

FAMÍLIAS COM PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES: UM DESAFIO À ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório de Estágio

Domitila Cristina Carvalho Teixeira Arieira

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar**

Ano letivo 2023/2024

**Famílias com Pessoas Idosas Dependentes: Um Desafio à Enfermagem de
Saúde Familiar**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Mestranda:

Cristina Arieira nº 327

Orientadora:

Prof.ª Doutora Carmina Morais

Enfermeira Tutora:

Mestre Alexandrina Campos

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que comigo se cruzaram na minha caminhada e me apoiaram a tornar este trabalho possível. No entanto, gostaria de deixar um especial agradecimento:

À Professora Doutora Carmina Morais pela sua orientação científica, disponibilidade, experiência, conhecimentos, contributos e sugestões partilhadas ao longo deste trabalho.

À Enfermeira, Mestre Alexandrina Campos pela tutoria acompanhamento e aprendizagens proporcionadas em contexto clínico de estágio e, pelo cuidado, carinho, sabedoria e motivação que ainda perduram.

À Unidade Local de Saúde do Alto Minho, respetiva Comissão de Ética pela autorização que tornou possível este estudo.

À Sr.^a Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida, que autorizou o estudo.

À equipa multidisciplinar da Unidade de saúde Familiar Tiago de Almeida pela colaboração, disponibilidade, acolhimento, e interações organizacionais e pessoais estabelecidos.

A todos os que aceitaram participar neste estudo, famílias, pessoas idosas, utentes e enfermeiros de saúde familiar, pela sua disponibilidade e por me confiarem as suas partilhas. A sua colaboração foi fundamental para dar “vida” a este trabalho.

Às colegas e amigas Isabel, Marisol pela caminhada que fizemos juntas ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, pela amizade e colaboração demonstradas.

À Luísa, companheira nesta batalha, pelo incentivo, otimismo e motivação nos momentos mais sinuosos deste percurso.

Agradeço às minhas amigas e colegas de trabalho pela colaboração, por suportarem a minha “rabugice” pelas poucas horas de sono nestes últimos tempos.

Há minha Família, em especial ao meu marido Rui e às minhas, filhas Inês e Francisca, pelo amor, paciência e apoio, ... aos meus pais Manuel e Laura pela ajuda, disponibilidade demonstradas e por acreditarem que seria capaz de responder a este desafio. Ao meu irmão Paulo e à minha irmã Patrícia, a minha gratidão.

A todos,

MUITO OBRIGADA!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as famílias
que cuidam de pessoas idosas!

PENSAMENTO

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado,
com certeza vai mais longe.”

Clarice Lispector

RESUMO

Enquadramento: As famílias, na atualidade, confrontam-se com um conjunto de exigências, inerentes a transformações rápidas e profundas nos quotidianos de vida, com repercussões na saúde dos sistemas e subsistemas familiares. É nesta interface com o processo de formação pessoal que este relatório de estágio encontra sentido. Na diversidade inerente à intervenção em Enfermagem em Saúde Familiar, o processo de cuidados com famílias com um ou mais idosos em situação de dependência e a saúde sexual reprodutiva, enquanto prioridades da Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida, assumem o enfoque central.

Objetivos:

- Identificar forças, fraquezas, necessidades e expectativas inerentes ao processo de cuidados de ESF com famílias com pessoas idosas dependentes, nos seus próprios termos e vozes;
- Analisar o desenvolvimento de competências no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Método: Foi realizado estudo do tipo qualitativo de cariz fenomenológico, através de entrevista semiestruturada. Constituíram-se informantes privilegiadas 13 famílias cuidadoras com idosos identificados com o diagnóstico “Dependente” no Mim@UF, A evidência científica em articulação com a evidência produzida no contexto, partilhados e refletidos com a equipa de enfermagem e multidisciplinar norteou a intervenção ESF.

Resultados: Pelas vozes das famílias foram realçados aspetos relacionados com as *dinâmicas familiares anteriores à situação de dependência e a dinâmica familiar na atualidade, sentimentos e emoções, recursos mobilizados, estratégias de superação, necessidades sentidas e expressas, dificuldades percebidas, o cuidado de enfermagem na perspetiva dos cuidadores e sugestão de melhoria.*

A elaboração do manual de apoio às famílias e no âmbito da Saúde Sexual Reprodutiva, a elaboração de um vídeo, notas informativas, conformam a intervenção transformadora em resposta às prioridades da USFTA co construídas com a equipa.

Conclusões: Partindo de necessidades, problemas e potencialidades no âmbito dos cuidados com famílias, consubstanciadas na prática colaborativa em ESF baseada na evidência, contribuiu-se para um percurso que se pretende de excelência no cuidar.

Palavras-chave: Família, idoso dependente, Enfermeiros de Saúde da Família

ABSTRACT

Context: Nowadays families face a set of demands inherent to the rapid and profound transformations in their daily lives, which have repercussions on the health of family systems and subsystems. It is within this interface with the personal development process that this internship report finds its meaning. In the diversity inherent in Family Health Nursing intervention, the process of caring for families with one or more dependent elderly individuals and reproductive sexual health, as priorities of the Tiago de Almeida Family Health Unit, assumes the central focus.

Objetives:

- To identify strengths, weaknesses, needs, and expectations inherent to the Family Health Nursing (ESF) care process with families with dependent elderly individuals, in their own terms and voices.
- To analyse the development of skills within the scope of the Professional Nature Internship with Final Report as part of the master's Course in Community Health in Family Health Nursing.

Method: A qualitative study of a phenomenological nature was conducted through semi-structured interviews. Thirteen caregiver families with elderly individuals identified with the diagnosis "Dependent" in Mim@UF were considered privileged informants. Scientific evidence, articulated with the evidence produced in the context, shared and reflected upon with the nursing and multidisciplinary team, guided the ESF intervention.

Results: The families' voices highlighted aspects related to family dynamics prior to the dependency situation and the current family dynamics, feelings and emotions, mobilized resources, coping strategies, felt and expressed needs, perceived difficulties, nursing care from the caregivers' perspective, and suggestions for improvement.

The preparation of the support manual for families and in Reproductive Sexual Health, the creation of a video, and informative notes, shaped the transformative intervention in response to the priorities of the USFTA co-constructed with the team.

Conclusions: Based on the needs, problems, and potential within the scope of family care, substantiated in collaborative practice in ESF based on evidence, it contributes to a path aimed at excellence in caregiving.

Keywords: Family, dependent elderly, Family Health Nurses

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Siglas

ACeS – Agrupamentos dos Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

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

CESC_AESF – Padrões de Qualidade dos Centros de Especialidades e Serviços de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCSPAM – Departamento de Cuidados De saúde Primários do Alto Minho

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

FIAD – Escala *Family and Friend Involvement in Adults' Diabetes*

IDG – Índice de Desempenho Global

IFNA – International Federation of Nursing Administrators

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MDAIF- Modelo Dinâmico da Avaliação e Intervenção Familiar

Mim@UF – Diretório de Informação em Saúde

OE – Ordem Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNLSCC – Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento

PNS – Plano Nacional de Saúde

SBN – Modelo “Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Primários

UE – União Europeia

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFMG – Universidade Federal de S. João del-Rei

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Ato Minho

UP – Unidades ponderadas

USAG – Unidade de Serviços e Apoio Geral

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFTA – Unidade de saúde familiar Tiago de Almeida

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	III
DEDICATÓRIA	V
PENSAMENTO	VI
RESUMO.....	VII
ABSTRACT	VIII
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	IX
SUMÁRIO	XI
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS.....	XVII
INTRODUÇÃO	1
1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1 Cuidar famílias com pessoas idosas dependentes: (RE) PENSAR Enfermagem de Saúde Familiar.....	5
1.1.1 Enfermagem de saúde familiar	5
1.1.2 Envelhecimento e os desafios às famílias na atualidade	10
1.2.3 Pessoas idosas com dependência	14
1.1.4 A família como parceira de cuidados	17
1.1.5 Cuidar com base nas forças.....	18
1.1.6 Referencial Teórico de Suporte à Prática de Enfermagem de Saúde Familiar	22
2 CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM SAÚDE FAMILIAR.....	31
2.1 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar	31
3. CAPÍTULO III - ESTUDO EMPÍRICO.....	37
3.1 Metodologia.....	37
3.1.1 Justificação da problemática.....	38
3.1.2 Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos.....	39
3.1.3 Tipo de Estudo.....	40
3.1.4 População e Amostra	41
3.1.5 Instrumento de Recolha de Dados.....	42
3.1.6 Procedimento de Recolha de Dados	42
3.1.7 Questões Éticas.....	44
3.2 Apresentação de Resultados	45
3.2.1 Caracterização das pessoas idosas cuidadas.....	45
3.2.2 Caracterização das famílias cuidadoras	47
3.2.3 O Cuidar nas Vozes das Famílias	52
3.3 Discussão dos Resultados.....	62
3.4 Considerações finais, limitações E sugestões.....	67

4. CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS	71
4.1 Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	73
4.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional ética e legal.....	74
4.1.2 Domínio na Melhoria Contínua da Qualidade.....	76
4.1.3 Domínio na Gestão dos Cuidados.....	81
4.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	83
4.2 Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.....	87
4.2.1 Cuida a família, enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	88
4.2.2 Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção no Âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	92
4.3 OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O ENVOLVIMENTO ATIVO E INTENCIONAL NA PRÁTICA ESPECIALIZADA E DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	95
CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	118
Anexo I – Escala de KATZ	119
Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da ULSAM, EPE.....	123
Anexo III – Autorização da coordenadora da Unidade Saúde Familiar.....	126
Anexo IV - Matriz de Competências.....	128
APÊNDICES	132
APÊNDICE I - Questionário de Caracterização Sociodemográfica	133
APÊNDICE II – Guião De Entrevista Semiestruturada	139
APÊNDICE III - Consentimento Informado	143
APÊNDICE IV - Pedido de Autorização à Comissão de Ética da ULSAM, EPE.....	145
APÊNDICE V – Pedido de Autorização Prévia da Coordenadora da Unidade Saúde Familiar.....	155
APÊNDICE VI - Unidades De Análise.....	157
APÊNDICE VII - Folheto Informativo “Consulta De Planeamento Familiar”	174
APÊNDICE VIII - Artigo Informativo da Consulta de Planeamento Familiar da Usf	176
APÊNDICE IX - Cartaz «Pensar com e na Família!».....	178
APÊNDICE X - Nota De Imprensa «Pensar com e na Família: Sexualidades e Afetos Promover Comportamentos Saudáveis e Acesso à Consulta De Planeamento Familiar»	180
APÊNDICE XI - Manual Dirigido à Família	182

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figuras

Figura 1: Mapa do Distrito de Viana do Castelo	32
Figura 2: Pirâmide etária e caracterização da população inscrita na USFTA	35
Figura 3: Modelo dos Cuidados Fundamentais	80
Figura 4: Competências de Literacia em Saúde.	94

Tabelas

Tabela 1 - Valores implícitos no Modelo SBN, definições e exemplos de questões de orientação.....	23
Tabela 2 - Distribuição dos utentes inscritos na USFTA por grupos etários, género e unidades ponderadas (UP)	36
Tabela 3: Caracterização das pessoas idosas cuidadas em função da idade, sexo e diagnóstico de demência, e em função do grau de dependência.....	46
Tabela 4: Caracterização da coabitação, dos elementos da família cuidadora que prestam cuidados e experiência prévia em cuidar	47
Tabela 5: Caracterização das famílias cuidadoras	48
Tabela 6: Caracterização das famílias cuidadoras face ao apoio recebido.....	50
Tabela 7: Dados relativos ao contexto familiar dos cuidados	51
Tabela 8: Áreas temáticas emergentes.....	52
Tabela 9: Área temática <i>Dinâmica familiar na atualidade</i> , categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	53
Tabela 10: Área temática - <i>Dinâmica familiar anterior à situação de dependência</i> , categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise.....	54
Tabela 11: Área temática - <i>Alterações face à situação de dependência</i> categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	55
Tabela 12: Área Temática - <i>Sentimentos e emoções</i> , categorias emergentes e unidades de análise	56
Tabela 13: Área Temática - <i>Recursos Mobilizados</i> , categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	57

Tabela 14: Áreas temáticas - <i>Estratégias de Superação</i> , categorias emergentes e unidades de análise	58
Tabela 15: Áreas temáticas - <i>Necessidades sentidas e expressas</i> , categorias emergentes e unidades de análise	59
Tabela 16: Áreas temáticas - <i>Dificuldades Percebidas</i> , categorias emergentes e unidades de análise	59
Tabela 17: Área temática - <i>O cuidado de enfermagem na perspectiva dos cuidadores</i> , categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise	60
Tabela 18: Área temática: <i>Sugestão de melhoria</i> , categorias emergentes e unidades de análise	61

INTRODUÇÃO

O envolvimento da família nos processos de cuidados é uma parte importante da prestação de cuidados centrados na pessoa/família e da garantia da dinâmica familiar. Os Enfermeiros de Saúde Familiar desempenham um papel central na defesa e na facilitação de práticas de cuidados centradas na família, como uma unidade de cuidados, incluindo o apoio para uma elevada função e saúde familiar (Shamali et al., 2019). Nesta perspetiva, a família é conceptualizada como a interação, reciprocidade e relações entre múltiplos sistemas. É a unidade de cuidados e o envolvimento dos membros da família como parceiros de cuidados é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à pessoa dependente (Voltelen et al., 2016). Neste pressuposto, a diferenciação pela qualidade e a especialização configuram-se como elementos cruciais para o enfermeiro e para a Enfermagem.

Foi com base nestas premissas e como forma de realização pessoal e profissional que decidi ingressar no mestrado que reúne requisitos habilitantes, concomitantemente, ao Grau de Mestre e ao Título Profissional de Enfermeiro Especialista. Em relação aos ciclos de estudos conducentes ao grau de Mestre, com parecer favorável para a tal atribuição, a OE (2021) salienta que a atribuição do grau de mestre aos estudantes da sua área de especialidade exige que adquiram diversas competências, nomeadamente na aptidão de conhecimentos, pensamento crítico, reflexão sobre as suas implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação de forma clara e objetiva das suas apreciações, dos conhecimentos e argumentações subjacentes. Foi definido pela mesma entidade que a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista e grau de Mestre consiste na realização de estágio e elaboração do respetivo relatório final, a realizar em contexto da prestação de cuidados. Deste modo, é favorecido o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos que melhor permite o seguimento dos objetivos de aprendizagem e a aquisição de competências (OE, 2021). O relatório de estágio é considerado um instrumento fundamental na avaliação dos processos de aprendizagem e na obtenção e desenvolvimento de competências, composto por uma reflexão crítica, de forma precisa e contextualizada de todo o trabalho realizado, analisando de forma criteriosa e fundamentada todos os pormenores e elementos do estágio realizado (OE, 2021).

Por conseguinte e materializando-se o suprarreferido, o presente relatório de Estágio de Natureza Profissional (ENP) insere-se no I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tendo como objetivos demonstrar a aquisição de conhecimentos e competências requeridos num ciclo de estudos de mestrado e conducentes à atribuição de título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

É importante ter em conta que o Enfermeiro de Saúde Familiar tem como objetivo constante alcançar o pleno potencial de saúde para todos os elementos da família, como um todo, através da concretização de dois grandes objetivos: promover e proteger a saúde das famílias ao longo do seu ciclo vital e reduzir a incidência e o sofrimento inerente à presença de uma situação de saúde vulnerável. A ação deste profissional de saúde alicerça-se em valores básicos muito importante: a saúde como um direito humano fundamental; equidade na saúde e solidariedade na ação entre todos os elementos da equipa multiprofissional, entre grupos de pessoas e entre os elementos de cada família, bem como a participação e responsabilização de cada família nos seus processos de transição.

No domínio do processo formativo, o estágio assume-se como uma fase crucial e altamente valorizada devido ao seu impacto significativo no desenvolvimento de cada enfermeiro. Este período é marcado por múltiplas oportunidades de aprendizagem que surgem através do contacto direto e privilegiado com as famílias, no caso concreto. Essa imersão proporciona aos enfermeiros em formação a possibilidade de trabalharem em conjunto com equipas de saúde multidisciplinares, facilitando o desenvolvimento de uma abordagem ativa e construtiva da sua própria aprendizagem. Trata-se de uma fase de excelência em que auto, a hétero e a eco formação, na linha de Paulo Freire (1996). A prática clínica permite abordar problemas de saúde de maneira abrangente, incorporando componentes pessoais, clínicas, metodológicas, comunicacionais, relacionais e técnicas. O estágio é um *locus* de desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades essenciais, como a capacidade de resolver problemas complexos de saúde, a comunicação eficaz com as famílias e a adoção de comportamentos éticos e deontológicos adequados.

