente, tendo em consideração os dados que recolhi.

A Sr. L, referiu que a fase da reforma não foi fácil ao nível de adaptação, nem para ela nem para o marido. Referiu que, após a reforma do marido, sentiu, pela primeira vez, que estava em crise conjugal. O marido reformou-se num momento em que a esposa L ainda trabalhava. Segundo L, o marido tornou-se mais implicativo nessa fase, questionando tudo o que fazia e estando mais impaciente com pequenos detalhes que outrora não lhe faziam confusão.

Tendo em consideração a doença do marido, a Sr.^a L.O desempenha tarefas de cuidador informal já que o Sr. A se encontra totalmente dependente na realização da maior parte das atividades de vida diária (AVD). A L.O refere que se sente um pouco cansada fisicamente pelo fator idade, mas que o amor ao marido a ajuda a levar essa tarefa com mais leveza.

L.O parece aceitar o processo de envelhecimento como algo natural e inevitável e, neste momento, encara-o com serenidade, suportando-se da sua espiritualidade. A preparação para uma possível perda do marido é algo que tem estado na sua mente. Refere que se consciencializou melhor para essa realidade durante um fim de semana em que o marido esteve mais debilitado e que ela pensou que poderia ser a última vez que o veria com vida.

2.2.3. Vínculos afetivos

Azevedo (2018, p. 13), citando Olson (2000) refere que “a coesão familiar é definida como a ligação emocional que se estabelece entre os membros de uma família, refletindo o equilíbrio entre a independência e conexão entre os elementos da família”

A relação conjugal entre L.O e A.O parece bastante forte e coesa, apesar do processo de transição saúde/doença. L.O refere sentir falta de alguns rituais que tinha com o marido, como andar de mão dada durante um passeio e sente, acima de tudo, saudades da sua personalidade de outrora. Contudo, as memórias dos bons momentos que preserva ajuda-a a encarar esta fase de uma forma mais serena, entendendo que a relação conjugal não será realizada da mesma forma, adaptando-se a uma nova realidade. Contudo, de forma a garantir a preservação de algumas dinâmicas características do casal, a Sr.^a L.O faz questão de manter alguns rituais que o casal costumava ter durante a sua vida conjugal, como: levar o pequeno-almoço à cama do marido e acordá-lo com calma; colocar música do agrado do Sr. A.O – jazz; ver em conjunto as fotografias que ele tirava e os poemas que escrevia, continuar

a tradição de ir de férias para o algarve no verão. Relativamente, a este último ponto, neste último ano, não foi possível proceder a esta última tradição uma vez que o estado de saúde do Sr. A.O ficou mais debilitado. No estudo realizado por Brown (2007), citado por Azevedo, (2018) verificou-se que os rituais de conexão entre casal contribuem para aumentar a satisfação conjugal de ambos os elementos do casal.

A relação do casal O com os filhos e netos é bastante próxima e coesa. Conversam frequentemente de forma presencial ou através das redes sociais, tendo um grupo familiar no *whatsapp*. Nesse grupo, todos os dias, no começo do dia, um elemento da família coloca uma mensagem de inspiração e, no final do dia, a L. envia sempre uma mensagem a relatar como correu o dia e como esteve o pai, sendo que os filhos questionam se está tudo bem quando ela não o faz. Durante a semana os filhos vêm visitar os pais revezadamente. Ao fim de semana, costumam existir convívios frequentes na casa da família O. Tal como acontece ao nível da conjugalidade, os rituais também desempenham um papel muito positivo ao nível da coesão familiar.

São considerados atos simbólicos que têm um significado especial para os elementos da família e que fomentam a identidade familiar, permitindo a transmissão intergeracional da herança familiar (Fiese, 2006, citado por Azevedo, 2018). No estudo realizado por Azevedo (2018), verificou-se que, casais que atribuíam mais significado aos rituais familiares apresentavam, de igual forma, maior coesão familiar, o que contribuía para a satisfação conjugal.

2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

O funcionamento familiar inclui aspetos instrumentais e de expressividade e reflete a forma como a família se comporta entre os vários subsistemas (Hanson, 2005).

2.3.1. Funcionamento instrumental

O funcionamento instrumental da família refere-se às atividades de vida diárias, como a manutenção do ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestir-se, controlo da temperatura corporal, mobilização, trabalho e atividades de lazer, expressão da sexualidade, sono e repouso e morte (Wright & Leahey, 2018).

Em relação ao Sr. A.O, foi realizado o índice de Barthel relativamente às AVD's, com uma pontuação de 10, o que equivale a dependência total. Neste sentido, o A.O, não apresenta alterações respiratórias, no entanto apresenta alterações na deglutição, verificando-se alguma disfagia a líquidos. A alimentação é dada de forma fracionada, 1 prato de cada vez e por vezes o utente come sozinho ou com uma ajuda mínima. No entanto, esta autonomia não

é linear, sendo necessário ajuda total dependendo do dia/estado de saúde. A dieta do Sr. A é pastosa.

O A.O consegue comunicar de forma perceptível apesar de apresentar discurso incoerente maioritariamente. Responde a questões simples, mas por vezes fica em mutismo. A nível da comunicação não verbal, o Sr. A.O estabelece contacto visual significativo e sorri à abordagem.

Os cuidados de higiene são prestados numa cadeira de banho, por 2 auxiliares e a esposa. O utente mostra-se frequentemente inquieto durante os cuidados de higiene, demonstrando renitência por períodos. Colabora no vestir/despir, mas necessita de apoio na higiene pessoal.

Cumprimenta em cadeira de rodas com contenção abdominal e descanso no sofá da sala após o almoço. Necessita de ajuda de 2 pessoas para as transferências e deambula com apoio bilateral, conseguindo subir degraus – noutros dias, não consegue deambular.

Aprecia atividades como ouvir música jazz, momento de leitura com a esposa, ver os seus álbuns de fotografia, ver e folhear os jornais. Apresenta um padrão de sono regular, no quarto da esposa em cama separada e articulada. No entanto, por vezes torna-se mais inquieto ao fim da tarde, pelo que a esposa acaba por dar medicação em SOS se necessário.

Foram também realizadas as escalas de Braden e Morse para o Sr. A.O. Na escala de Morse, obteve-se um score de 75, o que corresponde a alto risco de queda. Na escala de Braden, obteve-se um score de 13, o que corresponde a alto risco de desenvolver uma úlcera por pressão (UPP).

Relativamente à esposa L.O, é totalmente independente na satisfação das suas AVD's, apresentando por vezes alguma dificuldade em baixar-se ou realizar alguns movimentos devido à sua patologia articular. Tenta contrariar o evoluir dessa situação através das aulas de dança, dos exercícios de yoga e das termas que frequenta 15 dias por ano. Refere que uma das suas preocupações é não conseguir dar o devido apoio ao marido por motivo de doença.