Um ponto fundamental é que a aprendizagem teórica sem a aplicação prática não resulta em conhecimento robusto. Somente a prática refletida num processo constante leva ao desenvolvimento da experiência e ao amadurecimento do “olhar perito”, uma

competência capital para a prática de enfermagem especializada. Na esteira de Benner (2001), o Enfermeiro Especialista tem uma compreensão intuitiva de cada situação e concentra-se na região exata do problema, sem considerar uma grande variedade de diagnósticos e soluções alternativas infrutíferas. O perito atua a partir de uma compreensão profunda da situação total. Para a autora, o seu desempenho torna-se fluído, flexível e altamente proficiente e a capacidade analítica altamente qualificada é necessária para as situações com as quais o enfermeiro não tem experiência anterior. Neste pressuposto, o estágio é, como já referido, um espaço privilegiado para a o Enfermeiro Especialista adquirir conhecimentos, partilha de experiências/saberes e para o desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2024), os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são definidos como a oferta de cuidados completos ao longo da vida, a abordagem sistemática dos determinantes da saúde e o empoderamento das pessoas e comunidades na promoção da saúde e bem-estar. Desta forma, abrangem uma abordagem holística e centrada nas necessidades individuais e coletivas, promovendo desde a prevenção até aos cuidados completos ao longo da vida, em conformidade com os princípios de equidade e justiça social. Estes são considerados o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade, assegurando cuidados acessíveis, contínuos e abrangentes para as necessidades de saúde ao longo da vida de cada indivíduo. Os profissionais que oferecem estes cuidados trabalham em colaboração com os utentes e as suas famílias, abordando não apenas as suas necessidades de saúde imediatas, mas também as de longo prazo, sem se limitarem a responder a um conjunto específico de doenças (OE, 2020).

Partindo-se da experiência profissional experienciada ao longo da prática de cuidados, consolidou-se na equipa multidisciplinar a gradual e ciente necessidade de conhecer as vivências das famílias cuidadoras com pessoas idosas dependentes, assumindo-se conscientemente que este é um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar.

Neste pressuposto, e aliado à importância que o Enfermeiro de Saúde Familiar exerce junto das famílias, escolheu-se como tema de investigação: Famílias com pessoas idosas dependentes: um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar”.

Por conseguinte, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Quais as forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de enfermagem familiar na perceção das famílias com pessoas idosas dependentes?”.

Contribuir para a promoção da saúde na família com pessoa idosa dependente, facilitando o seu empoderamento no processo de transição e na articulação com os recursos de saúde, conforma a principal finalidade deste trabalho.

Do ponto de vista de estrutura, o presente documento estrutura-se em quatro capítulos: no capítulo um tem lugar o enquadramento teórico sobre o cuidar famílias com pessoas idosas dependentes; no capítulo dois, procede-se à caracterização do contexto de estágio; no capítulo três apresenta-se o estudo empírico em alinhamento com a problemática desenvolvida no capítulo um. Por último, no capítulo quatro descrevem-se as competências profissionais desenvolvidas. O trabalho termina com as conclusões mais relevantes e implicações para a prática profissional.

1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 CUIDAR FAMÍLIAS COM PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES: (RE) PENSAR ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

As alterações observadas na população portuguesa, principalmente devido à baixa taxa de natalidade e ao aumento da longevidade nas últimas décadas, sugerem a continuidade do envelhecimento demográfico. A literatura tem demonstrado uma relação entre o envelhecimento e a dependência e uma associação significativa entre multimorbilidade, que é frequente entre as pessoas idosas, e o declínio funcional e/ou a dependência. Todos estes fatores contribuem para uma maior necessidade de cuidados prestados pelas famílias em contextos comunitários (Sequeira, 2018). No entanto, muitas famílias cuidadoras referem não ter apoio necessário em diferentes áreas (emocional, prestação de cuidados, financeiro) para cuidar dos seus familiares. Os Enfermeiros de Saúde Familiar estão na linha da frente dos cuidados às pessoas dependentes e às suas famílias. Neste contexto, explicita-se de seguida o quadro concetual de referência norteador da reconfiguração/reforço de práticas clínicas efetivamente centradas nas pessoas idosas e suas famílias.

1.1.1 Enfermagem de saúde familiar

O envelhecimento da população é um dos maiores sucessos mundiais, um motivo para celebrar os avanços da medicina e as conquistas sociais, económicas, políticas e sanitárias de qualquer sociedade. O envelhecimento tem atraído a atenção da comunidade mundial como uma questão demográfica significativa (Ayoubi-Mahani et al., 2023). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o número de adultos mais velhos atingirá os dois mil milhões em 2050, com cerca de 80% deles a viver em países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento (Nações Unidas Brasil, 2017). A promoção do envelhecimento em casa é uma estratégia, mas destaca a importância dos cuidadores informais, responsáveis por 80% dos cuidados domiciliários. Com a crescente procura e redução da disponibilidade desses cuidadores, é vital reconhecê-los e capacitá-los. As soluções

devem equilibrar mudanças familiares com cuidado contínuo à pessoa dependente, incluindo a formalização do papel dos cuidadores informais, os seus direitos e deveres (Ribeiro, 2021).

Na maioria dos países, sobretudo na região mediterrânica, a maior parte dos cuidados é prestada por cuidadores informais em contextos familiares e domiciliares, estimando-se que, em média, cerca de 61% dos cuidadores informais nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico são mulheres (Rico-Blázquez et al., 2022). No entanto, as tendências sociais e culturais estão a alterar os padrões tradicionais de prestação de cuidados. A maior participação das mulheres nas esferas económica e social, a sua crescente incorporação no mercado de trabalho e a transformação da estrutura familiar estão a gerar um conflito entre as exigências da economia, a transformação social e o aumento da necessidade e da complexidade dos cuidados informais (Cantillo Monjo et al., 2018).

Os cuidadores informais são definidos como pessoas que promovem algum tipo de assistência contínua e não remunerada a pessoas com dependência na realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD) ou com doença crónica (Birtha & Holm, 2017). Por norma, os cuidadores informais são membros da família que, na maioria das vezes, não possuem formação técnica para cuidar de alguém dependente e não são remunerados pelos cuidados que prestam.

As doenças crónicas e o envelhecimento da população têm vindo a refletir-se de forma crescente nos sistemas de saúde a nível mundial, que devem empenhar-se cada vez mais em identificar e desenvolver estratégias para promover estilos de vida saudáveis e aumentar o diagnóstico precoce e o tratamento atempado das doenças crónicas (Vodovotz et al., 2020). A pandemia de COVID-19 veio evidenciar ainda mais as graves lacunas na oferta de serviços de saúde, especialmente para os doentes crónicos. Nas últimas décadas, foram identificadas estratégias bem-sucedidas para a gestão das doenças crónicas, incluindo a melhoria dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a reorientação dos sistemas de saúde, reduzindo o centrismo hospitalar e a fragmentação dos serviços de saúde (Vodovotz et al., 2020; Gasperini et al., 2023). Na vanguarda desta reforma estão os enfermeiros de saúde familiar que, com a sua intervenção centrada nas pessoas ao longo do ciclo vital das famílias, numa logica colaborativa baseada na evidência, estão a moldar competências e papéis fundamentais no campo dos CSP, desempenhando um

papel central na sua revitalização e a tornar-se cada vez mais líderes nesses serviços (Gasperini et al., 2023).

Nos últimos 25 anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) delineou o papel dos enfermeiros na Saúde Pública e nos CSP, desenvolvendo quadros específicos para a Enfermagem de Saúde Familiar (WHO, 2017). Os quadros da OMS indicam os enfermeiros de saúde familiar como um ponto focal estável para a população, a nível comunitário. Prestam assistência direta às pessoas nas suas casas ou na comunidade, melhorando a continuidade dos cuidados garantindo a intervenção aos diferentes níveis de prevenção, com especial destaque para a abordagem dos determinantes sociais da saúde, contribuem para o planeamento de políticas, para a gestão de recursos e para o acesso e a utilização adequada dos serviços de cuidados de saúde (WHO, 2017; Abou et al., 2020).

A área disciplinar da Enfermagem de Saúde Familiar identifica a responsabilidade do sistema familiar na promoção de saúde dos seus membros. Incentivando o fortalecimento da família, capacita para a assunção do compromisso com a resolução dos seus dilemas, elaborando e implementando intervenções, desempenhando um papel proactivo, promove-se, assim, o bem-estar de toda a família bem como a criação de estratégias adaptativas essenciais, aquando da tomada de decisões de forma autónoma. Enquanto Enfermeiro Especialista na Área da Saúde Familiar este confronta-se com um papel desafiador, complexo e em crescente evolução, tendo como responsabilidade (de partida) compreender a família como uma unidade de cuidados em transformação contínua (OE, 2012).

A Enfermagem Familiar tem por objetivo ajudar a pessoa e a família a enfrentar e lidar com uma patologia, atuando em momentos de stresse. As suas intervenções passam pelo despiste o mais precoce possível dos pontos fortes, das disfunções na família, através da avaliação e, posteriormente, realização da capacitação com o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis e prevenção dos comportamentos de risco (Gottlieb, 2016).

A Saúde Familiar é considerada e definida como um estado em constante evolução do bem-estar, abrangendo elementos biológicos, psíquicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar (Hanson, 2005). Este refere que a avaliação da Saúde Familiar envolve tanto uma avaliação concomitante dos membros familiares como de todo o sistema familiar.

A aprendizagem voltada para o cuidado familiar, junto da família e para com a família é de extrema importância. É essencial agir com o intuito de, em colaboração, com os recursos disponíveis na família e no seio onde esta se encontra inserida, capacitar a mesma na promoção da sua saúde. Deste modo, a família encarregada dos cuidados deve munir-se com estratégias de adaptação relativas aos novos desafios, incluindo a (re)distribuição de responsabilidades, implementação de estratégias de suporte e métodos de assistência no cuidar. Assim sendo, poderão surgir discordâncias e modificações na dinâmica familiar devido à complexidade inerente ao contexto de cuidar (Pires, 2012).

A importância das famílias nos cuidados de saúde conduziu a políticas de saúde empenhadas em integrar as famílias nos cuidados aos utentes, promovendo a manutenção da saúde familiar (Frade et al., 2021). Em Portugal, o reconhecimento da importância da família nos cuidados de saúde resultou na regulamentação das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, o que sustenta a importância de ter enfermeiros com formação especializada para trabalhar com famílias (Frade et al., 2021). De acordo com os mesmos autores, acredita-se que a conceitualização dos cuidados de enfermagem centrados na família pode ser desenvolvida quer nos CSP, quer hospitalares, pois os cuidados de enfermagem devem ser centrados na família, independentemente do contexto clínico de prestação de cuidados (Frade et al., 2021).

Neste sentido, o enfermeiro de saúde familiar deve cuidar da família como unidade de cuidados, reconhecendo a complexidade do sistema familiar e tendo em conta que este se encontra em transformação. De igual modo, deve prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primordial, primária, secundária e terciária e quaternária optando por realizar uma avaliação das intervenções, a fim de promover o funcionamento familiar (Regulamento nº 428, de 16 de julho, 2018). Este profissional de saúde deverá também ser capaz de promover as capacidades da família de acordo com as suas exigências, de forma individual ou em grupo, criando um elo de ligação quer com a família quer com outros profissionais. “A família, como um todo e os seus membros individualmente, enquanto clientes dos cuidados de enfermagem, são o pilar fundamental de qualquer sistema de saúde e os atores principais na evolução do mesmo” (Ferreira et al., 2021, p. 78).

Hanson (2005) e Figueiredo (2009) descrevem, distintos níveis de abordagem em enfermagem familiar: a família como contexto; a família como soma dos membros; a

família como cliente; a família como sistema; e, a família como componente da sociedade. Apesar de todos os níveis remeterem para a intervenção que é feita na família em termos de cuidados de enfermagem, o último nível é o que apresenta maior complexidade e descreve as mudanças sistêmicas.

O enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar deve, no âmbito daquilo que são as suas competências específicas: cuidar da família como “unidade de cuidados” e prestar “cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 2). Desta forma, o enfermeiro promove a capacitação da família perante uma série de exigências e particularidades, focando toda a prestação de cuidados na família, numa vertente abrangente e no indivíduo, com todas as suas especificidades.

Na saúde privilegia-se o trabalho em equipa, pluridisciplinar. De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), o trabalho em equipa permite uma maior satisfação de todos os intervenientes no processo, fomentando a capacidade de organização dos profissionais, de modo a rentabilizar os recursos existentes e responder, de forma atempada e eficaz, às necessidades específicas daqueles a quem prestam cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Como referem Frade et al. (2021, p. 1), “ (...) a pertinência da integração das famílias nos cuidados de enfermagem permite a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias”. A relação entre os enfermeiros e os membros da família é fulcral para a qualidade da prática clínica de enfermagem. Por outro lado, esta relação enfermeiro/família permite identificar os pontos fortes da família para que, em parceria, possam planejar intervenções que vão ao encontro das necessidades da família (Østergaard et al., 2020).

No que concerne aos CSP, é importante ressaltar as práticas clínicas de Enfermagem centradas nos membros da família, bem como a interação que o profissional desenvolve com os mesmos no decorrer da prestação de cuidados, tanto ao nível da organização dos serviços como a orientação dos cuidados prestados (Silva et al., 2013). As práticas do enfermeiro de saúde familiar focam-se na promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção da doença, e manifestam-se através das suas ações de educação para a saúde, na manutenção e restabelecimento da saúde da pessoa e família.

No que se refere à prevenção primordial, através de políticas e orientações técnicas, nacionais e internacionais, procura-se assegurar condições transversais à promoção da saúde das pessoas ao longo do ciclo vital das famílias. Na prevenção primária, as atividades realizadas com as famílias visam evitar ou remover a exposição a fatores de risco ou causais, evitando a doença. Implementar intervenções para a melhoria da saúde familiar através da promoção familiar promovendo melhorias no funcionamento familiar quer no domínio cognitivo, domínio afetivo e domínio comportamental. Quanto à prevenção secundária, inclui a vigilância, aconselhamento e educação da pessoa e família que necessitam de cuidados por um período longo e visam a promoção da aceitação do estado de saúde, da autovigilância, da gestão e adesão ao regime terapêutico. Na prevenção terciária, procura-se reabilitar, reintegrar precocemente e potenciar a capacidade funcional remanescente da pessoa e família em situação de doença, com redução de custos sociais e económicos. A nível da prevenção quaternária, quando a pessoa já está com doença avançada, tem como objetivo evitar danos relacionados a intervenções médicas e de outros profissionais de saúde. A prevenção quinquenária baseia-se em medidas preventivas que visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, mirando no cuidador, de onde emergem os cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Como menciona a (Ordem dos Enfermeiros, 2018), a Enfermagem de Saúde Familiar detém competências requeridas, para o 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, lidera e colabora em processos de intervenção, que abordaremos no seguinte capítulo.

1.1.2 Envelhecimento e os desafios às famílias na atualidade

Tendo em consideração a “atual situação demográfica tem um grave impacto na coesão social, económica e territorial da União Europeia”, é requerida uma “maior integração dos aspetos demográficos em todas as políticas” dos países da União Europeia, sobretudo porque a “população em idade ativa (pessoas entre os 15 e os 64 anos) deverá diminuir significativamente, passando de 333 milhões em 2016 para 292 milhões em 2070; que, em 2100, as pessoas com idade igual ou superior a 80 anos deverão representar 14,6 %

da população” (Parlamento Europeu, 2021). A proporção de idosos com múltiplas doenças crónicas aumentou globalmente, tanto na população adulta como na população idosa, nos últimos anos (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2020; Parlamento Europeu, 2021). As múltiplas doenças crónicas podem ser definidas como a coocorrência de duas ou mais doenças crónicas que requerem cuidados de saúde contínuos ou monitorização e que persistem durante um ano ou mais. Os adultos mais velhos são particularmente afetados pelas mesmas devido à vulnerabilidade e fragilidade associadas ao envelhecimento, o que pode exacerbar a complexidade da sua situação de saúde, resultando em diferentes níveis de dependência para as atividades básicas da vida diária que requerem uma combinação de ações de autocuidado prestadas por cuidadores informais e cuidados profissionais no domicílio (Amaral, 2018).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023, p. 2),

“em 31 de dezembro de 2022, a população residente em Portugal foi estimada em 10.467.366 pessoas, um aumento de 46.249 em relação a 2021, marcando o quarto ano consecutivo de crescimento. O aumento populacional em 2022 foi impulsionado por um saldo migratório positivo de 86.889 pessoas (em comparação com 72.040 em 2021), compensando o saldo natural negativo de -40.640 (-45.220 em 2021). Esses resultados conduziram a taxas de crescimento efetivo, migratório e natural de 0,44%, 0,83% e -0,39%, respetivamente. No ano de 2022, o número médio de filhos por mulher em idade fértil subiu para 1,43 filhos (em comparação com 1,35 em 2021), devido ao aumento da natalidade”.

O envelhecimento demográfico, em Portugal, continuou a acentuar-se. No mesmo ano em análise, “o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 anos ou mais (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens (em comparação com 181,3 em 2021)” (INE, 2023, p. 2).

A família deve ser considerada numa perspetiva sistémica que engloba variáveis ligadas à autonomia da família, caracterizada por vínculos afetivos. É crucial reconhecer a complexidade do sistema familiar como uma entidade transformadora, que possui as suas dimensões evolutivas e contextuais conferindo-lhe uma identidade que surge da reciprocidade dos processos de interação entre o ambiente e características da globalidade, equifinalidade e auto-organização do sistema familiar (Figueiredo, 2009).

Algumas evidências científicas referem que em vez de se considerar os adultos mais velhos como dependentes passivos que necessitam de cuidados devido a doenças e à perda da sua capacidade funcional, estes devem ser vistos como indivíduos ativos que têm potencial para vivenciarem mudanças para passar os últimos anos da sua vida felizes e saudáveis (Araújo et al., 2015). Deste modo, o conceito de envelhecimento bem-sucedido está a tornar-se mais importante na adoção de uma perspetiva positiva sobre o envelhecimento. Jang et al. (2020) refere que, em vez de um único conceito dimensional, o envelhecimento bem-sucedido é um conceito multidimensional, que engloba aspetos físicos, sociais, psicológicos e espirituais, para além da cultura e do ambiente em que a pessoa se insere.

O envelhecimento é um processo natural. Cada um deve passar por esta fase da vida ao seu tempo e ao seu ritmo. Num sentido mais lato, o envelhecimento reflete todas as mudanças que ocorrem ao longo da vida. Estas mudanças começam desde o nascimento, a pessoa cresce, desenvolve-se e atinge a maturidade. O envelhecimento é a passagem da realidade biológica que começa na concepção e termina com a morte. Tem a sua própria dinâmica, muito para além do controlo humano. No entanto, este processo de envelhecimento está também sujeito às construções através das quais cada sociedade dá sentido à velhice (Bambeni, 2022).

A idade avançada é um sinal da passagem do tempo. Atualmente, o número de pessoas idosas está a aumentar. Muitas comorbilidades dos idosos contribuem significativamente para níveis elevados de dependência (Susanti et al., 2020). O envelhecimento é uma época crucial na última fase do ciclo de vida dos seres humanos, sobretudo para aqueles que sobrevivem e passam por outras fases do ciclo de vida. Tem-se registado um aumento considerável do número de pessoas que atingem esta fase e vivem mais tempo, em todo o mundo. O aumento desenfreado deste grupo populacional trouxe desafios sem precedentes a nível global, devido às necessidades psicológicas, económicas e sociais (Bambeni, 2022).

O processo de envelhecer pode resultar em mudanças na vida das pessoas idosas, impactando a sua funcionalidade, mobilidade, saúde, o que poderá ter como consequência uma privação da sua autonomia, de uma vida saudável, e ainda, uma diminuição da sua qualidade de vida (Rocha, 2012). O envelhecimento poderá estar associado a um incremento dos problemas mentais, doenças crónicas e incapacitantes, resultando num

prolongamento da diminuição da capacidade funcional, segundo Gil (2010). Dessa forma, ocorrerá um aumento das doenças degenerativas relacionadas ao processo de envelhecimento, e a redução da taxa de mortalidade resultará na extensão no tempo das doenças crônicas e das manifestações da incapacidade funcional (Gil, 2010).

Na maioria dos países em desenvolvimento, estes desafios sociais enfrentados pelas pessoas idosas são, em certa medida, atenuados pela estrutura coesa da comunidade. No entanto, as condições sociais e de vida das famílias e das comunidades que estão ao dispor da população idosa estão ameaçadas devido ao atual desaparecimento das formas tradicionais de prestação de cuidados, em resultado de as famílias terem sofrido o impacto das mudanças sociais, incluindo a urbanização, a dispersão geográfica, a migração/imigração, a tendência para as famílias nucleares e a participação das mulheres na força de trabalho (Bambeni, 2022).

No seu estudo, Souza *et al.* (2022) analisaram a correlação entre a funcionalidade familiar e qualidade de vida de 692 idosos e verificaram que as pessoas idosas com disfunção familiar leve e severa apresentaram pior qualidade de vida quando comparados com as pessoas idosas com famílias funcionais. Todos os aspetos da qualidade de vida correlacionaram-se positivamente com a funcionalidade familiar, sugerindo a necessidade de inclusão da família nos planos de cuidados em saúde como forma de identificar precocemente potenciais stressores familiares e planejar intervenções para a solução dos reais problemas.

Na população idosa, o objetivo dos cuidados individuais é permitir o envelhecimento bem-sucedido, preferencialmente em contexto domiciliário, evitando a incapacidade e a perda de capacidades (Escourrou et al., 2022). O mundo está a envelhecer e esta mudança demográfica requer responsabilização social, mais conhecimentos e perícia em gerontologia. As mudanças fisiológicas, sociais e económicas que normalmente afetam a pessoa idosa e que contribuem frequentemente para o aumento da sua dependência tornam-nos vulneráveis a que os seus direitos humanos sejam violados. Ao concentrar-se nas necessidades e não nos direitos, a dignidade humana, segurança e autonomia das pessoas pode ser facilmente ignorada (Cox et al., 2017). Assim, de acordo com os mesmos autores, as políticas sociais devem ter impacto positivo na qualidade de vida, de modo a garantir o bem-estar e a justiça social das pessoas idosas, já que estes se encontram entre os mais vulneráveis da sociedade (Cox et al., 2017)

As pessoas idosas têm várias necessidades de saúde física e mental, sendo que, frequentemente necessitam dos seus familiares para realizarem as suas atividades de vida diária (Shamsikhani et al., 2022). Os mesmos autores, através de um estudo qualitativo com recurso a uma abordagem de análise de conteúdo, exploraram o significado do respeito pelas pessoas idosas nas relações familiares. Emergiram três categorias principais: “respeito pelos interesses pessoais”, “respeito amável e sincero” e “respeito pela autonomia”. A compreensão do significado de respeito pelas pessoas idosas foi influenciada pelas expectativas especiais dos familiares em termos de satisfação das necessidades pessoais, consideração das preferências e interesses e capacitação e apoio para ajudar a preservar a independência e a autonomia dos idosos. Face a tais resultados, Shamsikhani *et al.* (2022) referem que os membros da família devem ser informados e capacitados pelo enfermeiro de saúde familiar no que diz respeito aos seus papéis e devem considerar o respeito como um fator importante que afeta o bem-estar das pessoas idosas.

Em geral, pessoas idosas valorizam muito o facto de viverem na sua própria casa e consideram-na uma fonte de identidade e integridade. Viver em casa influencia positivamente a sua saúde, bem-estar e autonomia. Por outro lado, a sua dependência constitui-se como um desafio para as famílias (Dolu et al., 2021).

1.2.3 Pessoas idosas com dependência

A história recente testemunha grandes avanços na saúde, que aumentaram a esperança de vida nos países desenvolvidos para níveis sem precedentes, um fenómeno que os países em desenvolvimento também começaram a experimentar. Neste processo, as melhorias sociais e de saúde, bem como a nível da tecnologia aumentaram a longevidade e o bem-estar, alterando a forma como as pessoas idosas podem desfrutar das suas vidas. Mas as mudanças demográficas também significaram um aumento do número de pessoas em situação de dependência, um problema ao qual as sociedades ainda não deram uma resposta suficiente (Timonen & Lolich, 2020).

A definição de dependência é ampla, mas pode resumir-se ao facto de se tratar de pessoas que precisam de ajuda para realizar as atividades de vida diária. Esta é a chave, as vastas

possibilidades de ações diárias que a maioria da população realiza sem dificuldade, mas que podem ser um verdadeiro impedimento para os dependentes. São atos como a higiene, comer, ir à casa de banho, vestir-se e até mesmo levantar-se da cama. Os números não deixam dúvidas quanto à dimensão do problema. A população da União Europeia (EU) em 1 de janeiro de 2023 foi estimada em 448,8 milhões de pessoas e as pessoas idosas (com 65 anos ou mais) representavam 21,3 % (um aumento de 0,2 pontos percentuais em relação ao ano anterior e um aumento de 3,0 pontos percentuais em relação a 10 anos antes). Para efeitos de comparação, em 2022, as pessoas idosas representavam, respetivamente, 15,0 %, 63,9 % e 21,1 % da população da EU (Eurostat, 2024). Em comparação com 2022, apenas três Estados-Membros (Alemanha, Portugal e Chéquia) registaram um aumento da percentagem de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos na população em 2023, enquanto nos outros Estados-Membros esta percentagem se manteve constante (na Lituânia, Áustria, Chipre, Estónia, Eslováquia, Polónia, Letónia, Croácia e Luxemburgo) ou diminuiu (nos restantes 15 Estados-Membros) (Eurostat, 2024). O rácio de dependência das pessoas idosas na UE era de 33,4 % em 1 de janeiro de 2023, com pouco mais de três pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais. O rácio de dependência das pessoas idosas nos Estados-Membros da UE variou entre mínimos de 21,5 % no Luxemburgo e 23,2 % na Irlanda, com quase cinco pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais, e máximos de 38,0 % em Portugal, 37,8 % em Itália e 37,8 % na Finlândia, onde havia menos de três pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais. Entre 2022 e 2023, o rácio de dependência das pessoas idosas aumentou em 21 Estados-Membros (Eurostat, 2024).

Os conceitos de dependência e independência variam consoante os diferentes contextos culturais, tradições disciplinares e Estados-Providência (Plath, 2009). Mesmo no contexto ocidental, onde a independência tende a ser enquadrada como altamente desejável, as definições de independência variam e a sua distinção da autonomia é pouco clara (Ball et al., 2004). Nos contextos médico e de enfermagem, a dependência é geralmente entendida como o resultado de uma incapacidade funcional temporária ou crónica em que uma pessoa é incapaz de realizar uma tarefa que anteriormente podia realizar sozinho. Nesta definição, a dependência refere-se a um estado objetivo que pode ser avaliado instrumentalmente como um atributo individual (Ball et al., 2004). Pode também ser entendida como socialmente induzida e construída, pelo que as suas origens e mecanismo

residem nas estruturas sociais e na forma como estas são mantidas e interpretadas por vários atores (Barken, 2019).

A multimorbilidade, por sua vez, encontra-se frequentemente associada ao desenvolvimento de limitações funcionais, que podem resultar na dependência para o autocuidado e na necessidade de algum grau de suplementação ou substituição através dos serviços de saúde e assistência social. A dependência pode resultar da interação entre a condição de saúde de uma pessoa e o seu contexto, ou seja, a multimorbilidade em si não significa necessariamente que uma pessoa se torne dependente para os seus autocuidados e depende do contexto em que a pessoa se encontra em termos de recursos ambientais e sociais, bem como do seu nível relacional (Birtha et al., 2019; Fonseca et al., 2021).

A dependência é uma situação na qual as pessoas, devido à perda de autonomia física, psicológica ou intelectual, requerem assistência para a realização das atividades diárias, principalmente nos cuidados pessoais. Esta condição surge, muitas vezes, devido a doenças crônicas ou acidentes, o que implica limitações na funcionalidade e nas atividades do quotidiano da pessoa (Gonçalves-Pereira, 2015).

A questão da dependência da pessoa idosa não é uma preocupação recente para a Enfermagem de Saúde Familiar. Roper et al. (2000) afirmam que é responsabilidade do enfermeiro avaliar o grau de dependência da pessoa idosa e salientam que é fundamental estabelecer o tipo de cuidados mais adequados para cada caso, com o objetivo de empoderar as famílias cuidadoras.

1.1.4 A família como parceira de cuidados

A investigação demonstra que a participação dos membros da família como parceiros nos cuidados melhora a continuidade dos cuidados e evita readmissões hospitalares (Montesanti et al., 2023). De igual modo, as evidências mostram que a fase inicial da prestação de cuidados é a pior, sobretudo quando o familiar se tornou subitamente dependente. Ajudar os familiares cuidadores da pessoa idosa dependente a adaptarem-se ao seu papel pode diminuir as consequências negativas da prestação de cuidados (Oliveira et al., 2016). Para ajudar a esta adaptação, é fundamental a implementação de intervenções corretas para a família que vivencia esta experiência, o que implica a necessidade de se conhecer o processo e as características que envolvem esta transição (Oliveira et al., 2016). “Muitas famílias, no decorrer do seu ciclo vital, experienciam a situação de doença e são confrontadas com a transição para um novo papel: Ser Cuidador” (Fernandes & Ângelo, 2016, p. 676).

Em conformidade com as autoras supracitadas,

“Compreender a experiência do cuidado familiar é adentrar em um universo complexo e ao mesmo tempo singular. A experiência de cuidar de um doente dependente em casa tem-se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias e surge como um recurso para as instituições de saúde. Este novo papel é experienciado através de uma multiplicidade de necessidades e sentimentos, muitas vezes contraditórios e antagônicos, pela tensão, competência e conflito associado” (Fernandes & Ângelo, 2016, p. 676).

O ato de prestar cuidados pressupõe uma interação constante entre o cuidador e a pessoa que está a ser cuidada. O primeiro desempenha um papel ativo na dependência do idoso tendo uma responsabilidade intrínseca na prestação de cuidados diretos, psicológicos e contactos sociais (Guedes, 2011). Este ato poderá revelar-se desgastante e exaustivo para o mesmo, considerando as adaptações que advém, tais como adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais, afetando tanto o idoso dependente como o seu familiar cuidador na sua dinâmica diária.

A família é o *doente oculto*, agindo, por vezes, como uma família disfuncional e sem apoio, com uma elevada perceção do peso dos cuidados. Os profissionais dos CSP devem

identificar estas famílias que necessitam de uma avaliação e de intervenções específicas para se tornarem eficazes, mantendo o seu estado de saúde e funcionalidade plenos (Florea et al., 2021). Os enfermeiros de Saúde Familiar, mais concretamente, são chamados a criar confiança, deixando claro à família que estão à sua disposição, explicando os planos de cuidados, resolvendo qualquer falha de comunicação e diminuindo as preocupações sobre a prestação de cuidados aos seus entes queridos em casa. Estas são as pessoas em quem confiam, com quem mantêm a continuidade e a relação. Os enfermeiros, neste contexto, têm uma história contínua com os utentes e família cuidadora, construindo uma relação consensual ao longo do tempo, mesmo nos momentos difíceis de uma doença crónica ou de cuidados em fim de vida (Florea et al., 2021). Assim, é imperativo verificar e fazer-lhes saber que serão ouvidas e que as suas preocupações serão compreendidas e ajudá-las neste processo de transição. Considerando que o processo de envelhecimento está associado à prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, é fundamental reconhecer que a prestação de cuidados pela família é um processo complexo e exigente que pode englobar alterações físicas, emocionais, psicológicas, sociais e/ou financeiras (Nicolau, 2018).

1.1.5 Cuidar com base nas forças

A Enfermagem, enquanto ciência dos cuidados de saúde, centra-se na satisfação das necessidades do ser humano enquanto ser biopsicossocial e espiritual. A sua prática exige não só conhecimentos científicos, mas também capacidades e competências interpessoais, intelectuais e técnicas. Isto significa uma estrutura de conhecimentos, trabalho clínico e comunicação interpessoal. A comunicação é um elemento vital na Enfermagem em todas as áreas de atividade e em todas as suas intervenções, como a prevenção, o tratamento, a reabilitação, a educação, a referenciação e a promoção da saúde (Phaneuf, 2005). O processo de enfermagem, além disso, como método científico de exercício e implementação da Enfermagem, é conseguido através do diálogo, do ambiente interpessoal e com habilidades específicas de comunicação verbal e não-verbal (Sibiya, 2018). Trata-se de um processo bidirecional. O utente/família partilha os seus medos e preocupações ao enfermeiro e ajuda-o a encontrar respostas eficazes e que deem resposta às suas necessidades (Sibiya, 2018).

A comunicação em Enfermagem é um dos aspetos mais importantes da profissão, uma vez que os enfermeiros prestam cuidados aos utentes e família e inserem-se numa equipa de cuidados. Para poderem desempenhar eficazmente as suas funções, têm de “saber ser” e “saber estar” “saber ser” “saber transformar e transformar-se”, para além do “saber fazer”. Por este motivo, o desenvolvimento das competências comunicacionais são a pedra basilar de um cuidado holístico ao utente/família e para o desenvolvimento de um trabalho em parceria com os outros membros da equipa multiprofissional, na medida em que, em Enfermagem de Saúde Familiar, o protagonismo é da família, como unidade de cuidados, e porque esta profissão não é solitária, mas exercida em colaboração.