Como atividades de lazer, L.O dedica-se ao convívio com família e amigos, à prática de atividade física e à leitura.

Durante a adaptação à doença do marido, L.O deparou-se com alguma dificuldade na expressão da sexualidade. Segundo a esposa, o casal tinha uma vida sexual bastante ativa e quando o Sr. A.O ficou mais debilitado progressivamente, a esposa ficou com esta necessidade alterada e manifestou preocupação sobre o modo de agir. Por esse motivo, realizou terapia que a ajudou a obter uma vida sexual mais satisfatória e, neste momento, refere não sentir esta necessidade alterada.

L.O refere que por vezes acorda durante a noite pois ouve o marido a desposicionar-se na cama. Nas noites em que não tem um sono reparador acaba por dormir sestadas ao longo do dia. Noutras noites, consegue dormir ininterruptamente.

Em relação à morte, L.O desde cedo refletiu sobre o seu funeral e o do marido. Referiu que quando tentava abordar o assunto com o A.O, ele ficava renitente e desviava o assunto. De qualquer forma, neste momento, o funeral de ambos está planeado tanto por ela como pelos filhos, sendo que o principal desejo de L.O é que esteja a tocar uma música significativa para eles nos seus últimos dias de vida.

A casa da família O tem sido adaptada no sentido de eliminar as barreiras arquitetónicas que dificultem o cuidado com o Sr. A.O. Nesse sentido, num dos wc foi eliminada a banheira e foi construída uma base de chuveiro que desse para entrada de cadeira de rodas, foi adquirida uma cadeira de banho com orifício sanitário que se pudesse colocar sobre a sanita. Ao nível do quarto, foi adquirida uma cama articulada para o Sr. A.O. Como barreiras, salienta-se o facto de não existir uma rampa para descida do jardim para o exterior.

2.3.2. Funcionamento expressivo

O funcionamento expressivo avalia o funcionamento da família em nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões (Wright & Leahey, 2018).

No agregado familiar O e família extensa, todos os elementos se sentem confortáveis em expressar os seus sentimentos e opiniões. O Sr. A.O, devido à sua doença neurológica, apresenta algumas alterações a este nível. Conflitos sérios no seio familiar são raros, os limites entre subsistemas são claros e bem definidos e os papéis familiares bem demarcados. Contudo, “toda a gente é muito opinativa e tem uma palavra a dizer”, de acordo com L.O. No entanto, tal como a mesma refere, “é isso que também dá graça à argumentação”. Durante o processo de adaptação à situação de doença do Sr. A, houve algum conflito relativamente aos papéis a desempenhar pelos elementos da família, no entanto, L.O clarificou os papéis, estabelecendo os limites, pelo que neste momento, esse conflito já não se coloca.

L.O refere sempre ter sido muito curiosa e ávida do conhecimento e da cultura, tendo incutido isso às gerações posteriores.

Quando questionada em relação à sua perceção sobre o desempenho do papel de cuidador informal, refere “estou a fazer o que, em consciência, posso fazer” (sic). Desta forma, refere

que sente orgulho em poder providenciar conforto ao marido, apesar de se sentir fisicamente cansada.

O facto de ter alguns hobbies e distrações também a ajudam a aliviar a sobrecarga. Refere que os momentos mais complicados para ela ocorrem durante a alimentação do Sr. A, pois por vezes, o marido demonstra renitência alimentar, causando ansiedade na esposa. Os cuidados de higiene também constituem um momento de maior dificuldade quer para L.O como para A.O. A.O acaba por apresentar alguns períodos de inquietação e maior reatividade durante os cuidados de higiene realizados pela esposa, com o apoio das auxiliares do lar. Invariavelmente, este tipo de atividades acaba por ser algo disruptivo para pessoas com demência, pois elas sentem que perdem o controlo sobre as suas preferências e sobre o próprio processo quando elementos da família ou outros cuidadores estão envolvidos nesse tipo de tarefa. Esta situação acaba por gerar comportamentos de recusa ou renitência na prestação destes cuidados, perturbando o seu desenvolvimento e gerando ansiedade quer para a pessoa cuidada quer para o cuidador (Melo, 2005, citado por Rosa, 2016).

De qualquer forma, o Sr. A.O, parece responder positivamente à maior parte dos cuidados da esposa, tentando colaborar dentro das suas possibilidades. No entanto, o seu comportamento é oscilante, existindo períodos em que se encontra mais debilitado e prostrado e outros em que se encontra com mais vigor e mais interativo.

Relacionado com esta temática, foi realizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador – Teste de Zarit. Esta escala tem como objetivo “identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador para, posteriormente, se poder proporcionar respostas adequadas às suas necessidades” (Ferreira, et al, 2010, p. 14). O teste é constituído por 22 questões, sendo as opções de resposta “1- nunca”, “2- raras vezes”, “3- algumas vezes”, “4- bastantes vezes”, “5- quase sempre”. O teste foi aplicado à esposa L.O, tendo sido obtido um resultado de 44 o que, de acordo com figura 6, representa uma sobrecarga moderada a severa. Em anexo I encontra-se o preenchimento da escala pela Sr.^a L.O.

Score	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

Figura 6 - Score da sobrecarga da família na Escala de Zarit

Ainda em relação à alimentação, a Sr.^a L.O refere uma dualidade de sentimentos uma vez que, por um lado, sente que o facto de forçar o marido a alimentar-se quando ele demonstra

renitência é por uma boa causa, ou seja, vai trazer benefícios para a sua saúde. Por outro lado, sente que ao forçar a alimentação, aproveita-se da situação de vulnerabilidade do marido para fazer valer a sua vontade, traduzido numa posição *oneup*. L.O chegou a abordar o assunto de Sonda Naso gástrica com o ex-genro, que não concorda com a introdução da mesma tendo em a consideração a doença e o estágio da mesma.

Quando questionada sobre “Tendo em consideração o seu papel de cuidadora informal, considera que não está tão presente para outros membros da família? E o que pensa a restante família sobre esse assunto?”, L.O refere que a família tem muito orgulho no seu papel de cuidadora. Sente que, de certa forma, consegue compensar alguma ausência com os almoços que providencia, a sopa que faz para os filhos virem buscar quando não conseguiram preparar refeições e apresentando o pai como alguém bem cuidado – para os filhos, que sempre viram o pai a autocuidar-se, esse representa um fator de apaziguamento.

Relativamente às crenças familiares, a Sr.^a L, refere que utiliza a espiritualidade como estratégia de *coping* face às adversidades. Na perspetiva da utente, estamos na Terra de passagem, para aprender com as experiências, a morte não é encarada como fim, mas sim como momento de transição. Nesta perspetiva, a possibilidade de reencontro com os entes queridos que partiram é uma realidade. De facto, a transcendência e a espiritualidade, constituem processos chave que contribuem para a resiliência familiar (Figueiredo, 2023). Curiosamente, quando questionada sobre “Quais são as suas forças?”, a utente não demonstrou dificuldade em entender a questão ou o que significava a palavra força, tal como acontece frequentemente (Gotlieb, 2016). Respondeu prontamente: “a alegria de viver, querer fazer os outros felizes, sentir-me útil, saber que o que faço acrescenta alguém” (sic).

A Escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein foram preenchidos pela utente L.O, como instrumentos para avaliação da família em estudo.

Relativamente à escala de APGAR familiar, esta permite avaliar o grau de satisfação dos membros da família no cumprimento dos parâmetros da função familiar, atribuindo à família uma classificação de funcional ou disfuncional. (Figueiredo, 2023). Só foi possível realizar esta escala à utente L.O, que atribuiu um score de 10 – família altamente funcional. A escala de APGAR preenchida pela utente encontra-se em Anexo II.

O questionário correspondente à escala de FACES II, foi aplicado apenas à familiar L.O, pois o marido, A.O, tem alterações a nível cognitivo que não lhe permitem realizar o questionário. Segundo esta escala, a família é considerada como: separada (57 valores) e muito flexível (57 valores). Perante as respostas fornecidas pela L, a família é considerada equilibrada (7,5 valores). Em anexo, encontra-se a escala preenchida (Anexo III).

3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De acordo com Wright e Leahey, (2013), as intervenções de enfermagem mais eficazes são as que se constituem mais úteis à mudança na estrutura biopsicossocial e espiritual dos elementos da família.

O plano de cuidados realizado desenvolveu-se ao longo do ensino clínico II, através de 4 sessões familiares. Nas primeiras duas sessões, procedeu-se à colheita de dados da família O, de acordo com os pressupostos do MCAIF e à entrega de instrumentos de avaliação familiar. Nas duas últimas sessões, procedeu-se à realização de diagnósticos, algumas intervenções adaptadas à família O e avaliação de alguns resultados obtidos. O plano de cuidados foi realizado em colaboração com a família O.

Os termos de diagnóstico utilizados correspondem à terminologia descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar bem como manual sobre Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários de Melo (2021) também constituíram recursos para a elaboração deste plano de cuidados. O plano de cuidados tem em consideração diagnósticos obtidos na dimensão de desenvolvimento e funcional correspondentes ao MCAIF. Na dimensão estrutural, não foram identificados diagnósticos alterados.

Dimensão Funcional	
Foco	Papel do Prestador de Cuidados
Juízo	Não adequado
CrITÉRIOS de DiagnÓstico	- Exaustão da esposa L.O; Escala de <i>zarit</i> com moderada a severa sobrecarga
DiagnÓstico	Papel do prestador de cuidados não adequado por: - Saturação do papel/sim
Intervenções	- Reforçar para a importância de delegar alguns cuidados - Reforçar para o pedido de apoio de forma mais sistemática à família próxima (filhos, netos) - Estabelecer ritual de L.O escolher 1 dia, durante os 15 dias em que vai para as termas, em que não vai contactar o lar nem a família para obter informações sobre o marido. - Referenciar para RNCCI – descanso do cuidador

Avaliação de Resultados obtidos:

A Sr.^a L.O reconhece que está fisicamente cansada, atendendo à sua idade de 83 anos. Mesmo com o apoio informal que recebe nos cuidados ao marido, contínua a ter alguma sobrecarga. A utente reconhece que tem dificuldade em delegar alguns cuidados, no entanto, num dos dias da semana pediu a um dos filhos para ficar com o pai das 21H-00H para poder ir a um espetáculo de dança das aulas que frequenta. A Sr.^a L.O referiu sentir-se muito bem com essa atividade. Em relação à referenciação para RNCCI para descanso de cuidador, a Sr.^a L.O mostra-se muito veemente a essa ideia. Refere que quer ser ela a ter o papel de cuidar e, portanto, foi respeitada a vontade da utente em percorrer esse caminho. Não foi possível avaliar a consecução do ritual sobre as termas pois a utente ainda se encontra a usufruir das mesmas.

Dimensão de Desenvolvimento	
Foco	Conhecimento
Juízo	Não demonstrado
Crítérios de Diagnóstico	- Dificuldade em adequar alguns cuidados pela Sr. ^a L.O tendo em consideração a patologia de demência do Sr. A.O.
Diagnóstico	Conhecimento do cuidador informal não demonstrado
Intervenções	- Informar sobre alterações expectáveis no decorrer da demência: - alterações na deglutição; - alteração do paladar/ ausência de sede -recusa alimentar - Caquexia - efeito de sundowning – utentes com demência ficam mais inquietos a partir do pôr do sol. - Ensinar sobre estratégias para facilitar os cuidados de higiene: ambiente hipoestimulante (pouco ruído, apenas uma voz a dar orientações; colocar o estímulo da água primeiramente nas mãos ou nos pés de forma que o Sr. A.O possa sentir o estímulo e sentir-se seguro; explicar ao Sr. A.O os procedimentos a serem realizados; encorajar a colaboração do Sr. A.O como técnica de distração do momento do banho; colocação de música relaxante.

Avaliação de Resultados obtidos:

Após terem sido abordados alguns ensinamentos sobre especificidades da demência, a utente ficou surpresa com algumas informações, referindo que nem o neurologista lhe tinha explicado estas particularidades. Torna-se imprescindível que o cuidador do familiar dependente seja alvo prioritário da intervenção dos profissionais de saúde que, por sua vez, devem instruir sobre as estratégias que os familiares podem utilizar para facilitar o cuidado, identificar a informação de que o familiar dispõe e transmitir mais informação conforme necessidade. (Silva, 2009). A esposa L.O acabou por transmitir feedback positivo relativamente aos cuidados de higiene do Sr. A, com as intervenções realizadas.

Dimensão funcional	
Foco	Processo familiar
Juízo	Disfuncional
CrITÉRIOS de DiagnÓstico	- relativamente à atividade de alimentação do Sr. A.O. Persistência em alimentar mesmo quando há recusa alimentar – hipótese de sonda Naso gástrica.
DiagnÓstico	Processo familiar disfuncional por: Coping familiar ineficaz relativamente à alimentação
Intervenções	- Informar sobre a contra-indicação em colocar SNG a utentes com processo neurodegenerativo como a demência; - Informar sobre a essência de cuidados paliativos; - transmitir feedback positivo relativamente às forças de L.O no cuidado ao marido dependente (esposa dedicada, perseverante, amorosa, atenta); - minimizar sentimentos de angústia face à dualidade de sentimentos sobre alimentar/não alimentar – sentimento de culpa, desmistificando essa conceção; - referenciar bibliografia de interesse na área das demências; - convocar a família para conferência familiar; - possível referência para equipa de cuidados paliativos;

Avaliação de Resultados obtidos:

A utente mostrou alguma labilidade durante estas intervenções, no entanto compreendeu a informação transmitida referindo, que é um caminho que ela vai fazer, mas que “não é fácil

não alimentar” (sic). Esta situação pode ser facilmente explicada pelo simbolismo que se atribui à alimentação, como um ato necessário à sobrevivência, fornecendo alimento ao espírito e saciedade à alma, fazendo parte da vida social e afetiva do ser humano. (Sandstead, 1990, citado por Pinto, 2012). A alimentação designa-se assim como “intimamente ligada à vida, ao bem-estar e a sua ausência à doença e morte” (Langdon, et al, 2002, citado por Pinto, 2012, p. 13).