Para pragmatizar tais desígnios, os enfermeiros devem criar compromissos significativos com a família, o que implica uma verdadeira relação terapêutica. Comunicar eficazmente com esta unidade de cuidados equivale a envolvê-la nos seus próprios cuidados de saúde e empoderá-la. Estes profissionais devem ser peritos na comunicação, nas suas várias formas. A prestação de serviços de cuidados de saúde que respeitem e satisfaçam as necessidades da família, no caso concreto, é essencial para promover resultados positivos e perceções da qualidade dos cuidados, cumprindo, assim, um aspeto significativo do requisito de cuidados centrados na família. Neste âmbito, importa referir o Plano Nacional de Saúde 2030, segundo o qual, que enfatiza a comunicação, tendo em conta a importância de “informar, motivar, envolver, participar e avaliar”, uma vez que a “participação de todos é essencial para alcançar ‘Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s’” (DGS, 2022, p. 87). Uma comunicação eficaz é crucial para a prestação de cuidados seguros e de qualidade no quotidiano profissional dos enfermeiros. Estes devem desenvolver as suas competências de comunicação quer para melhorar a sua relação terapêutica com a família, quer com a dinâmica da equipa que integra (Kamalraj et al., 2021). No processo comunicacional, entre quem cuida e quem é cuidado é importante uma transmissão clara das ideias/informações para que o recetor compreenda o significado preciso da mensagem, demonstrando apoio e empatia (Kamalraj et al., 2021). O Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no Pilar 3. “Comunicação”, formula objetivos estratégicos para: i) Otimizar a comunicação intra e interinstitucional; ii) Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados; iii) Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador. É referido que a comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de

cuidados seguros. Diferentes estudos evidenciam que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares, é essencial na prevenção de eventos adversos.

Por conseguinte, a comunicação em todo o percurso da pessoa cuidada, é crucial “para a qualidade e segurança da prestação de cuidados”, com destaque para “os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde”, onde se inclui a pessoa cuidada e a família cuidadora. O Pilar 3 “Comunicação” tem como finalidade o desenvolvimento e a implementação de estratégias e ferramentas, utilizando os meios digitais na promoção das boas práticas clínicas e de gestão. Um desafio é a consolidação da interoperabilidade dos meios e sistemas digitais, de forma a integrar a informação clínica dos doentes, e que esta esteja acessível aos profissionais de saúde, de forma ágil e atempada.

A comunicação eficaz está no centro da prestação de cuidados, desempenhando um papel fundamental na construção de relações fortes, na promoção da confiança e na prestação de cuidados de elevada qualidade e segurança do doente (Kwame & Petrucka, 2021). A prestação de serviços de saúde que respeitem e satisfaçam as necessidades da pessoa cuidada e sua família é essencial para promover resultados positivos e perceções da qualidade dos cuidados, constituindo, assim, cuidados centrados na pessoa. Na prestação de cuidados centrados na pessoa devem reconhecer-se as experiências, as histórias e os seus conhecimentos, bem como prestar cuidados que se centrem e respeitem os valores, as preferências e as necessidades da família cuidadora, envolvendo-a mais no processo de cuidados, o que implica que os enfermeiros tenham capacidades comunicacionais facilitadoras deste tipo de cuidado (Kwame & Petrucka, 2021).

Por conseguinte, esta é fundamental para garantir resultados de saúde ótimos, refletindo os valores da Enfermagem de Saúde Familiar há muito defendidos de que os cuidados devem ser individualizados e responder às preocupações de saúde, crenças e variáveis contextuais do utente/família. Os Enfermeiros de Saúde Familiar passam muito tempo com a família e desenvolvem uma relação de confiança, uma relação terapêutica, o que se configura como muito importante para esta díade. A Enfermagem de Saúde Familiar surge alicerçada ao pensamento sistémico, centrando-se quer no sistema familiar, quer no individual, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família (Kaakinen & Hanson, 2005).

A unidade familiar, como alvo de cuidados, deve ser considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior, desempenhando funções sociais definidas, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade (Figueiredo, 2022). Ao longo do seu ciclo vital, a família é confrontada com a necessidade de várias reestruturações e auto-organizações face aos acontecimentos normativos e/ou inesperados, decorrentes do processo evolutivo da família, com importância significativa quando se trata de processos de saúde-doença.

É desejável que o exercício de uma prática de Enfermagem diferenciada por qualificada, no caso específico no âmbito da Saúde Familiar, cada um de nós saiba recorrer a referenciais teóricos e operativos para que possamos alcançar a multidimensionalidade familiar, fazendo uso dos múltiplos instrumentos de avaliação familiar, de um trabalho em rede, trabalho colaborativo, para que possamos identificar as necessidades de cada família, necessidades essas sensíveis ao exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Só, deste modo, poderemos elaborar e implementar planos de intervenção individualizados com repercussão favorável na dinâmica familiar, garantindo-se a sua equifinalidade (Ahlberg et al., 2019). O funcionamento familiar saudável associa-se intimamente à adaptação positiva às mutações e ocorre num envolvimento dinâmico entre os seus membros ao longo do tempo (Ahlberg et al., 2019). Por conseguinte, as práticas de saúde com e não para o sistema familiar possibilitam a verdadeira essência da Enfermagem de Saúde Familiar.

À luz destes pressupostos, o foco no cuidado do sistema familiar, como cliente de enfermagem, torna o enfermeiro num promotor de forças, recursos e competências da família nas diferentes fases do seu ciclo de vida (Decreto-Lei n.º 118/2014). O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar coadjuva a formulação de respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e fortalece a participação do enfermeiro nos processos de tomada de decisão como cogestor e coorganizador de recursos que potenciem as capacidades do indivíduo/família/comunidade para a gestão da sua saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Integrar a família como unidade preferencial de intervenção espelha um dos indicadores de maturidade da Enfermagem de Saúde Familiar, como um todo, assim como dos enfermeiros que assumem esta perspetiva (Wright & Leahey, 2018). Tendo-se também como ponto de referência a reciprocidade entre o potencial de saúde da

unidade familiar, nos seus domínios de funcionamento para se poder concretizar as atividades interventivas, deve haver sempre uma articulação com outras equipas de saúde e sistemas de apoio à família; deve ser concretizada a mobilização de recursos necessários para facilitar transições complexas de saúde na família, elementos fulcrais para a referenciação de uma família para avaliação por outros profissionais de saúde, promovendo a qualidade e a continuidade de cuidados, sempre com a permissão da família (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

1.1.6 Referencial Teórico de Suporte à Prática de Enfermagem de Saúde Familiar

No contexto das várias teorias de enfermagem, adotou-se o quadro concetual de Laurie Gottlieb, com uma abordagem holística do cuidar, alicerçada em oito valores essenciais. Trata-se do modelo “Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças” (SBN) é uma filosofia e uma abordagem orientada por valores que pode guiar os Enfermeiros de Saúde Familiar (Gottlieb, 2017). Este modelo de referência, denominado de SBN, centra-se nas potencialidades únicas de cada pessoa: as forças. A filosofia de Gottlieb (2017) orienta-nos para uma filosofia de enfermagem centrada nas forças da pessoa e família, capacitando-a para garantir a sua saúde e o bem-estar, ou seja, baseia-se em princípios de cuidados centrados na pessoa/família, capacitação, cuidados relacionais e saúde e cura inatas. Existem duas fases no processo de implementação do SBN, nomeadamente, a Fase 1: pré-compromisso/pré-adoção e a Fase 2: adoção. Cada fase consiste em etapas distintas com estratégias de acompanhamento. Estas fases ocorrem sequencialmente e em simultâneo. Os fatores facilitadores que permitem o processo de implementação incluem valores que se alinham, disponibilidade para aceitar a SBN, curiosidade, coragem, compromisso por parte dos primeiros a adotar, uma essência crítica e tornar a abordagem SBN relevante e específica do contexto.

Os fundamentos subjacentes no cuidar as famílias cuidadoras de pessoa idosa dependente são as capacidades centradas na pessoa, empoderamento, focadas no relacionamento e inatas, operacionalizadas por oito valores fundamentais. Esses valores norteiam as ações dos enfermeiros e incluem: sistemas a pensar; singularidade; saúde e cura; múltiplas

perspetivas e criação de significado; autodeterminação; qualidade de ajuste; aprendizagem de prontidão de tempo; parcerias colaborativas, como se explana na tabela seguinte (tabela 1).

Tabela 1 - Valores implícitos no Modelo SBN, definições e exemplos de questões de orientação

Valores	Definições	Exemplos de perguntas de orientação
1-Pensamento sistémico	O pensamento sistémico é uma abordagem holística que enquadra o conceito das partes de um sistema, interagindo com o todo de maneira interconectada. Os sistemas existem nos níveis micro, meso e macro.	O que precisa o enfermeiro para considerar ou pensar ao implementar uma intervenção/programa? Como é que a sua Unidade se enquadra na instituição de cuidados de saúde mais alargada? Enquanto Enfermeiro de Família, de que forma é que a Unidade promove a autonomia e a atividade?
2- Singularidade	A singularidade define a pessoa, a equipa, a unidade, a organização e a sua especialidade. O que fazem de melhor; quem são; e o que se esforçam por ser. A singularidade reflete-se nas capacidades, aptidões, competências, talentos e potenciais (ou seja, pontos fortes) que estão presentes ou que podem ser desenvolvidos. A singularidade também pode referir-se a uma questão, situação ou problema.	O que é que esta questão, situação ou problema tem de semelhante ou de diferente? O que é que cada enfermeiro tem de especial? A minha Unidade? O que é que se faz melhor e o que está a funcionar? Como é que desenvolvo os pontos fortes da família cuidadora (por exemplo, capacidades, competências, aptidões) para a ajudar a ser mais autónoma e estar

		mais capacitada para cuidar o seu familiar dependente? Como é que posso ajudar a minha equipa a perceber, reconhecer, mobilizar ou desenvolver os pontos fortes dos seus utentes/famílias para responder às suas necessidades específicas?
3 - Saúde e cura	A saúde tem a ver com a criação da integridade, ao passo que a cura tem a ver com o restabelecimento da integridade. A saúde envolve o desenvolvimento de capacidades, habilidades, competências e aptidões necessárias para se adaptar, lidar, relacionar, regular, mobilizar-se para atingir objetivos, crescer, desenvolver-se e florescer. A cura implica reparação, reabilitação, recuperação e renovação.	Como é que posso desenvolver as capacidades, competências e aptidões de cada membro da família para que possam crescer, desenvolver-se e prosperar? Como é que reconheço e, em seguida, lido com ambientes pouco saudáveis e inseguros que impedem a autonomia? Como é que reconheço o trauma, o esgotamento e a necessidade de criar condições para a cura? Como é que apoio cada família cuidadora quando surgem situações difíceis?
4 - Múltiplas perspetivas/criação de significado	Múltiplas perspetivas. Os indivíduos têm crenças, entendimentos e interpretações diferentes que afetam a sua forma de ser e as suas respostas. A criação de significado refere-se aos processos pelos quais uma pessoa dá sentido a uma experiência, para chegar a uma compreensão.	De que perspetiva precisa o enfermeiro de ter conhecimento para compreender a diversidade de pontos de vista quando lido com um desafio, uma mudança de situação, para poder avançar? Como é que o enfermeiro se adapta e trabalha com diferentes perspetivas?

		Dedico algum tempo a falar com os membros da família sobre as suas crenças, compreensões e necessidades no que diz respeito à autonomia e à prestação de cuidados à pessoa dependente? Que apoio lhes posso dar?
5- Autodeterminação	A autodeterminação tem a ver com o livre arbítrio para assumir o controlo, fazer escolhas e sentir-se em controlo. A autodeterminação requer autonomia e capacidades de ação, tem a ver com a tomada de decisões - os processos envolvidos na elaboração de um plano de intervenção e na execução desse plano.	Como pode o enfermeiro ajudar as famílias cuidadoras a identificar as áreas que podem mudar ou sobre as quais podem ter algum controlo? Como pode o enfermeiro ajudar as famílias cuidadoras a refletir sobre as informações de que necessitam para tomar decisões? Que estruturas deve o enfermeiro criar para incentivar as famílias cuidadoras a serem mais autónomas e a exercer o seu poder de decisão? Como posso encorajar as famílias cuidadoras a ter uma maior capacitação e a compreender em que áreas têm autonomia e podem ser mais ativos?
6 - Qualidade da adequação	A adequação tem a ver com a correspondência entre as exigências do ambiente e as capacidades do indivíduo. Os indivíduos moldam e são moldados ao longo das suas transições sistémicas. Os ambientes incluem os aspetos	Que considerações deve ter o enfermeiro em conta ou pôr em prática para que as famílias cuidadoras estejam no seu melhor? Que tipo de estruturas precisa o enfermeiro de criar para que as

	físicos e sociais (por exemplo, relacional, emocional e cultura). Os indivíduos crescem e prosperam em ambientes onde existe uma boa adequação e sentem dificuldades e angústia face a situações complicadas.	famílias cuidadoras possam prestar cuidados centrados na pessoa dependente e com compaixão? Como pode o enfermeiro garantir que as famílias cuidadoras dispõem dos recursos e ferramentas necessários para satisfazer as necessidades do ambiente onde e para efetuar o seu trabalho? Como é que o enfermeiro cria uma cultura que valoriza o empoderamento e a autonomia das famílias cuidadoras e que potencie a adequação aos objetivos e competências pessoais de cada membro da família?
7 - Aprendizagem, tempo, preparação	A aprendizagem é o processo de aquisição de novos conhecimentos, compreensões, competências, comportamentos, atitudes, valores, crenças, cognições (pensamento). A aprendizagem é uma capacidade inata necessária para o desenvolvimento pessoal e profissional. A aprendizagem pode ocorrer através da educação e da experiência prática. A aprendizagem é maximizada quando o aprendente está preparado e motivado para se envolver e refletir sobre as suas experiências. A prontidão é um	O que é que o enfermeiro precisa de considerar para criar um clima que valorize a aprendizagem das famílias cuidadoras? Como é que o enfermeiro reconhece os sinais de prontidão das famílias cuidadoras? Como é que o enfermeiro programa as intervenções para maximizar o sucesso? Que recursos o enfermeiro precisa de obter para melhorar as oportunidades de aprendizagem das famílias cuidadoras?

	pré-requisito para aprender e considerar um plano de ação. O tempo implica estar em sintonia com fatores pessoais, temporais e contextuais para maximizar a realização de objetivos.	Que estruturas o enfermeiro precisa de criar para encorajar das famílias cuidadoras a alargar e aprofundar os seus conhecimentos e competências? Que competências e conhecimentos é que as famílias cuidadoras precisam de ter para prestarem cuidados ao seu familiar dependente?
8 - Parceria de colaboração	A parceria de colaboração reconhece que as relações são recíprocas - cada pessoa traz algo para a relação ou interação com a qual a outra pode aprender. A colaboração é a arte de trabalhar em conjunto de forma confiante e solidária para atingir um objetivo. A parceria requer uma vontade de partilhar o poder em vez de o exercer para o controlar. A parceria colaborativa consiste em trabalhar em conjunto para atingir objetivos mutuamente acordados, reconhecendo os conhecimentos e a experiência do outro.	Que considerações o enfermeiro deve ter em conta para promover a colaboração entre os membros da família cuidadora? Como posso ajudar a família cuidadora a compreender o poder - porque é que o poder é importante, como é o poder em diferentes situações com diferentes pessoas, como partilhar o poder com os outros e como utilizar o seu próprio poder de forma eficaz? Que papel pode o enfermeiro desempenhar com as famílias cuidadoras e membros da equipa para melhorar e reforçar a colaboração e as parcerias?

Fonte: Adaptado de Gottlieb et al. (2021)

Enquanto filosofia de enfermagem, a SBN alarga os horizontes dos enfermeiros que refletem uma forma de estar e influenciam e moldam a forma como os enfermeiros criam ambientes promotores de saúde e de promoção de saúde para os utentes e famílias; como criam ambientes de aprendizagem saudáveis para a família cuidadora.

Importa referenciar, neste contexto, a Teoria dos Sistemas Familiares de Murray Bowen, “ (...) entende a família como um sistema aberto que se autogoverna mediante normas que definem o padrão de comunicação, mantendo uma interdependência entre os membros e com o meio, no que respeita à troca de informações e usa recursos de retroalimentação para manter o grau de equilíbrio nas transações entre os seus membros” (Silva, 2021, p. 13).

Este referencial epistemológico reconhece o potencial do sistema familiar como promotor da saúde. O funcionamento familiar saudável relaciona-se com a adaptação positiva às mudanças e acontece num envolvimento dinâmico entre os membros. Segundo Figueiredo (2012, p. 49), a Saúde Familiar está

“ (...) associada à capacidade da família em desenvolver as suas funções, apresentando uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros”.

Os seres humanos têm perceções iniciais e atribuem significados às situações de saúde e doença. Estas perceções e significados são influenciados pelas condições em que ocorre uma transição e, por sua vez, influenciam a transição (Meleis, 2000). Cada família tem o seu próprio ambiente e condições que facilitam ou dificultam o progresso em direção à obtenção de saúde. Os significados atribuídos a um acontecimento podem facilitar ou inibir uma transição saudável, ou seja, os fatores pessoais, comunitários, sociais, educacionais, económicos, culturais e religiosos podem facilitar ou prejudicar as transições (Meleis, 2000). Por conseguinte, os enfermeiros têm de ter conhecimento da situação de cada membro da família e da sua interação com os demais e com o meio, para lhes antecipar o que esperar durante a transição e quais as técnicas/estratégias a serem utilizadas na gestão da transição.

O caminho percorrido para adquirir competências em Saúde Familiar é reconhecido como o aprofundamento e utilização da experiência profissional e do conhecimento teórico em diversos ambientes de prática. E, por isso, a definição de cuidados de saúde primários é a

representação basal de serviços de saúde pessoais na comunidade, de modo a garantir cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo/família. Face à transição das famílias que cuidam de uma pessoa dependente, são levantadas várias intervenções que são conduzidas diretamente aos enfermeiros de saúde Familiar. São eles os responsáveis para desenvolver intervenções que se mostrem eficazes e benéficas para a família de forma a reduzir as tensões na relação, a preparação para a gestão de problemas para reduzir conflitos e angústias, pois, sem elas estas famílias ficam vulneráveis à tensão no seu relacionamento.

O Modelo Dinâmico da Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias no âmbito da Saúde Familiar. Os enfermeiros deverão assumir uma responsabilidade sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família, como é o caso de cuidar de um familiar dependente. É um tema que requer intervenções importantes para as necessidades identificadas de cada família, como unidade singular. De acordo com este modelo, para cada etapa são definidas categorias avaliativas das dimensões operativas, diferenciadas relativamente às dimensões do conhecimento e comportamento de adesão, ao longo das etapas do ciclo vital (Figueiredo, 2012).

Importa também, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar e tendo como foco a sua atuação junto de famílias cuidadoras de pessoa idosa dependente, referir-se que as experiências de transição começam antes de um incidente e tem um ponto final que varia com base em inúmeras variáveis. Compreender a natureza das reações e das respostas de famílias cuidadoras de pessoa idosa dependente à mudança, para lhes facilitar a experiência e responder às suas diferentes fases, bem como promover a saúde e o bem-estar antes, durante e no final das transições mudança, remete para a utilização da Teoria das Transições de Meleis, que fornece um quadro que gera questões de investigação e orienta os cuidados efetivos antes, durante e após a transição (Meleis, 2018). A Teoria das Transições evoluiu a partir da prática clínica, apoiada em evidências e fornece uma estrutura para aplicação na prática, investigação e elaboração de plano de intervenção individualizado por parte do Enfermeiro de saúde Familiar de modo a responder às reais necessidades de cada família cuidadora de pessoa idosa dependente (Meleis, 2018). As teorias de enfermagem de médio alcance são ferramentas úteis para ajudar a compreender o âmbito da prática de enfermagem numa série de contextos e situações. Assim sendo,

pode referir-se que o correto diagnóstico das necessidades dos familiares cuidadores de pessoa idosa dependente é essencial para um planeamento eficaz das intervenções de enfermagem de saúde familiar, que se podem traduzir em ganhos em saúde quer para a família, quer para a pessoa cuidada.

O caminho percorrido para se adquirir competências em Enfermagem de Saúde Familiar é reconhecido como o aprofundamento e utilização da experiência profissional e do conhecimento teórico em diversos ambientes de prática. Face à transição das famílias que cuidam de uma pessoa idosa dependente, são levantadas várias intervenções que são conduzidas diretamente aos enfermeiros de saúde familiar. São eles os responsáveis para desenvolver intervenções que se mostrem eficazes e benéficas para a família de forma a reduzir as tensões na relação, a preparação para a gestão de problemas para reduzir conflitos e angústias, pois, sem elas estas famílias ficam vulneráveis à tensão no seu relacionamento. Neste sentido, o Modelo Dinâmico da Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que também deve fazer parte do quotidiano profissional destes profissionais de saúde, pretende dar resposta às suas necessidades face aos cuidados com as famílias no contexto domiciliar. Os enfermeiros deverão assumir uma responsabilidade sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família, como é o caso de cuidar de um familiar idoso dependente. É um tema que requer intervenções importantes para as necessidades identificadas de cada família, como unidade singular. De acordo com este modelo, para cada etapa são definidas categorias avaliativas das dimensões operativas, diferenciadas relativamente às dimensões do conhecimento e comportamento de adesão, ao longo das etapas do ciclo vital (Figueiredo, 2012).

2 CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM SAÚDE FAMILIAR

Neste capítulo procede-se à caracterização do contexto de estágio de natureza profissional em Saúde Familiar, como forma de se poder contextualizar as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e o trabalho de investigação realizado.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Como campo de estágio, para desenvolvimento das minhas aprendizagens, a Unidade de Saúde Familiar (USF) onde decorreu o estágio revelou-se um local de aprendizagem enriquecedor para o desenvolvimento das competências preconizadas para este nível de formação, onde se inclui a prática reflexiva.

Assim, começo por referir que a ULS Alto Minho é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual é aplicado o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas, previsto no Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro, com as especificidades previstas no Decreto-lei nº 183/2008, de 4 de setembro, no seu regulamento interno e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

A sua missão assume um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência.

No desenvolvimento da sua atividade, a ULS Alto Minho e os seus colaboradores guiam-se pelos seguintes valores:

- Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;

- Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.
- De acordo com o seu Regulamento Interno (Artigo n.º 5º), esta unidade norteia-se pelos seguintes objetivos:
- Obtenção de ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação e complementaridade dos vários níveis de cuidados;
- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e do modelo Unidade Local de Saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Do ponto de vista georreferenciado, a USFTA abrange um território com uma superfície de 2.219 Km² e (segundo os “resultados provisórios” dos Censos 2021, recentemente divulgados pelo INE), uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 11,2% dos quais (jovens) com menos de 15 anos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos e 60,7% de população em idade ativa (15 aos 64 anos). Esta sub-região apresenta uma densidade populacional de 104,2 indivíduos por km², representando à volta de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,50% da população da Região Norte. Simultaneamente apresenta um Índice de envelhecimento (idosos por cada 100 jovens) de 252, sendo que o número de indivíduos em idade ativa por idoso se fica pelos 2,2, num universo de 90.8555 famílias (ULSAM, 2024).

Figura 1: Mapa do Distrito de Viana do Castelo



Fonte: ULSAM (2024).

A prestação de CSP à população é garantida pelo ACeS do Alto Minho, constituído por 12 centros de saúde, num total de 37 Unidades funcionais:

- 7 Unidades de Saúde Familiares Modelo B;
- 9 Unidades de Saúde Familiares Modelo A;
- 8 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados;
- 12 Unidades de Cuidados na Comunidade;
- 1 Unidade de Saúde Pública.

O Centro de Saúde de Viana do Castelo é composto por três Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) com Polos nas várias freguesias, quatro USF, três Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma Unidade de Serviços e Apoio Geral (USAG).

A USF, unidade funcional de um Centro de Saúde da região Norte do País, é parte integrante do ACeS do Alto Minho e pertence à Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, tendo iniciado funções em novembro de 2013 como USF modelo B. Presta cuidados de saúde a utentes de todas as freguesias da cidade de Viana do Castelo. Dá ainda resposta a utentes de todos os concelhos da área de influência do ACES Alto Minho. A USFTA é constituída por uma equipa profissional de dezasseis elementos, mais especificamente, seis, médicos, seis enfermeiros, quatro secretários clínicos, para poder alcançar as suas metas e missões junto da população da sua área de abrangência.

Para tal, a BI-CSP disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais dos CSP, qualificando e quantificando o seu desempenho através do Índice de Desempenho Global (IDG) de forma integradora e multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada (SNS, 2023). Em outubro de 2023 a USFTA apresentava um IDG de 45,7% (SNS, 2023), e de acordo com os últimos dados disponibilizados pelo BI-CSP na mesma data, contabilizava um total de 9787 utentes inscritos, distribuídos de acordo com a pirâmide etária da figura 2 (SNS) com 2291 utentes idosos, com mais de 65 anos.

Para uma caracterização mais detalhada da população inscrita na USFTA apresenta-se a Figura 2., disponível na plataforma informática do SNS – BI-CSP, onde está incluída informação específica e mais completa:

Figura 2: Pirâmide etária e caracterização da população inscrita na USFTA



Fonte: Ministério da Saúde - USF Tiago de Almeida (2024)

A área de influência da ULS Alto Minho, onde se inclui a USFTA, tem uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos, segundo os resultados provisórios dos Censos 2021, recentemente divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística. Do ponto de vista demográfico, Viana do Castelo é um dos distritos mais envelhecidos do País, com o índice de envelhecimento de 252%, em 2021 (Portugal, 2022). Uma das atividades definidas é a visita domiciliária ao utente com dependência e cujo estado de saúde comprovadamente não aconselha a sua deslocação à unidade de saúde (USF, 2017).

Analisando a pirâmide etária disponível na plataforma informática do SNS – BI-CSP, verifica-se que a USFTA presta cuidados a uma população envelhecida. O número de crianças com menos de um ano é de apenas 66 e são 24 os idosos com idade superior a 95 anos, dos quais 16 do género feminino e 8 do género masculino. No que respeita à população feminina 2.149 mulheres estão em idade fértil (15-54 anos), % do total da população inscrita na USFTA. Do total de 9787 utentes inscritos, 9786 utentes possuem médico e enfermeiro de família (99,99%), distribuídos por 6 equipas de família e 1 utentes não têm médico/enfermeiro de família (0,01%).

No que diz respeito à população da USFTA, esta apresenta um índice de dependência total de 54,81% (SNS, 2023). O índice de dependência de jovens na USFTA é de 18,57% (SNS, 2021). O índice de dependência de idosos (≥ 65 anos) é 36,24%.

Pela análise dos valores acima descritos, pode verificar-se que, tal como já foi referido, a USFTA presta cuidados de saúde a uma população maioritariamente envelhecida (índice de dependência total elevado), com um aumento da esperança média de vida, o que aumenta consideravelmente as necessidades em cuidados de saúde. De acordo com os dados da plataforma BI-CSP (SNS, 2024), a tabela 2 apresenta a distribuição por grupo etário dos utentes inscritos na USFTA.

Tabela 2 - Distribuição dos utentes inscritos na USFTA por grupos etários, género e unidades ponderadas (UP)

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 Anos	255	249	504	756,00
07 – 64 Anos	3334	3658	6992	6992,00
65 – 74 Anos	566	623	1189	2378,00
≥ 75 Anos	426	676	1102	2755,00
			2291	

3. CAPÍTULO III - ESTUDO EMPÍRICO

Os novos conhecimentos desenvolvem-se pela investigação, que se torna indispensável à evolução de qualquer ciência (Fortin, 2009). A investigação em enfermagem de saúde familiar tem sofrido grandes avanços e desenvolvimentos nos contextos da prática. O desenvolvimento da investigação em enfermagem de saúde familiar constitui-se como o potencial complexo de conhecimento, colocando questões epistemológicas que advêm dos novos paradigmas que emergem da interação com o mundo empírico e que permitem a sua compreensão (Figueiredo, 2012).

3.1 METODOLOGIA

A fase metodológica é fundamental para o delineamento do processo de investigação. Nesta fase, ainda que não se restrinja à mesma, são tomadas decisões determinantes da qualidade científica do trabalho, e que inclui os métodos a utilizar, de forma a obter resposta às questões de investigação colocadas previamente pelo investigador (Fortin, 2009). Neste pressuposto, o presente estudo assumiu uma metodologia qualitativa, de acordo com uma abordagem fenomenológica, uma vez que visa conhecer e descrever as experiências e o significado das percepções das famílias com pessoa idosa dependente e que atribuem ao processo de cuidados de enfermagem de saúde familiar. Com esta investigação pretende-se contribuir para a promoção da saúde na família com pessoa idosa dependente, maximizando o seu empoderamento no processo de transição e na articulação com os recursos de saúde. Centra-se ainda nas alterações na dinâmica familiar, social ou laboral, que, segundo (Apóstolo, 2017), são exemplos a enquadrar numa metodologia qualitativa.

A metodologia qualitativa analisa não só o que os indivíduos dizem e fazem no seu quotidiano de vida, mas também os significados atribuídos, e necessidades, sempre enquadrados no contexto cultural e social emergente. Deste modo, o estudo de natureza qualitativa, na qual se inscreve este estudo, confere carácter subjetivo e possibilita a proximidade do investigador com o objeto de estudo, permitindo assim, aceder à profundidade dos dados, à dispersão, à riqueza interpretativa, à contextualização do ambiente, aos detalhes e à experiência única (Sampieri et al., 2013). Na investigação

qualitativa, o investigador tem como objetivo descrever e interpretar as experiências vividas e percebidas pelo ser humano, bem como retratar qual a opinião dos participantes em estudo.

Neste sentido, o presente capítulo inicia com a justificação da problemática, seguindo-se a questão de investigação, finalidade e objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, a descrição do instrumento de recolha de dados, o procedimento e tratamento e análise de dados, bem como se descrevem as questões éticas.

3.1.1 Justificação da problemática

Atualmente, o papel da família é inquestionável como componente fundamental no contexto dos cuidados de saúde e de enfermagem de saúde familiar, em particular. Tanto a evidência teórica como a prática destacam a importância da família para a saúde, o bem-estar e a influência na doença dos seus membros. É, pois, imperativo que os enfermeiros considerem o cuidado centrado na família como uma parte essencial da sua prática de cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2009). É frequente a família cuidar de uma pessoa idosa que subitamente se tornou dependente, uma situação que afeta profundamente diferentes aspetos da vida dos familiares cuidadores.

O envolvimento da família nos processos de cuidados é uma parte importante da prestação de cuidados centrados no utente e na família e na garantia de resultados ótimos para a pessoa cuidada. Os enfermeiros de saúde familiar desempenham um papel central na defesa e facilitação de práticas de cuidados centrados na família, para uma elevada função e saúde familiar (Østergaard et al., 2020).

Numa perspetiva de Enfermagem de Sistemas Familiares, a família é conceptualizada como a interação, a reciprocidade e as relações entre múltiplos sistemas (por exemplo, doente, família, enfermeiro, sistema de cuidados de saúde). Esta é a unidade de cuidados e o envolvimento dos membros da família, como parceiros de cuidados, é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à pessoa dependente. A família pode estar envolvida em vários papéis de apoio, como acompanhar o ente querido a consultas, fornecer apoio emocional, prestação de cuidados e tomada de decisão (Cranley et al., 2022).

A enfermagem familiar tem a responsabilidade determinante para a garantia de resposta de qualidade às necessidades da família em matéria de cuidados. Neste sentido, o

enfermeiro de saúde familiar, nos diversos contextos da sua prática clínica, ao integrar uma equipa multiprofissional, desenvolve um trabalho em colaboração com as famílias com o objetivo de as capacitar para resolver eficazmente os problemas que podem surgir ao longo do ciclo de vida.

Assim sendo, emergiu uma necessidade na USF Tiago de Almeida e, que após auscultação da equipa multidisciplinar, aliada à experiência profissional vivenciada durante a prática de cuidados, bem como, tendo em conta, a conjuntura política e governamental com escassos recursos e respostas sociais para pessoas idosas, tornou-se evidente para todos os elementos que constituem a equipa multidisciplinar a crescente e consciente necessidade de conhecer as famílias que têm sob a sua responsabilidade, o cuidar de uma ou mais pessoas idosas em situação de dependência procurando-se, assim, otimizar o potencial de competências da ESF junto das famílias.

3.1.2 Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos

Neste contexto, emergiu o presente projeto de investigação, para o qual foi formulada a seguinte questão de investigação, “Quais as forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de enfermagem familiar especializada na perceção das famílias com pessoas idosas dependentes?”.

No âmbito da problemática em estudo, e considerando a questão de investigação apresentada, constitui-se como principal finalidade, contribuir para a promoção da saúde na família com pessoa idosa dependente, promovendo o seu empoderamento no processo de transição e na articulação com os recursos de saúde, delinear o processo de cuidados a desenvolver com o Enfermeiro de Saúde Familiar, numa perspetiva colaborativa. Dito de outro modo, temos como finalidade contribuir para a prática de enfermagem baseada na evidência, produzida a partir do encontro de sentidos entre quem cuida e quem é cuidado.