A conferência familiar constitui um instrumento de intervenção familiar sistémica extremamente útil no sentido de ajudar a família a esclarecer os objetivos dos cuidados, a partilhar informações, definir estratégias mais apropriadas e prioridades, envolvendo todos os familiares no processo de decisão (Figueiredo, 2023). Considerei a conferência familiar relevante na abordagem a esta família uma vez que, o assunto sobre técnicas invasivas de alimentação artificial já tinha sido abordado pela esposa L.O em conversa com o ex-genro L.M que, por sua vez, não concordava com a introdução de SNG. Do mesmo modo, as conferências familiares são bastante utilizadas em cuidados paliativos. Infelizmente, não foi possível proceder à realização desta conferência familiar pois a Sr. ^a L.O foi para as termas na 4ª semana de estágio.

CONCLUSÃO

A família O é constituída por um casal na VIII etapa do ciclo de vida familiar – da reforma à viuvez. É uma família coesa entre si e entre os sistemas familiares alargados, estabelecendo limites claros e a papéis definidos. Nas relações familiares da família O emergem conceitos como comunicação eficaz, confiança, respeito, carinho, amor e resiliência.

A família O possui uma excelente rede de suporte social e recursos económicos que facilitam a adaptação e o processo de transição saúde/doença. A transcendência e a espiritualidade ocupam lugar de destaque nas estratégias de *coping* face aos processos de transição. O papel de cuidador informal pode ser exaustivo e consciencialização da perda do ente querido angustiante.

Foi aplicado o MCAIF à família O como forma de perceber a conceção familiar na dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional. O MCAIF é considerado o referencial teórico de eleição de acordo com a OE. Através deste modelo familiar, foi possível organizar os dados colhidos e implementar um plano de cuidados, em pareceria com a família, composto por diagnósticos, intervenções e avaliação dos resultados.

Gostaria de ter tido oportunidade de contactar com elementos do sistema familiar mais alargado de forma a enriquecer o estudo de caso, o que acabou por ser ainda mais difícil com a ausência da Sr.^a L.O a partir da 4^a semana de estágio.

Considero que a duração do ensino clínico poderia ser mais prolongada, pois senti que faltou tempo para explorar mais dinâmicas familiares e avaliar o resultado das intervenções. De qualquer forma, acredito ter desenvolvido competências de enfermagem de saúde familiar com a elaboração deste estudo de caso orientado para a família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios Familiares*.
- Azevedo, T. (2018). *"Os arquitectos da Família": Rituais Familiares, Coesão Familiar e Satisfação Conjugal em Casais Portugueses*. Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. LIDEL.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Lusociencia .
- Kuszer, A. (2021). *A depender do outro? Quando a conjugalidade resiste a uma doença degenerativa*. Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários* . LIDEL.
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de posição nº1/2023 - Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República.
- Pinto, F. (2012). *Alimentação em Final de Vida: A Opinião dos Enfermeiros*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Rosa, C. (2016). *Os Cuidados de Higiene Corporal na Pessoa Idosa com Demência*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention (6th ed.)*. Philadelphia, PA: FA Davis Company.
- Wright, L., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e Famílias - Guia para a avaliação e intervenção na Família (5ª Edição)*. Roca.

ANEXOS

ANEXO I – Escala de sobrecarga do cuidador – Teste de Zarit

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (TEST DE ZARIT)	
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1
¿Piensa que, debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene tiempo suficiente para usted?	3
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	3
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	1
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	3
¿Piensa que su familiar depende de usted?	5
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	3
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	2
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	1
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	3
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	2
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	3
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	2
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	2
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	3
TOTAL	

OPCIONES
1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = Algunas veces 4 = Bastantes veces 5 = Casi siempre

ANEXO II – APGAR familiar de Smilkstein

GRUPO V
APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0

POR FIM, DE 0 (ZERO) A 10 (DEZ) QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A SUA FAMÍLIA? 10

ANEXO III – Escala de avaliação familiar FACES II

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

Instruções:

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

Por favor responda a todas as questões!

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

APÊNDICE III – Questionário Aplicado às Famílias

Questionário

“A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal
em famílias com membro portador de demência.”

PARTE I

Dados sociodemográficos e profissionais do cuidador informal

1. Idade: _____ anos
2. Género: Feminino ☐ Masculino ☐
3. Habilitações literárias:
 - 1ºciclo (4ªclasse) ☐
 - 2º ciclo (6ºano) ☐
 - 3ºciclo (9ºano) ☐
 - Ensino secundário ☐
 - Curso profissional ☐
 - Ensino Superior ☐
4. Profissão: _____
5. Estado civil: (1) Solteiro ☐ (2) Casado/União de fato ☐ (3) Divorciado/Separado ☐ (4) Viúvo ☐
6. Grau de parentesco: _____
7. Vive na mesma habitação do que o seu familiar dependente? _____
8. Nº de meses/anos que cuida do seu familiar: _____
9. Tem ajuda de mais alguém para cuidar do seu familiar dependente? _____
10. Beneficia do Estatuto de Cuidador Informal? _____
11. A Escala de Graffar permite avaliar as condições socioeconómicas da família, permitindo identificar a sua classe social. Leia atentamente cada um dos itens, colocando um X no local que melhor corresponde à sua situação.

NOTAÇÃO SOCIAL DAS FAMÍLIAS (GRAFFAR)						POSIÇÃO	
	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	FONTE PRINCIPAL	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	ESTRATO	PONTOS
I	Grandes industriais e comerciantes. Gestores. Grandes empresas e Administração Pública. Profissionais liberais ☐	Doutoramento Mestrado Licenciatura ☐	Propriedade ☐	Luxuoso ☐	Bairro elegante ☐	I CLASSE ALTA	
II	Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios e quadros técnicos de empresas e Administração Pública ☐	Bacharelato Curso superior ☐	Altos vencimentos ou honorários ☐	Espaçoso e confortável ☐	Bom local ☐	II CLASSE MÉDIA ALTA	
III	Pequenos industriais e comerciantes. Empregados e operários qualificados ☐	Curso Complementar Ensino superior ☐	Vencimentos certos ☐	Bem conservado com cozinha e casa de banho. Electrodomésticos essenciais ☐	Zona antiga ☐	III CLASSE MÉDIA	
IV	Pequenos agricultores Operários semiqua lificados Escriturários ☐	Escolaridade obrigatória ☐	Remunerações incertas ☐	Com cozinha e casa de banho degradadas e ou sem electrodomésticos ☐	Bairro operário social ☐	IV CLASSE MÉDIA BAIXA	
V	Mão-de-obra indiferenciada ☐	Não escolaridade obrigatória completa ☐	Assistencial ☐	Impróprio ☐	Bairro de lata ☐	V CLASSE BAIXA	