Visa-se otimizar o processo de cuidados de enfermagem de saúde familiar com famílias com pessoas idosas dependentes. Relativamente aos objetivos específicos foram delineados os seguintes: Analisar a implicação que advém de cuidar a pessoa idosa dependente na estrutura familiar, nas relações interpessoais e nas atividades de lazer e laborais da família cuidadora; conhecer as vivências que resultam do ato de cuidar de um idoso dependente; e identificar forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de

enfermagem familiar especializada na percepção das famílias com pessoas idosas dependentes.

3.1.3 Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo qualitativo de cariz fenomenológico, na medida em que estuda a importância de experiências particulares, tais como elas são vividas pelas pessoas, permitindo um relato em detalhe de uma experiência vivida, do ponto de vista de quem a viveu e, ainda, descreve e compreende uma experiência pessoal (Fortin, 2009)

Num primeiro momento foi analisada a caracterização das pessoas idosas dependentes: género, idade, nível de dependência segundo a Escala de KATZ, a presença ou não de diagnóstico clínico de demência.

Numa segunda parte foi abordado o contexto do cuidar: número de coabitantes (de forma permanente), número de elementos da família que prestam cuidados diretos ao idoso dependente, existem outras pessoas dependentes a cargo da família, relação de parentesco com o idoso e género, idade de cada um dos familiares, habilitações literárias, situação profissional/ocupacional, há quanto tempo presta cuidados ao idoso dependente, horas que cuida por dia, se há alguém na família que assuma mais os cuidados ao idoso, apoio que recebe, o(s) motivo(s) que levaram a família cuidar da pessoa idosa, se a família já cuidou de alguém dependente anteriormente.

Na entrevista semiestruturada, exploramos o contexto/dinâmica familiar face à situação de dependência, identificamos vivências e alterações na família, decorrentes do cuidar, analisamos preocupações e sentimentos associados e decorrentes do processo de cuidar, bem como a visão da família da pessoa de quem cuidam, identificamos as redes de apoio e estratégias utilizadas pela família no processo do cuidar e, ainda, identificamos as necessidades e dificuldades da família e contributos do Enfermeiro Especializado na Família.

3.1.4 População e Amostra

Quanto à amostra, Fortin (1999, p. 202) define-a como “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população. É de qualquer forma uma réplica em miniatura da população alvo”. A amostragem deste tipo de estudo é sempre intencional, havendo uma seleção dos indivíduos que experienciam o fenómeno (Gerrish & Lathlean, 2016). Assim sendo, a amostra consistiu em todas as famílias cuidadoras com pessoas idosas com o diagnóstico “Dependente” identificados Mim@UF, integrados na lista da Equipa de Saúde da USFTA.

A USFTA é parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alto Minho, modelo USF-B. Tem 9787 utentes inscritos, destes utentes 2291 têm mais de 65 anos, e apresenta como índice de idosos dependentes 36,24%.

Considerando que este é um estudo que recorre à metodologia qualitativa, não é definido previamente o número de participantes, sendo este determinado pela saturação da informação.

Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram: família cuidadora de idosos inscritos na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida com diagnóstico “dependente” na plataforma de dados Mim@UF, que após aplicação da Escala de Katz apresentavam dependência moderada, grave ou dependência total no momento da avaliação (Anexo I). Neste seguimento, obteve-se um total de 118 idosos dependentes. Tendo sido aplicado como critérios de exclusão: as famílias com pessoas idosas dependentes institucionalizadas; famílias com pessoas idosas dependentes que recebem apoio de cuidador formal 24h/dia; família não coabitante com o idoso; famílias com pessoas idosas dependentes integradas em famílias de acolhimento; família não coabitante com o idoso. Resultando num total de 79 idosos dependentes com famílias cuidadoras. Entre as 6 equipas da USFTA escolhi aleatoriamente 4 idosos dependentes de cada lista. Contudo, quando abordei a 13ª família apercebi-me de uma saturação de dados, tendo determinado o final da minha amostra.

3.1.5 Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumentos de colheita de dados recorreu-se a um questionário de caracterização e à entrevista semiestruturada.

O questionário é constituído por duas partes, a saber: Parte I – Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa cuidada; e, Parte II – Caracterização do contexto familiar subjacente ao processo de cuidados (Apêndice I).

A entrevista, em alinhamento com os objetivos, teve por base um guião elaborado previamente que combina algumas perguntas estruturadas com alguma exploração não estruturada, ou seja, (Apêndice II) numa lógica de entrevista semiestruturada. Esta técnica é útil quando se sabe alguma coisa sobre um tópico/tema, mas também se pretende assegurar aos entrevistados a oportunidade de levantarem novas questões. (Castro, 2024)

3.1.6 Procedimento de Recolha e Análise de Dados

Na linha de Fortin (2009), realizou-se o pré-teste, neste caso da entrevista. Este consiste num ensaio do instrumento de recolha de dados, antes da sua utilização no estudo de investigação, aplicando-se o(s) instrumento(s) a uma população de pequena dimensão, com características similares às dos participantes da investigação propriamente dita, cuja finalidade é detetar contingenciais lacunas.

Assim, foram realizadas duas entrevistas de pré-teste, a familiares que não integravam os participantes do estudo de investigação, como forma de validar o instrumento de recolha de dados, apurar o tempo médio da duração da entrevista e, simultaneamente conferir maior domínio da técnica por parte da investigadora. Constatou-se que as perguntas do guião da entrevista davam resposta aos objetivos do estudo, não havendo necessidade de quaisquer ajustes. Esta etapa assumiu-se como crucial, na medida em que possibilitou aperfeiçoar a realização das entrevistas que integraram o estudo.

As entrevistas aos familiares da pessoa idosa dependente integradas no presente estudo decorreram durante os finais do mês de dezembro, de 2023 e janeiro, de 2024. Foram realizadas através de marcação prévia pelo enfermeiro da USFTA, para que se criasse condições relacionais promotoras de confiança, legitimidade e pudesse ajustar a sua

realização ao horário mais adequado ao familiar. Procurou-se, assim, evitar constrangimentos acrescidos ao nível das suas atividades de vida diária bem como ao nível do processo de cuidar da pessoa idosa dependente. Decorreram no domicílio, por se considerar que este era um ambiente acolhedor, promotor de privacidade e para que se estabelecesse uma relação de maior proximidade entre a entrevistadora e os entrevistados, tendo facilitado, deste modo, a expressão das vivências por parte dos familiares. Tiveram uma duração variável de 12 a 44 minutos.

A cada entrevista foi atribuída a letra “F”, seguida de numeração correspondente a cada entrevista, de forma a assegurar o anonimato dos participantes.

Ao longo e no final da entrevista, os participantes foram convidados a exprimir de forma espontânea e livre os seus pensamentos, emoções/sentimentos, garantindo-lhes o sigilo. Transmiti ainda, que podiam cessar a sua colaboração em qualquer momento da entrevista, sem qualquer prejuízo ou penalização. No final de cada entrevista, a investigadora procedeu à síntese das ideias principais, de modo a validar a informação com as famílias.

As entrevistas foram tratadas com recurso à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2016), tem duas grandes funções: explorar o conteúdo e descobrir novos elementos promotores da emergência de pressupostos norteadores da investigação. Por conseguinte, a análise de conteúdo “é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de receção), inferência que recorre a indicadores, passíveis ou não de quantificação” (Bardin, 2016, p. 177). Por outras palavras, a análise de conteúdo permite ao investigador analisar o que foi dito pelos entrevistados, no caso de uma investigação, construir e apresentar conceções relativas ao objeto de estudo, ou seja, equivale a explorar o sentido explícito ou oculto das palavras, sendo submetidas a um processo de categorização e subcategorização dos dados (Bardin, 2016).

No âmbito deste estudo e como forma de se dar sentido ao desenvolvimento do percurso metodológico, procedeu-se à análise das entrevistas, tendo como linha orientadora os objetivos delineados, a análise foi antecedida da transcrição e leitura meticulosa das entrevistas. Nos resultados alcançados, os números que se apresentam nas tabelas aludem ao número de participantes que foram identificadas, ou seja, à frequência com que uma ideia surgiu na voz dos entrevistados.

O questionário de caracterização do perfil do participante foi preenchido pela investigadora. Tendo, os dados sido analisados através do *IBM SPSS Statistics* versão 29.0.2.0 (20).

3.1.7 Questões Éticas

Toda a investigação científica realizada com seres humanos deve ter uma justificação clara e relevante, os participantes devem ser livre e adequadamente informados sobre a investigação, incluindo os seus riscos, benefícios e consequências, e o seu acordo sobre a participação deve ser dado sem que sejam coagidos ou convencidos. A confidencialidade deve ser respeitada e os danos ocasionais devem ser reparados (Taquette et al., 2022). Os princípios éticos que orientam uma investigação científica baseiam-se na garantia da liberdade e da dignidade humanas. O objetivo é proteger os participantes e garantir a natureza ética da investigação ao longo de todo o seu desenvolvimento (Taquette et al., 2022).

Foi assegurada a anonimização dos participantes e a confidencialidade dos dados, codificando toda a informação recolhida, sendo que a equipa de investigação consagrou, como obrigação, o dever do sigilo profissional. Por conseguinte, para garantir a anonimização e confidencialidade dos dados recolhidos, não foram registados quaisquer dados de identificação pessoal; foi atribuído um código a cada participante e com codificação de toda a informação, sem qualquer contingência de identificação. No início de cada entrevista, foi pedida autorização para a gravação em suporte áudio, para posterior transcrição. Os dados foram armazenados em computador pessoal com código secreto de alta segurança, sendo destruídos dois meses após a defesa pública do estudo. A voluntariedade e autonomia das participantes foram garantidas através de declaração do consentimento informado a qual foi assinada previamente (Apêndice III). É ainda de referir que o processo inerente ao pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSAM, EPE (Apêndice IV), integra a autorização prévia da coordenadora da Unidade Saúde Familiar (Apêndice V), sendo que ambos foram aceites (Anexo II e Anexo III), respetivamente. Numa lógica de (co)construção de parcerias efetivas, envolveu-se a equipa de enfermagem da Unidade Saúde Familiar Tiago de Almeida ainda em fase de projeto de investigação. Neste espaço apresentamos a nossa proposta de estudo aberta a

sugestões, garantindo-se, assim, a participação/envolvimento na identificação das famílias e na agilização do primeiro contacto com as famílias.

3.2 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se explicar os resultados obtidos, tendo por base a caracterização sociodemográfica e clínica efetuada a partir da análise documental dos processos e das entrevistas efetuadas com treze famílias que cuidam de pessoas idosas dependentes no domicílio.

No presente estudo participaram 13 famílias com pessoas idosas dependentes no domicílio, não emergiu informação relevante na sequência da saturação de dados.

3.2.1 Caracterização das pessoas idosas cuidadas

Para que possa compreender-se um pouco melhor a situação das pessoas idosas cuidadas apresenta-se na Tabela 3 uma breve caracterização, relativamente à idade, género, diagnóstico de demência e do grau de dependência.

Os idosos pertencem maioritariamente ao sexo feminino (76,9) %, sendo somente 23,1% do sexo masculino, com uma idade que varia entre os 69 e os 99 anos, sendo a idade média de $85,38 \pm 7,687$ anos. Relativamente à presença de demência verifica-se que a maioria dos idosos em estudo apresenta demência (76,9%), sendo que 23,1% dos idosos não apresentam demência como diagnóstico clínico.

No que concerne ao grau de dependência para a realização de Atividades Básicas de Vida Diária, verifica-se que a maioria dos idosos (76,9%) apresenta-se totalmente dependente de terceiros, 15,4% apresentam-se em situação de dependência grave e 7,7% apresenta um grau de dependência moderada. Nenhum dos idosos (0%) é independente ou apresenta dependência ligeira (0%)

Tabela 3: Caracterização das pessoas idosas cuidadas em função da idade, sexo e diagnóstico de demência, e em função do grau de dependência.

Variável		Frequência		Valor	Valor	Média	Desvio Padrão
		Absoluta (n)	Relativa (%)	Mínimo (anos)	Máximo (anos)		
Idade do Idoso				69	99	85,38	7,687
Sexo do Idoso	Feminino	10	76,9				
	Masculino	3	23,1				
Diagnóstico de Demência	Sim	10	76,9				
	Não	3	23,1				
Grau de Dependência	Total	10	76,9				
	Grave	2	15,4				
	Moderada	1	7,7				

Relativamente ao número de elementos da família que coabitam de forma permanentemente com os idosos verifica-se que em 38,5% das famílias vivem com o idoso 2 pessoas, em 23,1 % das famílias coabitam com o idoso 1 indivíduos ou 3 indivíduos (23,1%) e em 15,4% das famílias coabitam 4 indivíduos com o idoso. Relativamente aos familiares coabitantes que prestam cuidados diretos e diários ao idoso verifica-se que na maioria das famílias (53,8%) são duas as pessoas que prestam cuidados, em 38,5% 1 indivíduo da família assume a prestação de cuidados aos idosos e em apenas uma família (7,7%) são 3 as pessoas responsáveis pelos cuidados ao idoso.

No que se refere à experiência prévia no cuidar a pessoa idosa, a maioria das famílias (61,5%) refere já ter cuidado de outras pessoas dependentes; 38,5% referem ser esta a primeira experiência em cuidar de um idoso dependente. (Tabela 4)

Tabela 4: Caracterização da coabitação, dos elementos da família cuidadora que prestam cuidados e experiência prévia em cuidar

Variável	Categorias	Frequência	
		Absoluta (n)	Relativa (%)
Coabitação com o idoso dependente	Nº. indivíduos	Nª. famílias	
	1 Indivíduo	3	23,1
	2 Indivíduos	5	38,5
	3 Indivíduos	3	23,1
	4 Indivíduos	2	15,4
		n=13	
Nº de Elementos da família envolvidos na prestação de cuidados	1 Indivíduo	5	38,5
	2 Indivíduos	7	53,8
	3 Indivíduos	1	7,7
	n=22	n=13	
Família com experiência prévia em cuidar de dependentes	Sim	8	61,5
	Não	5	38,5

3.2.2 Caracterização das famílias cuidadoras

Relativamente ao género, verifica-se que a maioria dos elementos da família que coabitam e cuidam do idoso (59,1%) é do sexo feminino com uma idade que varia entre os 14 e os 87 anos, sendo a idade média de 61,36 ($\pm 18,21$) anos, sendo que o maior número de elementos da família (45,5%) que cuidam dos idosos apresenta idades compreendida ente 65 a <85 anos e 45,5% são filhos do idoso dependente, 13,6% são netos ou genros (13,6%), 9,1% são conjugues ou noras (9,1%) e 4,5% (n=1) mãe ou cunhado(a) (4,5%).

Predominam na família cuidadora indivíduos com o ensino secundário (36,4%), seguindo-se os frequentaram o ensino escolar até ao 1º ciclo (22,7%) e os que frequentaram o 3º ciclo do Ensino Básico (18,2%). Observa-se ainda que 9,1% frequentou

o ensino superior e que 4,5% não frequentou o ensino escolar. No que concerne à situação profissional dos elementos da família que prestam cuidados aos idosos dependentes, constata-se que a maioria (50,0%) é reformada, 18,2% se encontram empregados ou desempregados (18,2%). Os restantes, 4,5% encontram-se a estudar ou são domésticas (4,5%), ou desempenham outra atividade profissional (4,5%). (Tabela 5)

Tabela 5: Caracterização das famílias cuidadoras

Variável	Categorias	Frequência					
		Absoluta (n) n=22	Relativa (%)	Valor Mínimo (anos)	Valor Máximo (anos)	Média	Desvio Padrão
Género	Feminino	13	59,1				
	Masculino	9	40,9				
Idade	»14 a < 25 anos	1	4,5	14	87	61,36	18,21
	25 a < 45 anos	1	4,5				
	45 a < 65 anos	8	36,4				
	65 a < 85 anos	10	45,5				
	» 85 Anos	2	9,1				
Relação de parentesco com o idoso	Filho(a)	10	45,6				
	Neto(a)	3	13,6				
	Conjuge	2	9,1				
	Nora	2	9,1				
	Genro	3	13,6				
	Mãe	1	4,5				
	Cunhado(a)	1	4,5				
Habilitações Literárias	Não frequentou o	1	4,5				

	sistema de ensino formal						
	1º Ciclo do EB (4ºano)	5	22,7				
	2º Ciclo do EB (6ºano)	2	9,1				
	3º Ciclo do EB (9ºano)	4	18,2				
	Ensino Secundário (12º ano)	8	36,4				
	Ensino Superior	2	9,1				
Situação Profissional	Empregado	4	18,2				
	Desempregado	4	18,2				
	Doméstico(a)	1	4,5				
	Estudante	1	4,5				
	Reformado	11	50				
	Outro	1	4,5				

No que concerne ao apoio percebido das 6 famílias (46,2%) que mencionam receber apoio, 33,4% recebem ajuda para o autocuidado banho e higiene, 22,2% na alimentação, ou nos posicionamentos (22,2%) ou no vestir/despir (22,2%) – apoio técnico; 25% recebem apoio para a limpeza da casa ou na realização de compras (25%) ou para acompanhamento a consultas (25%) ou marcação de consultas (25%) – apoio instrumental; 38,5% recebem reconhecimento e valorização pelo papel desempenhado enquanto elementos da família cuidadora ou sentem reforço dos laços afetivos (38,5%) e ainda beneficiam de apoio religioso e espiritual (23,0%) – apoio emocional e psicológico, tal como podemos observar na tabela 6.

Tabela 6: Caracterização das famílias cuidadoras face ao apoio recebido

Variável	Categorias	Subcategoria	n	%
Apoios	Sim		6	46,2
	Não		7	53,8
Tipo de apoios	Familiares		1	14,3
	Amigos		1	14,3
	Vizinhos		2	28,6
	Apoio domiciliário		2	28,6
	Empregada Doméstica		1	14,3
Áreas/Atividades Apoiadas	Alimentação	Apoio Técnico	2	22,2%
	Banho e Higiene		3	33,4%
	Posicionamentos		2	22,2%
	Vestir/Despir		2	22,2%
	Limpeza da casa	Apoio Instrumental	1	25%
	Higiene da roupa		0	-
	Medicação		0	-
	Compras		1	25%
	Marcação de consultas		1	25%
	Acompanhamento a consulta		1	25%
	Reconhecimento Papel PC	Apoio Emocional/ Psicológico	10	38,5%
	Reforço de laços afetivos		10	38,5%
	Ajuda Especializada		0	-
	Religioso e espiritual		6	23,0%

Na tabela 7, observa-se que a maioria das famílias não tem outras pessoas dependentes a cargo (92,3%), sendo única (7,7%) a família que tem outra pessoa a seu cargo. Observa-se que, em média, as famílias cuidam dos idosos dependentes há 7,3 anos ($\pm 5,00$), sendo que a maioria (69,2%) cuidam do idoso dependente há menos de 10 anos. Sendo que a maioria das famílias (92,3%) dispõem de 24 horas diárias a cuidar; 7,7% das famílias cuidadoras (n=1) referiu gastar 17 horas na prestação de cuidados.

Relativamente aos motivos apresentados pela família para assumir a prestação de cuidados ao idoso dependente observar-se pela análise da tabela que 31,4% dos familiares referem Solidariedade por laços familiares como o principal motivo para cuidar; evitar a

institucionalização surge como o segundo motivo para os familiares assumirem a prestação de cuidados ao idosos dependente (22,9%), seguindo-se a Obrigação Familiar (11,4%) ou Retribuição (11,4%) ou Recusa de Institucionalização por parte do idoso (11,4%), valores morais e Religiosos (8,6%) e ausência de vaga em instituição (2,9%).

Tabela 7: Dados relativos ao contexto familiar dos cuidados

Variável	Categoria	Absoluta (n)	Relativa (%)	Mínimo	Máximo	Média
Outros dependentes a cargo	Sim	1	7,7			
	Não	12	92,3			
Anos de Prestação de Cuidados	0 a <10 anos	9	69,2	0,9 Anos	16 Anos	7,31 (±5,00)
	» 10 Anos	4	30,8			
Horas gastas Diariamente nos cuidados	24h	12	92,3	17 H		
	<24h	1	7,7			
Motivos para cuidar	Obrigação Familiar	4	11,4			
	Retribuição	4	11,4			
	Solidariedade por laços familiares	11	31,4			
	Problemas Económicos	0	0			
	Evitar a Institucionalização	8	22,9			
	Valores morais e Religiosos	3	8,6			
	Recusa de Instituição por parte do idoso	4	11,4			
	Sem vaga em instituição	1	2,9			
	Falta de outra resposta no concelho	0	0			

3.2.3 O Cuidar nas Vozes das Famílias

Através da análise de conteúdo realizada às entrevistas, emergiram 10 áreas temáticas com respectivas categorias e subcategorias, como se pode verificar na tabela 8. Em Apêndice (Apêndice VI) é apresentado uma matriz de redução de dados com todas as unidades de análise permitindo obter uma visão global da perspectiva dos familiares que cuidam de pessoas idosas dependentes no domicílio.

Tabela 8: Áreas temáticas emergentes

Áreas temáticas
Dinâmica familiar na atualidade
A dinâmica familiar anterior à situação de dependência
Alterações face à situação de dependência
Sentimentos e emoções
Recursos mobilizados
Estratégias de superação
Necessidades sentidas e expressas
Dificuldades percebidas
O cuidado de enfermagem na perspectiva dos cuidadores
Sugestão de melhoria

De seguida, apresenta-se uma perspectiva global dos achados, por área temática, categorias e subcategorias, evidenciando-se apenas um dos exemplos “Unidade de Análise” a título exemplificativos, os restantes encontram-se discriminados no Apêndice VI.

Assim, no que se refere à área temática “*dinâmica familiar na atualidade*”, emergiram 7 categorias: *coesão familiar*, *confinamento ao espaço doméstico*, *perda de emprego*, *retribuição afetiva*, *adaptação ao papel de cuidadora*, *comunicação comprometida e perturbação de atividades de lazer*. A categoria “*adaptação ao papel de cuidadora*” é constituída pelas seguintes subcategorias: *stresse familiar*, *redistribuição de papéis* e *manter a estabilidade emocional*, como se apresenta na tabela 9, com algumas unidades de registo ilustrativas.

Tabela 9: Área temática *Dinâmica familiar na atualidade*, categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Coesão familiar		(...) É uma família normal. Fazemos a nossa vida. Fazemos as nossas refeições todos juntos. Partilham as tarefas. Discutimos os pormenores da casa, o que é preciso para a casa, o que é preciso para a avó, tudo (...) F8
Confinamento ao espaço doméstico		(...) Não se pôde começar a sair aos fins-de-semana, estivemos sempre presos em casa (...) F11
Perda de emprego		(...) Tivemos que nos reorganizar, o principal foi eu, deixei de trabalhar, pronto, para cuidar dela e o meu marido continuou o trabalho. (...) F11
Retribuição afetiva		(...) Eu vou-lhe retribuir o que ela me deu a mim. Pois, no fundo é mesmo isso. Uma retribuição com amor (...) F4.
Adaptação ao papel de cuidadora	Stresse Familiar	(...) Não foi fácil, nada é fácil, mas tentámos nos ajudar uns aos outros. (...) F7
	Redistribuição de papéis	(...) Está um filho que vem a dar o almoço, na hora de dar a medicação, na higiene, colabora outra filha (...) F7
	Manter a estabilidade emocional	(...) Sim. Falamos sobre os problemas com os meus filhos, o meu filho almoça e janta todos os dias connosco, fazemos companhia e a minha filha vem cá jantar todos os dias e falam sempre com a avó. (...) F2
Comunicação comprometida		(...) O nosso diálogo é muito distante, é o necessário, só o necessário, quando precisa fala, quando não precisa não fala, e, portanto, e é assim, (...) F5
Perturbação das atividades de lazer		(...) Eu não vou para os anos de ninguém e não vou deixar a minha mãe sozinha. Não isso, não é? Então, tivemos que nos reorganizar novamente o sistema da família, no fundo. (...) F1

Quanto à área temática “*A dinâmica familiar anterior à situação de dependência*”, representada na tabela 10, a mesma é formada por quatro categorias: *afeto, desempenho profissional, interação social e relações familiares comprometidas*, com esta última a possuir as seguintes subcategorias: *Irmãos e Mãe*, como consta da tabela 11.

Tabela 10: Área temática - *Dinâmica familiar anterior à situação de dependência*, categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Afeto		(...) Não, ela era uma pessoa amorosa. (...) Íamos a qualquer lado, nunca ficou para trás, e sempre foi um prazer andar com ela (...) F3
Desempenho profissional		(...) Quando a minha mãe não estava acamada, a gente podia, tinha outra vida, tinha uma vida mais livre, posso dizer, não é? E eu, por exemplo, ia trabalhar, estava a trabalhar (...) F1
Interação social		(...) Andava com os amigos, saía um bocado, estudava, tinha uma vida mais ou menos (...) F10
Relações familiares comprometidas	Irmãos	(...) Iam para os escuteiros, só davam passeios de moto, gostavam muito das motos. Andavam não muito, tiveram uma educação para os meninos, andavam mais à solta. E as meninas é que trabalhavam. F10
	Mãe	(...) A minha mãe sempre foi uma mãe distante, não é? Pronto. Mas isso não invalida que eu não seja agora um filho presente (...) F5

Na tabela 11 é apresentada a áreas temática: “*Alterações face à situação de dependência*”, a mesma é constituída pelas seguintes categorias: *restrições, desvalorização do corpo, abandono do emprego, perturbações do sono e abandono dos estudos*. Relativamente à categoria das “*restrições*” esta é composta pelas relações socio-afetivas, *espaço doméstico e festividades*.

Tabela 11: Área temática - Alterações face à situação de dependência categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Restrições	Relações socio-afetivas	(...) Estar isolada, (...). Não é? Se calhar pode dizer que também não casei foi esse motivo. Até podia ficar solteira à mesma. (...) F10
	Espaço doméstico	(...) Ficámos tipo o bicho-de-mato. As pessoas são fechadas dentro da casa. F10
	Festividades	(...) Eu não vou para os anos de ninguém e não vou deixar a minha mãe sozinha. Não isso, não é? É. Então, tivemos que nos reorganizar novamente o sistema da família, no fundo (...) F1
Desvalorização do corpo		(...) Porque eu estava a ficar presa, estava a apanhar muito peso, eu estava a me sentir muito mal. (...) F8
Abandono de emprego		(...) Tive que deixar de trabalhar (...) F2
Perturbações do sono		(...) Eu não consigo dormir uma noite sossegada (...) F6.
Abandono dos estudos		(...) Deixei de fazer tudo. Não é? Parar de estudar, não é? F10

Na área temática “Sentimentos e emoções” emergiu uma multiplicidade de categorias: *cansaço, afeto, resignação, dever, tranquilidade, tristeza, desgaste emocional, insegurança, preocupação, medo, frustração e indiferença.* (tabela 12)

Tabela 12: Área Temática - *Sentimentos e emoções*, categorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Unidade de Análise
Cansaço	(...) Sinto cansaço, mas se calhar é... O sentimento supera muitas vezes o cansaço (...) F1
Afeto	(...) Eu acho que nunca dei tantos beijos há minha mãe, como dou agora, senhora enfermeira. (...) F12.
Resignação	É uma situação que tem que se resolver, não há nada a fazer, é esperar que o tempo passe e que a minha mãe se recupere. Encarar (...) F2
Dever	(...) Passou muito para nos criar, e todos nós temos a obrigação de olhar para a nossa mãe, todos temos a obrigação (...) F6
Tranquilidade	(...) Uma sinto tranquilidade é a palavra e eu sinto uma vontade e sinto-me realizada até hoje por tratar a minha mãe e conseguir superar a minha vida própria com o auxílio da minha mãe e não fugir a nada (...) F4
Tristeza	(...) Sinto-me triste por ela. Por ela não falar tanto. Não a conseguir perceber. Não termos diálogo (...) F3
Desgaste emocional	(...) O desgaste psicológico e físico (...) F7
Insegurança	(...) Eu estou sempre muito insegura. Muito. Eu estou sempre muito insegura (...) F6
Preocupação	(...) Eu estou sempre muito preocupada, muito preocupada com a minha mãe. (...) F12
Medo	(...) E eu estou sempre com muito medo da minha mãe. Tenho muito medo da minha mãe (...) F6
Frustração	(...) Sinto pena e frustração por ver a minha mãe como está (...) F8
Indiferença	(...) A pessoa já é indiferente. Indiferença. A pessoa já se acomoda a esta vida... F10

A área temática “*Recursos mobilizados*”, na tabela 13, expressa-se através das seguintes categorias: *família, vizinhos, sociais, equipamento de apoio*. No que concerne à categoria “*Família*”, como Recursos mobilizados, emergiram como subcategorias: *irmãos, filhos, pai e conjugue*, nas “*Sociais*”: *apoio domiciliário, centro de dia e segurança social* e em “*Equipamento de Apoio*”: *fraldas*.

Tabela 13: Área Temática - *Recursos Mobilizados*, categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Família	Irmãos	(...) A minha irmã me queira vir ajudar também não pode, porque ela, ao sábado, também trabalha, porque tem um estabelecimento dela. (...) F1
	Filhos	(...) A minha filha, nos dias que não tivermos aulas, colabora ela (...) F2
	Pai	(...) Mais na parte, lá está, da alimentação, porque depois se eu não estiver e o meu pai ajuda a comer, já não tenho que comer. Não tenho que fazer, é só ajudar a minha mãe a comer (...) F2
	Conjuge	(...) Eu vinha e vestia-a. Ainda comia, dava-lhe a medicação, punha- a comer, porque ela ia comendo alguma coisa pela mão, às vezes brincava mais do que outra coisa. E depois como eu não tinha tempo para terminar, o meu marido acabava de dar-lhe de comer, arrumava a louça (...) F3
Vizinhos		(...) Mas imaginemos que ela por qualquer motivo se vira ou eu tenho que a virar e me dar um jeito e foge e coisa. Não vou esperar que venha a minha filha, tenho aqui a minha vizinha que está sempre (...)F3
Sociais	Apoio Domiciliário	(...) O serviço de apoio domiciliário (...) F6
	Centro de Dia	(...) Já pedimos várias vezes para ir para Centros de Dia e ela está a falar. Ela tem receio de ir (...) F7
	Segurança Social	(...) À Segurança Social e tinha que pedir aquele apoio familiar. Eu expliquei, ela sabia mais ou menos (...) F4
Equipamento de apoio	Fraldas	(...) As fraldas, embora ele desça na mesma, não são? Mas pronto, é uma ajuda querida, não é? Claro que sim, tenho o direito (...) F1

Por conseguinte, na tabela 14, a área temática “*Estratégias de superação*” deu origem à desocultação de cinco categorias: *atitude positiva, assegurar os autocuidados, memórias passadas, observação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e brincar.*

Tabela 14: Áreas temáticas - Estratégias de Superação, categorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Unidade de Análise
Atitude positiva	(...) O lado positivo, sim. Não pode ser tudo negativo, não é? Portanto, também temos que ver o lado positivo. Sim. Não é só o lado negativo, não é? Eu não vejo só as coisas negativas, não é? Eu também. Não posso ver só assim, não. Nós não podemos ter tudo, não é? É isso mesmo. Porque nós, assim, nós já temos uma coisa, temos outra. Não é? Nós não podemos ter tudo. Nós não podemos estar com os nossos pais e ter a nossa liberdade na mesma (...) F6
Assegurar os autocuidados	(...) Cuidar dele, do banho, do almoço, essas coisas (...) F9
Memórias passadas	(...) Desta forma, é uma compensação aqui a minha filha porque o tem o feitio da minha mulher é muito o feitio dela. É um jeitinho muito igual. (...) F10
Observação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem	(...) Olha, a gente vai indo e vai aprendendo e vai... Vendo os outros, a enfermeira. Vendo os outros e no hospital. Quando a gente vai... O hospital deita o olho. E eu, sozinha, fui começando com o meu jeito. (...) F12
Brincar	(...) Olha, a minha filha brinca muito com ela. O meu filho é... Ela gosta mais do meu filho. Mas também gosta da minha filha. Claro, mas o meu Filipe. O meu Filipe. E a Clara brinca muito com ela. E pronto, fazemos tudo o que podemos por ela. (...) F2

Por sua vez, na tabela 15, a área temática “*Necessidades sentidas e expressas*” é formada por cinco categorias, nomeadamente: *retribuição de afeto, informação acerca dos cuidados a prestar, sem necessidades, com necessidades técnicas e financeiras.*

Tabela 15: Áreas temáticas - *Necessidades sentidas e expressas*, categorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Unidade de Análise
Retribuição de Afeto	(...) E agora, quando olho para a minha mãe, o que eu sinto? Sinto que eu tenho que cuidar daquela pessoa o melhor que posso e sinto amor mesmo, amor, paixão mesmo. (...) F6
Informação acerca dos cuidados a prestar	(...) A gente não saber se estamos a fazer bem (...) F7
Sem necessidades	(...) Mas neste momento sinto que não precisamos de apoio. Não, neste momento acho que não (...) neste momento não (...) F2
Técnicas	(...) nós não temos apoio a nada nem à ambulância nem à fralda não temos nada a única coisa que eu consegui ter o apoio foi o distintivo do multiusos que agora a minha mãe (...) F4
Financeiras	(...) O único apoio é que se eu não precisasse de pagar, seria bom (...) F3

Quanto à área temáticas “*dificuldades percebidas*”, emergiram quatro categorias: *acesso a estruturas de apoio financeiro*, *preservar a atividade social*, *apoio familiar* e *cuidar de si*, como figura na tabela 16.