PARTE II

Características de saúde do familiar com demência e nível de independência

11. Número de anos que o seu familiar está diagnosticado com demência: _____

12. Seguimento em neurologia: Sim ☐ Não ☐

13. Tipo de demência: Alzheimer ☐ Vascular ☐ Frontotemporal ☐ Corpos de Lewy ☐ Outra ☐ Não sei ☐

15. O índice de Barthel é um instrumento que permite avaliar o nível de independência da pessoa para a realização de 10 atividades básicas de vida: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir/despir, controlo de esfíncteres, deambulação, transferência cadeira/cama, subir/descer escadas. Nos itens que se seguem numere entre “0”, “5” ou “10” consoante a opção que melhor se adequa ao nível de independência do seu familiar.

Atividade	Pontuação
ALIMENTAR-SE 0=Dependente 1= Necessita de ajuda (para cortar;levar à boca) 2= Independente	
VESTIR-SE 0= Dependente 1= Precisa de ajuda na maior parte das ações 2= Independente (veste-se,despe-se; aperta os sapatos)	
BANHO 0= Dependente 1= Independente (toma banho geral no duche/banheira; entre e sai do banho sem ajuda de terceiros)	
HIGIENE PESSOAL 0= Dependente 1=Independente (lava a face, mãos, dentes;faz a barba)	

USO DE WC 0= Dependente 1= Necessita de ajuda (manter o equilíbrio;limpar-se;ajustar a roupa) 2= Independente (usa-a sem ajuda; senta-se e levanta-se sem ajuda)	
ELIMINAÇÃO INTESTINAL 0 = Incontinente 1= Incontinente ocasional 2 = Independente	
ELIMINAÇÃO VESICAL 0 = Incontinente/algaliado 1 = Incontinente ocasional 2 = Independente	
MOBILIDADE (SUBIR/DESCER ESCADAS) 0 = Dependente 1 = Necessita de ajuda 2 = Independente (pode usar instrumento de apoio)	
MOBILIDADE (CAMA/CADEIRA) 0 = Dependente 1 = Necessita de muita ajuda 2 = Necessita de ajuda mínima 3 = Independente (transfere-se sozinho em cadeira de rodas)	
MOBILIDADE (MARCHA) 0 = Dependente 1 = Independente com cadeira de rodas (pelo menos 50 metros) 2 = Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda/ supervisão) 3 =Independente (com ajuda de andarilho/canadianas	

PARTE III

Escala de Sobrecarga do Cuidador

Validada para a população portuguesa por Sequeira (2010)

As 22 questões que se seguem permitem avaliar o nível de sobrecarga do cuidador ao seu familiar. Leia atentamente cada questão e coloque um X na opção que considerar mais apropriada.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?					
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?					
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?					
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					

PARTE IV

Escala de Autotranscendência

Validada para Portugal por Kraus, Rodrigues, Dixe (2009)

Leia atentamente cada uma das frases e coloque um X na opção que considerar adequada à forma como se vê a si próprio, nesta fase da sua vida.

Nesta fase de minha vida, vejo-me como:	De modo nenhum	Um pouco	Em parte	Muito
1. Tendo passatempos ou interesses de que posso desfrutar.	1	2	3	4
2. Aceitando-me a mim próprio à medida que envelheço.	1	2	3	4
3. Estando envolvido com outras pessoas ou com a minha comunidade sempre que possível.	1	2	3	4
4. Adaptando-me bem à minha actual situação de vida.	1	2	3	4
5. Ajustando-me a alterações nas minhas capacidades físicas.	1	2	3	4
6. Partilhando a minha sabedoria ou experiência com outras pessoas.	1	2	3	4
7. Encontrando sentido nas minhas experiências passadas.	1	2	3	4
8. Ajudando outros de alguma forma.	1	2	3	4
9. Tendo um interesse contínuo em aprender.	1	2	3	4
10. Apreciando o meu ritmo de vida.	1	2	3	4

PARTE V

Necessidades do cuidador no cuidado ao familiar com demência

1. Nos itens que se seguem, coloque um X na necessidade/nas necessidades que considera serem importantes e que estão em falta no cuidado ao familiar com demência:

Suporte financeiro ☐

Melhor adequação e equipamento da residência ☐

Apoio domiciliário nos cuidados diários ao familiar ☐

Apoio do enfermeiro de família para cuidar do doente/família no domicílio ☐

Apoio do médico de família para cuidar do doente/família no domicílio ☐

Apoio familiar para cuidar da pessoa doente ☐

Conhecimento sobre o processo e características da doença fornecidas por profissional de saúde ☐

Conhecimento sobre intervenções adequadas e personalizadas ao familiar com demência fornecidas por profissional de saúde ☐

Participação em grupos de autoajuda com outras famílias que também cuidam de familiar com demência ☐

Outra ☐ Qual _____

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Anexos

Anexo I – Lista de indicadores contratualizados

Área	Cód. Indicad	Designação Indicador (+ID)	IDG	IDE	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultados 202212	Resultado 202312	Balanço	Score2022	Score 2023
Acesso	2013.001.01	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	S	N	75,00	78,00	90,00	92,00	87,05	80,605	↓	2,00	2,00
Acesso	2013.002.01	2 - Taxa de utilização global de consultas médicas	N	N	66,00	73,50	85,00	90,00	71,56	68,118	↓	1,481	0,56490135
Acesso	2013.003.01	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	S	N	12,00	18,00	35,00	40,00	3,92	2,697	↓	0,000	0
Acesso	2013.005.01	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	S	N	65,00	70,00	88,00	92,00	79,35	82,416	↑	2,00	2,00
Acesso	2013.006.01	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 ano	S	N	75,00	88,00	100,00	100,00	77,98	83,312	↑	0,458	1,2787514
Gestão da Saúde	2013.008.01	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	S	S	38,00	60,00	100,00	100,00	49,88	51,395	↑	1,080	1,2177591
Gestão da Saúde	2013.009.01	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	N	N	25,00	42,00	75,00	80,00	33,53	35,535	↑	1,004	1,239398
Gestão da Saúde	2013.010.01	10 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	N	N	25,00	45,00	55,00	65,00	40,99	42,279	↑	1,599	1,7279072
Gestão da Saúde	2013.011.01	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	S	S	85,00	91,00	100,00	100,00	96,00	95,062	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.014.01	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias v	N	N	90,00	96,50	100,00	100,00	93,24	95,062	↑	0,998	1,5574551
Gestão da Saúde	2013.015.01	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de v	N	N	10,00	50,00	100,00	100,00	0,00	0,000	↓	0,000	0
Gestão da Saúde	2013.016.01	16 - Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º a	N	N	50,00	89,00	100,00	100,00	83,78	89,855	↑	1,733	2,00
Gestão da Saúde	2013.017.01	17 - Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º a	N	N	60,00	87,00	100,00	100,00	82,26	79,452	↓	1,649	1,4408927
Gestão da Doença	2013.018.01	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	S	N	65,00	80,00	100,00	100,00	88,33	88,044	↓	2,00	2,00
Gestão da Doença	2013.019.01	19 - Proporção de hipertensos com PA em cada se	N	N	40,00	75,00	100,00	100,00	70,71	71,871	↑	1,755	1,8211951
Gestão da Doença	2013.020.01	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/9	S	S	45,00	67,00	100,00	100,00	72,31	71,534	↓	2,00	2,00
Gestão da Doença	2013.023.01	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	S	S	65,00	80,00	100,00	100,00	72,94	85,986	↑	1,059	2,00
Gestão da Saúde	2013.030.01	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. g	S	N	45,00	55,00	100,00	100,00	65,69	57,254	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.031.01	31 - Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7]A	N	N	70,00	92,00	100,00	100,00	83,54	92,391	↑	1,231	2,00
Gestão da Saúde	2013.032.01	32 - Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14	N	N	50,00	75,00	100,00	100,00	36,25	62,162	↑	0,000	0,97297287
Gestão da Saúde	2013.034.01	34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid	S	S	60,00	72,00	100,00	100,00	74,23	81,911	↑	2,00	2,00
Gestão da Doença	2013.035.01	35 - Proporção DM com exame pés último ano	N	N	70,00	89,00	100,00	100,00	89,57	89,081	↓	2,00	2,00
Gestão da Doença	2013.036.01	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	S	S	60,00	75,00	100,00	100,00	90,82	86,418	↓	2,00	2,00
Gestão da Doença	2013.037.01	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último an	S	S	70,00	87,00	100,00	100,00	94,58	92,277	↓	2,00	2,00
Gestão da Doença	2013.038.01	38 - Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	N	N	50,00	77,00	100,00	100,00	79,42	77,671	↓	2,00	2,00
Gestão da Doença	2013.039.01	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	S	S	55,00	70,00	100,00	100,00	77,33	76,032	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.045.01	45 - Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	S	S	41,00	60,00	100,00	100,00	59,81	70,299	↑	1,980	2,00
Gestão da Saúde	2013.046.01	46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancr	S	S	45,00	67,00	100,00	100,00	61,56	67,844	↑	1,506	2,00
Gestão da Doença	2013.049.01	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 ano	S	S	30,00	60,00	100,00	100,00	69,90	75,532	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.053.01	53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo	S	N	46,00	70,00	100,00	100,00	58,16	71,785	↑	1,013	2,00
Gestão da Saúde	2013.054.01	54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consult	S	S	40,00	60,00	100,00	100,00	73,86	75,824	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.057.01	57 - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º	N	N	83,00	94,00	100,00	100,00	90,54	91,358	↑	1,371	1,51964
Gestão da Saúde	2013.059.01	59 - Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1	N	N	80,00	95,50	100,00	100,00	96,04	94,667	↓	2,00	1,8924723
Gestão da Saúde	2013.063.01	63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PN	S	S	65,00	85,00	100,00	100,00	82,28	88,043	↑	1,728	2,00
Gestão da Doença	2013.091.01	91 - Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	N	N	20,00	33,00	55,00	70,00	32,08	41,284	↑	1,858	2,00
Gestão da Saúde	2013.093.01	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou ex	N	N	95,00	95,00	100,00	100,00	98,98	96,000	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.094.01	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou ex	N	N	95,00	95,00	100,00	100,00	98,70	98,901	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.095.01	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou ex	S	S	95,00	95,00	100,00	100,00	96,05	100,000	↑	2,00	2,00

Gestão da Doença	2013.097.01	97 - Proporção DM c/ microalbum. último ano	N	N	50,00	80,00	100,00	100,00	75,10	78,429	↑	1,674	1,8952513
Gestão da Saúde	2013.098.01	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	S	S	85,00	93,00	100,00	100,00	95,62	95,151	↓	2,00	2,00
Acesso	2013.099.01	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 a	S	N	65,00	76,00	100,00	100,00	62,10	74,562	↑	0,000	1,7385483
Acesso	2013.100.01	100 - Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3	N	N	86,00	91,00	97,00	100,00	82,60	87,588	↑	0,000	0,63513565
Gestão da Doença	2013.261.01	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pe	S	S	70,00	87,00	100,00	100,00	89,57	89,081	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.262.01	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2	S	N	35,00	58,00	100,00	100,00	60,41	76,750	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.267.01	267 - Índice de acompanhamento adequado em P	N	N	0,51	0,60	1,00	1,00	N	0,680		N	2,00
Gestão da Saúde	2013.269.01	269 - Índice de acompanham. adequado s. infantil	S	S	0,70	0,87	1,00	1,00	0,91	0,892	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.270.01	270 - Índice de acompanham. adequado em saúde	N	N	0,51	0,60	1,00	1,00	N	0,956		N	2,00
Gestão da Doença	2013.271.01	271 - Índice de acompanhamento adequado utent	N	N	0,68	0,80	1,00	1,00	N	0,801		N	2,00
Gestão da Doença	2013.272.01	272 - Índice de acompanham. adequado de hipert	N	N	0,65	0,82	1,00	1,00	N	0,815		N	1,9453068
Gestão da Doença	2013.274.01	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequ	S	S	65,00	82,00	100,00	100,00	74,19	82,857	↑	1,082	2,00
Gestão da Doença	2013.275.01	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform.	S	S	55,00	70,00	100,00	100,00	55,56	76,667	↑	0,074	2,00
Qualificação da pre	2013.276.01	276 - Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orai	S	N	0,00	0,00	28,00	38,00	30,48	29,006	↓	1,503	1,7988138
Gestão da Doença	2013.277.01	277 - Proporção fumadores, c/ consulta relac. tab	N	N	14,00	31,00	100,00	100,00	41,34	47,914	↑	2,00	2,00
Qualificação da pre	2013.278.01	278 - Propor. medicam. prescr. de classes com ge	N	N	60,00	66,00	80,00	90,00	62,51	65,420	↑	0,837	1,806778
Gestão da Saúde	2013.294.01	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos ido	S	S	300,00	570,00	1500,00	1500,00	192,95	191,189	↓	0,000	0
Gestão da Saúde	2013.295.01	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	S	S	51,00	77,00	100,00	100,00	86,96	92,958	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2013.296.01	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. e	N	N	5,00	45,00	100,00	100,00	0,00	0,000	↓	0,000	0
Gestão da Saúde	2013.297.01	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipn	S	N	74,00	82,50	100,00	100,00	82,18	83,499	↑	1,924	2,00
Qualificação da pre	2013.300.01	300 - Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	S	N	0,00	0,00	0,10	0,16	0,17	0,171	↑	0,000	0
Gestão da Saúde	2013.302.01	302 - Índice de acompanham. adequado s. infantil	S	S	0,82	0,93	1,00	1,00	0,93	0,958	↑	1,946	2,00
Gestão da Doença	2013.413.01	413 - Propor. DM2 c/ e HbA1c > 9%, com insulina	N	N	40,00	65,00	100,00	100,00	63,16	50,000	↓	1,853	0,8000002
Gestão da Saúde	2015.306.01	306 - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetua	S	N	3,00	5,00	100,00	100,00	3,55	6,153	↑	0,552	2,00
Gestão da Saúde	2015.307.01	307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimest	N	N	60,00	80,00	100,00	100,00	86,15	90,789	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2015.308.01	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimest	S	S	60,00	80,00	100,00	100,00	84,38	88,000	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2015.309.01	309 - Proporção grávidas com ecografia 3º trimest	N	N	47,00	68,00	100,00	100,00	85,19	74,667	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2015.310.01	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. gra	S	S	0,62	0,79	1,00	1,00	0,87	0,855	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2015.311.01	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. gra	S	S	0,40	0,54	1,00	1,00	0,69	0,782	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2015.312.01	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. gra	S	S	0,30	0,43	1,00	1,00	0,56	0,607	↑	2,00	2,00
Gestão da Doença	2015.314.01	314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	S	S	0,00	0,00	12,00	22,00	13,91	17,843	↑	1,618	0,8314252
Gestão da Doença	2015.315.01	315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	S	S	33,00	48,00	100,00	100,00	65,92	66,178	↑	2,00	2,00
Gestão da Doença	2015.316.01	316 - Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	N	N	23,00	40,00	100,00	100,00	55,02	66,626	↑	2,00	2,00
Qualificação da pre	2017.255.01	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal	S	N	0,00	0,00	7,00	10,00	4,96	3,753	↓	2,00	2,00
Qualificação da pre	2017.257.01	257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	S	N	0,00	0,00	4,50	6,50	3,44	3,753	↑	2,00	2,00
Qualificação da pre	2017.259.01	259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DI	S	N	0,00	0,00	5,50	9,00	9,16	5,986	↓	0,000	1,7220671
Acesso	2017.330.01	330 - Índice de utilização anual de consultas médi	S	S	0,75	0,82	2,00	2,00	0,79	0,779	↓	1,068	0,84039116
Acesso	2017.331.01	331 - Índice de utilização anual de consultas enfer	S	S	0,65	0,76	2,00	2,00	0,86	0,835	↓	2,00	2,00
Acesso	2017.335.01	335 - Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úte	S	S	80,00	85,00	100,00	100,00	92,64	91,193	↓	2,00	2,00
Qualificação da pre	2017.341.01	341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc.	S	S	0,00	0,00	130,00	140,00	127,97	140,100	↑	2,00	0

Acesso	2017.342.01	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias ú	S	N	70,00	88,00	100,00	100,00	86,76	88,603	↑	1,863	2,00
Acesso	2017.344.01	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia ager	S	N	21,00	26,00	41,00	46,00	34,35	36,922	↑	2,00	2,00
Acesso	2017.345.01	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agend	S	N	18,00	23,00	40,00	45,00	33,02	31,130	↓	2,00	2,00
Acesso	2017.346.01	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	S	N	15,00	20,00	35,00	37,50	37,36	38,428	↑	0,111	0
Acesso	2017.347.01	347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	N	N	20,00	22,50	32,50	35,00	23,64	23,130	↓	2,00	2,00
Acesso	2017.348.01	348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	N	N	20,00	22,50	32,50	35,00	26,37	25,642	↓	2,00	2,00
Acesso	2017.349.01	349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20[h (Q4)	S	N	12,00	17,50	25,00	35,00	12,63	12,800	↑	0,228	0,29085732
Gestão da Doença	2017.350.01	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mel	S	N	60,00	60,00	350,00	420,00	394,87	402,503	↑	0,718	0,49992847
Gestão da Doença	2017.351.01	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controla	S	N	0,00	0,00	350,00	420,00	404,59	406,177	↑	0,440	0,39494228
Gestão da Doença	2017.352.01	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	S	N	40,00	40,00	80,00	90,00	85,38	98,617	↑	0,924	0
Gestão da Doença	2017.353.01	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controla	S	N	0,00	0,00	90,00	100,00	95,08	112,809	↑	0,985	0
Qualificação da pre	2017.354.01	354 - Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. co	S	S	0,00	0,00	42,50	49,00	69,47	59,535	↓	0,000	0
Integração de cuida	2017.365.01	365 - Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.	S	S	0,00	0,00	650,00	950,00	0,00	527,046	↑	0,000	2,00
Gestão da Saúde	2017.372.01	372 - Taxa de intern. por fratura do colo do fêmur	S	N	0,00	0,00	820,00	1200,00	0,00	1618,705	↑	0,000	0
Qualificação da pre	2017.378.01	378 - Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto p	S	N	0,00	0,00	0,40	1,00	0,00	0,005	↑	2,00	2,00
Qualificação da pre	2017.379.01	379 - Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF dife	N	N	0,00	0,00	0,01	0,04	0,03	0,001	↓	0,964	2,00
Gestão da Doença	2017.380.01	380 - Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com	S	S	74,00	81,00	100,00	100,00	87,94	87,657	↓	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2017.381.01	381 - Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com	S	N	70,00	78,00	100,00	100,00	76,49	77,065	↑	1,622	1,7661915
Gestão da Doença	2017.382.01	382 - Prop. adultos com DM, com diagn.	S	N	97,00	98,70	100,00	100,00	97,72	97,326	↓	0,848	0,38376617
Gestão da Doença	2017.383.01	383 - Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	S	N	89,00	94,00	100,00	100,00	94,20	94,391	↑	2,00	2,00
Gestão da Saúde	2017.384.01	384 - Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	S	S	89,00	94,00	100,00	100,00	91,38	93,421	↑	0,952	1,7684174
	2017.389.01	389 - Score dimensão "serviços de caráter assisten	S	N					2,00	2,000	↓	2,00	2,00
	2017.390.01	390 - Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. A	S	N					2,00	2,000	↓	2,00	2,00
	2017.391.01	391 - Score dimensão "melhoria cont. qualid. aces	S	N					2,00	2,000	↓	2,00	2,00
	2017.392.01	392 - IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PA	S	N					1,00	0,000	↓	1,000	0
	2017.393.01	393 - Score dimensão "formação equipa multiprofi	S	N					2,00	2,000	↓	2,00	2,00
	2017.394.01	394 - Score dimensão "formação internos e alunos	S	N					2,00	2,000	↓	2,00	2,00
Acesso	2018.339.01	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hosp	S	N	0,00	0,00	47,00	63,00	47,48	43,577	↓	1,939	2,00
Gestão da Saúde	2018.395.01	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3	S	N	55,00	71,00	100,00	100,00	59,85	73,542	↑	0,606	2,00
Gestão da Saúde	2018.397.01	397 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1	S	S	15,00	22,00	100,00	100,00	19,80	58,137	↑	1,370	2,00
Gestão da Saúde	2018.398.01	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1	S	N	40,00	60,00	100,00	100,00	21,43	70,588	↑	0,000	2,00
Gestão da Saúde	2018.404.01	404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabá	S	S	20,00	60,00	10000,00	10000,00	19,60	166,128	↑	0,000	2,00
Acesso	2018.405.01	405 - Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferen	N	N	0,00	0,00	0,50	2,00	1,40	1,160	↓	0,798	1,1203501
Qualificação da pre	2018.409.01	409 - Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (aju	S	S	89,00	91,50	100,00	100,00	92,98	93,444	↑	2,00	2,00
Acesso	2018.410.01	410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hos	S	N	0,00	0,00	2,70	3,60	2,36	2,287	↓	2,00	2,00
Integração de cuida	2018.412.01	412 - [Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.]	S	S	40,00	60,00	85,00	95,00	55,70	57,918	↑	1,570	1,7917528
Gestão da Doença	2019.414.01	414 - Índice acompanham. adequado de úlceras d	N	N	0,75	0,82	1,00	1,00	N	0,881		N	2,00
Gestão da Doença	2019.415.01	415 - Índice acompanham. adequado de úlceras v	N	N	0,60	0,69	1,00	1,00	N	0,716		N	2,00
Gestão da Saúde	2019.427.01	427 - Proporção de grávidas com parto por cesaria	N	N	15,00	15,00	25,00	40,00	21,05	21,875	↑	2,00	2,00
	2019.428.01	428 - Score dimensão "segurança de utentes"	S	N					2,00	2,000	↓	2,00	2,00

	2019.430.01	430 - Score dimensão "participação do cidadão"	S	N					1,40	1,700	↑	1,400	1,7
Gestão da Saúde	2020.435.01	435 - Proporção utentes com vacina gripe gratuita	N	S	62,00	66,00	100,00	100,00	N	60,791	0	N	0,012
Gestão da Doença	2021.436.01	436 - Proporção DPOC >= 40A, c/ cons. vigil. DPOC	N	S	35,00	70,00	100,00	100,00	N	54,839	0	N	1,1336405
Gestão da Doença	2021.437.01	437 - Proporção asma >= 18A, c/ cons. vigil. asma	N	S	35,00	49,00	100,00	100,00	N	42,287	0	N	1,0410333
Gestão da Doença	2021.439.01	439 - Proporção DPOC +6M, c/ vac. gripe	N	N	65,00	75,00	100,00	100,00	N	75,532	0	N	2,00
Gestão da Saúde	2022.434.01	434 - Índice acompanham. adequado Planeam. Fa	N	N	0,63	0,78	1,00	1,00	N	0,692	0	N	0,826437
Gestão da Saúde	2022.441.01	441 - Índice acompanham. adequado Saúde Mate	N	N	0,64	0,74	1,00	1,00	N	0,817	0	N	2,00
Gestão da Saúde	2022.442.01	442 - Índice acompanham. adequado S. Inf. 1A - V	N	N	0,82	0,93	1,00	1,00	N	0,972	0	N	2,00
Gestão da Saúde	2022.443.01	443 - Índice acompanham. adequado S. Inf. 2A - V	N	N	0,65	0,87	1,00	1,00	N	0,933	0	N	2,00
Gestão da Doença	2022.444.01	444 - Índice acompanhamento adequado DM - V2	N	N	0,59	0,64	1,00	1,00	N	0,636	0	N	1,8549023
Gestão da Doença	2022.445.01	445 - Índice acompanhamento adequado HTA - V2	N	N	0,63	0,71	1,00	1,00	N	0,683	0	N	1,317461

Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da ULSRL

C. 4.

DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº 2225/03/19

CI - Centro de Investigação

Ref.ª 34/2025

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração,
Dr. Manuel José Carvalho,
Unidade Local de Saúde Região de Leiria, E.P.E.
Rua das Olhalvas, Pousos, 2410-197 Leiria

Leiria, 14 de março de 2025

Assunto: Trabalho académico, no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Saúde Familiar, intitulado "A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência", submetido pela Enf.ª Marta Cristina Vieira de Carvalho Gomes, a exercer funções na P3B, da ULSRL.

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação.

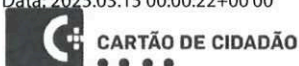
Este estudo será para aplicar na Unidade de Saúde Familiar Nascente, que pertencente ao Centro de Saúde Dr. Gorgão Henriques, tendo como investigadora principal a proponente e como investigadora colaboradora, a Prof. Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros, professora na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeiria). O estudo tem como objetivo geral, determinar a sobrecarga, a autotranscendência e as necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência da USF Nascente, da ULSRL.

Mais se informa que este estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética de acordo com a Ata n.º 02, de 2025.03.10. Neste sentido, submete-se o pedido para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

Assinado por: **DANIEL RICARDO SIMÕES DE CARVALHO**
Num. de Identificação: 12488153
Data: 2025.03.15 00:00:22+00'00'



(Enf. Daniel Carvalho)

Aprovado

O Conselho de Administração

Manuel Carvalho
Presidente

Filipa Esperança
Vogal Executiva

Neusa Magalhães
Vogal Executiva

Catarina Faria
Diretora Clínica - CSH

Denise Alexandra
Diretora Clínica - CSP

Paulo Lopes
Enfermeiro Diretor

Original CI 20/3/25

Anexo III – Autorização da USF L para a realização do estudo de investigação

Centro de Investigação

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL

Para estudo ou projeto de investigação com promotor interno

Título do estudo ou projeto de investigação: A sobrecarga, autotranscendência e necessidades do cuidador informal em famílias com membro portador de demência

Nome do proponente: Marta Cristina Vieira de Carvalho Gomes

N.º mec. 7165

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL

Na qualidade de **Diretor(a) de Serviço**, declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Serviço: USF Leiria Nascente

Data: 19 / 2 / 2025



Assinatura

Dra. Rita Chaves
Médica Coordenadora

(Rita Isabel Chaves)

Comentários:

Investigação de interesse e relev.

Aplicar ou adicionar, consoante aplicável

Na qualidade de **Chefe de Enfermagem**, declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Serviço: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

(Nome)

Na qualidade de **Coordenador(a) de Gabinete** [**Responsável por Unidade ou Responsável por Setor**], declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Gabinete: _____

Data: ____/____/____

Assinatura