Tabela 16: Áreas temáticas - *Dificuldades Percebidas*, categorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Unidade de Análise
Acesso a estruturas de apoio financeiro	Porque é que a Segurança Social não nos ajuda nessa situação. É isso que eu não concordo. Mas eu vou até à última (...) F4
Preservar a atividade social	(...) Aquilo que eu me levantava. E me arranjava. E tomava o meu pequeno-almoço. E eu ia fazer as minhas coisas. Agora não. Tem uma pessoa que depende de mim. E que eu tenho que estar atento 24 sobre 24 horas. Neste caso. Não é? (...) F2
Apoio familiar	(...) lá querem saber. E a minha irmã também. Sabem que aqui que a minha mãe que está muito bem cuidada (...) F6
Cuidar de si	(...) Foi ontem, tirar estas brancas, que eu tenho muitas brancas, que eu já andava com as brancas enormes. Hoje não dava, por causa da minha mãe. Agora também não dá, porque agora também não dá. De manhã nunca dá (...) F12,

Quanto à área temática, na tabela 17, “*O cuidado de enfermagem na perspectiva dos cuidadores*” emergiram as seguintes categorias: *forças e fraquezas*. Sendo que, na categoria “*forças*” foram destacadas quatro subcategorias: *informação, ensinamentos de procedimentos, dedicação e orientação para outros profissionais de saúde*. No que refere à categoria “*fraquezas*”: *disponibilidade de tempo e cuidar a família/companhia*.

Tabela 17: Área temática - *O cuidado de enfermagem na perspectiva dos cuidadores*, categorias e subcategorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Forças	Informação	(...) Tem-nos elucidado. Sobre os cuidados. A prestar. E está sempre disponível. Para qualquer dúvida (...) F7
	Ensinamentos de procedimentos	(...) Estava assim mais fraquita aconselhou-me aqueles suplementos que há na farmácia que ajudam e ajudaram até na cicatrização das feridas (...) F6
	Dedicação	(...) Muito atenciosa e depois está bem assim... É prestável (...) F6
	Orientação para outros profissionais de saúde	(...) eu estava a engordar e ela arranhou-me logo o nutricionista (...) F3
Fraquezas	Disponibilidade de tempo	(...) Elas falam e estão a fazer o tratamento e vão-se embora. É de fugida. É de fugida? É de fugida porque têm muitos doentes para ver (...) F2
	Cuidar a família/companhia	(...) para poder estar com as pessoas se calhar até era com a família é o caso por exemplo das moças que vêm andar bem estão aqui meia horinha conversam com a mãe isso tudo também é importante é importante a cada vez que conversam conseguimos perceber o que é que pode surgir enquanto que ajudam brincam enquanto que uma enfermeira brinca faz o penso e vai-se embora porque tem aqui 2 ou 3 ou 4 casas para ir para fazer e tem aquilo naquele dia depois não tem que ir fazer consultas no centro de saúde acredito não é sempre tudo a correr (...) F4

A área temática “*Sugestão de melhoria*” é constituída por quatro categorias, sendo estas: *maior número de enfermeiros para o acompanhamento da família, existência de enfermeiro especialista no acompanhamento da família, legislação laboral adaptada à família cuidadora e apoios e respostas sociais e financeiros*, como se apresenta na tabela 18 e respetivas unidades de registo.

Tabela 18: Área temática: *Sugestão de melhoria*, categorias emergentes e unidades de análise

Categoria	Unidade de Análise
Maior número de enfermeiros para o acompanhamento da família	(...) Se calhar, se houvesse mais enfermeiros, acredito que se calhar, ao invés de vir estes dois dias, viria mais um ou outro dia, digo eu (...) F1
Existência de enfermeiro especialista no acompanhamento da família	(...) Era conveniente que houvesse outro corpo de enfermagem ao lado. Que fosse sabendo a dinâmica da nossa família. (...) E que fosse apoiando a família e a própria pessoa que acaba de chegar (...) F8
Legislação Laboral Adaptada à Família cuidadora	É isso que a nível nacional e a nível de... Pronto, dessas... Leis havia de mudar um bocadinho, porque há pessoas que realmente nunca trabalharam e que quase bem aquele bocado já lhes dá, mas quem deixou de trabalhar... Não é? (...) F3
Apoios e respostas sociais e financeiros	(...) Mais. Apoios. Para as famílias. Para os idosos poderem estar. Junto da família (...) F4.

No sentido de facilitar uma melhor interpretação e estruturação, e conforme já mencionado, a descrição e análise dos resultados será organizada por áreas temáticas, com recurso a diagramas interpretativos e com a apresentação de excertos mais representativos.

3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na atualidade, atendendo ao gradual envelhecimento da população, a família com pessoas idosas dependentes assume-se como um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar, nos termos dos referenciais teóricos que a norteiam (IFNA, 2017, Kaakinen, et al. 2018). À medida que a população global envelhece, o envolvimento por parte das famílias cuidadoras terá uma tendência a aumentar, havendo assim uma necessidade de compreender as suas forças e fraquezas (Gottlieb, 2016). Em "O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças", Gottlieb (2016) sublinha a importância de uma mudança paradigmática no cuidado, enfatizando a valorização das forças e capacidades inerentes tanto dos cuidadores quanto dos idosos. Ao invés de concentrar-se nas limitações e fragilidades, essa abordagem propõe um foco na resiliência e nas competências existentes, promovendo assim um ambiente de cuidado positivo e fortalecedor. Tal perspectiva não apenas reconhece, mas também enaltece a dignidade e o potencial de cada indivíduo, contribuindo para uma dinâmica de cuidado mais enriquecedora e holística. Este estudo teve como objetivo conhecer em profundidade as necessidades de apoio e os desafios enfrentados pelos familiares cuidadores que prestam cuidados aos idosos dependentes no domicílio.

Os familiares cuidadores desempenham um papel significativo na manutenção do bem-estar e da independência dos seus entes queridos. No entanto, a prestação de cuidados apresenta frequentemente vários desafios e necessidades de apoio que requerem atenção por parte de investigadores, decisores políticos e profissionais de saúde, no caso concreto por parte do Enfermeiro de Saúde Familiar. A título de exemplo, um estudo qualitativo anterior realizado sobre familiares cuidadores explorou as suas experiências e a sua utilização de serviços de apoio, enfatizando a importância de intervenções culturalmente sensíveis. (Riffin et al., 2017) Como sociedade, sempre dependemos das famílias para dar apoio emocional e ajudar, sobretudo os familiares mais idosos, quando estes perdem a sua independência funcional. Assumir o papel de família cuidadora é exigente e, muitas vezes, requer muitos sacrifícios, muita adaptação, reestruturação da dinâmica familiar, fazendo-se acompanhar por necessidades face aos cuidados a prestar ao seu familiar dependente e face à sua própria saúde (Wolff et al., 2017). A resposta a estas necessidades não satisfeitas está a tornar-se uma das prioridades urgentes de saúde pública. A fim de desenvolver soluções eficazes para responder a tais necessidades, é importante apoiar as

famílias cuidadoras e para que essas possam ter transições mais positivas, Meleis et al. (2000) postulam que os enfermeiros de Saúde Familiar têm de ter sempre em consideração a premissa de que as transições nem sempre são simples, o que implica saber-se se as transições são numerosas, sequenciais ou até simultâneas, o que lhes permite compreender as transições vividas pela família, como um todo, bem como compreender se esses processos de transição estão relacionados. Os mesmos autores apontam que existem vários fatores que aprimoram ou inibem qualquer tipo de transição. Um desses fatores é a preparação e o conhecimento, onde o tempo suficiente para a preparação melhora positivamente a experiência de transição. Da mesma forma, adquirir conhecimento sobre o que ainda está por vir e estar apetrechado com estratégias de enfrentamento serve como um aprimorador positivo da transição (Meleis et al., 2000).

Um dos resultados apurados, no nosso estudo, diz respeito ao contexto/dinâmica familiar face à situação de dependência, tendo-se verificado uma prevalência nos casos em que as famílias cuidadoras já coabitavam com a pessoa cuidada, ou seja, antes da situação de dependência. Na maioria dos casos, as falas dos participantes remetem-nos para a coesão familiar, sendo esta definida como a ligação emocional que os membros da família estabelecem entre si (Olson & Gorall, 2003). Os participantes recorreram a expressões para descrever as suas famílias como: “Muito unida”, havendo “Muita reciprocidade entre todos”, “Espírito de entreajuda” e “Muito amor”. Estas características continuaram e, em alguns casos, até robusteceram a relação familiar antes da dependência, com maior “União”, “Boa comunicação” e “Partilha de papéis”, “Colaboração”, “Amor” e “Aceitação incondicional” em assumir o papel de família cuidadora de um ente que lhes é muito querido. Estes resultados estão em conformidade com os registados no estudo fenomenológico de Hailu et al. (2024), na cidade de Mekelle, na Etiópia, com um total de 22 entrevistas semiestruturadas a famílias cuidadoras. O estudo concluiu que os familiares cuidadores de um ente querido dependente afirmaram que assumir tal função se deveu ao amor incondicional, contando com uma família funcional e caracterizada pela união e entreajuda, o que lhes facilita ainda mais a prestação de cuidado ao familiar dependente. Não obstante, a aceitação por parte dos restantes membros da família, também referiram que houve a necessidade de se adaptarem a esta nova situação, o que implicou a reorganização da dinâmica familiar. Corrobora, assim, os resultados do presente estudo, onde a “Dedicação a tempo inteiro” implicou a “Distribuição de papéis”. Estas falas, evidenciam especificidades próprias desta fase da vida, tal como Duvall e Miller, (1985)

abordam na teoria do desenvolvimento, em que a história processual da família é enfatizada em articulação com o ciclo vital.

As vozes das famílias cuidadoras do presente estudo relataram uma multiplicidade de sentimentos, destacando-se o “Cansaço/desgaste psicológico/físico”, a “Tristeza face à situação de dependência da pessoa cuidada”, mas com um sentimento de “Dever cumprido”. Figueiredo et al. (2021) realizaram um estudo qualitativo para compreenderem os significados subjetivos atribuídos ao cuidado domiciliar por familiares cuidadores de idosos dependentes, tendo como participantes 84 familiares cuidadores de oito localidades brasileiras, que aponta no mesmo sentido. Da análise emergiram as seguintes categorias: movimentos inibidores de emoções e sentimentos; presença de processos de simbiose e dependência emocional na relação idoso-familiar; contentamento em cuidar do idoso dependente; e desistência de projetos de vida atuais e futuros. Os resultados revelam experiências de vida marcadas por processos simbióticos, dependência emocional e stresse psicológico. Figueiredo et al. (2021) referem que a dependência provoca sofrimento e sentimentos de desespero, impotência, frustração, mas também solidariedade e empatia, o que foi também expresso por algumas famílias cuidadoras do presente estudo. O afastamento do mercado de trabalho, a desvalorização social da atividade de familiar cuidador, o isolamento social, as dificuldades com o autocuidado da pessoa dependente e os conflitos familiares, como se verificou o caso de uma família cuidadora, impactam a subjetividade dos familiares cuidadores.

Urge, assim, que o processo de cuidados seja (co)construído, considerando as experiências de vida socioafetivas dos familiares cuidadores de idosos dependentes, a fim de incluir o cuidado de quem cuida. Tal como refere (Sequeira, 2018) é crucial que o apoio e o bem-estar dos cuidadores também sejam priorizados, para que possam continuar a desempenhar o seu papel de forma eficaz e saudável. De acordo com Bastos et al., (2022, p. 92) “As sintaxes das intervenções são frequentemente do tipo “Analisar com a família...” e “Assistir a família...” em que a ação do enfermeiro é promover a reflexão entre os elementos da família, assistir e apoiar as respetivas decisões, podendo complementar a sua ação profissional com a informação necessária para que a decisão da família possa ser livre e esclarecida. A centralidade na família, nas suas opções e nas suas decisões é um ponto comum nos enunciados das intervenções de enfermagem; o enfermeiro é um recurso.”

No nosso estudo, verificou-se que a maioria dos familiares cuidadores não recebe algum tipo de apoio para cuidar do familiar, demonstrando um desconhecimento significativo acerca das redes de apoio disponíveis das quais tanto a família cuidadora quanto o familiar cuidado poderiam usufruir, tendo sido referenciado, em maior número, apenas o “Apoio domiciliar”. No entanto, algumas famílias mencionaram poder contar com ajuda, sobretudo, dos filhos e cônjuge em momentos de necessidade. Neste último caso, as famílias referem possuir uma estrutura familiar mais sólida e funcional. As famílias prestadoras de cuidados à pessoa idosa com dependência desempenham um papel importante no apoio aos seus familiares para que possam viver no domicílio, como refere Teixeira et al. (2020). No seu estudo etnográfico, com recurso a entrevistas semiestruturadas a 10 familiares cuidadores, residentes numa zona rural do norte de Portugal, foram identificados cinco temas abrangentes: (1) prestação de cuidados com vista à independência e à prevenção de complicações; (2) necessidades percebidas e (3) desconhecidas dos familiares cuidadores; (4) desgaste/sobrecarga física e emocional dos familiares cuidadores; e (5) equilíbrio do tempo limitado. Um desequilíbrio em relação a qualquer um destes aspetos pode levar à redução da capacidade e do desempenho do familiar cuidador, com aumento do risco de complicações para o seu familiar. No entanto, na busca do equilíbrio, estes familiares vão-se adaptando ao seu papel ao longo do tempo, sobretudo, quando existe cooperação entre a família, um espírito de entreajuda, de forma a facilitar o cuidado à pessoa idosa com dependência (Teixeira et al., 2020).

Assim, a vivência dos cuidados familiares no papel de prestador de cuidados traduz-se em experiências únicas, que não podem ser mensuradas objetivamente, mas podem ser conhecidas, partilhadas e tomadas centrais numa prática que se quer e diz colaborativa (IFNA, 2017). Por experiência entende-se o facto de existir e viver, reunindo sentimentos e conhecimentos adquiridos pela experiência numa ou várias situações da vida quotidiana. Vivenciar o processo de cuidar de pessoas idosas, especialmente aquelas com limitações para o desenvolvimento das atividades de vida diária, implica estar preparado e disposto a assumir esse compromisso. No entanto, é importante que essa pessoa consiga conciliar o novo papel com as suas próprias exigências e necessidades pessoais, laborais e familiares. É necessário estar atento à manutenção da saúde, à prevenção de doenças, alterações biológicas e emocionais, stresse, ansiedade, depressão e conflitos familiares, que podem surgir em consequência do isolamento social e/ou do abandono da atividade profissional, como ficou expresso em vários depoimentos de familiares de pessoa idosa

dependente. As várias alterações que podem ocorrer na saúde, nas relações sociais e na vida destes familiares estão muitas vezes relacionadas com o desempenho do papel de cuidador e com a experiência de sobrecarga. Tal como é exemplo a "geração sanduíche", esta é composta por indivíduos que se encontram na posição desafiadora de prestar cuidados simultâneos aos seus filhos, em fase juvenil ou adolescente, e a um familiar idoso, frequentemente os próprios pais. (Hooker, 2014). Este termo encapsula a complexa realidade de muitos adultos que, na flor da idade produtiva, se veem obrigados a equilibrar as demandas imperiosas da educação e formação dos seus descendentes com as exigências crescentes de apoio e assistência aos seus ascendentes (Gottlieb, 2016). A mesma enfrenta uma panóplia de pressões e responsabilidades bifacetadas, que podem resultar num fardo emocional e financeiro considerável. Esta dinâmica intergeracional exige uma capacidade de gestão extraordinária, bem como a procura incessante de recursos e apoio que permitam mitigar o impacto desta dualidade de obrigações. (Gottlieb & Bitzas, 2021).

Por fim, refere-se que as vivências dos entrevistados demonstram uma (re)significação das suas experiências na prestação de cuidados ao seu ente querido, uma vez que passaram a compreender que o cuidado é uma fonte de aprendizagem uma dignificação e uma fonte de reconforto e utilizam essa experiência como forma de retribuir o afeto recebido anteriormente. Além disso, deixaram claro que querem estar presentes no processo cuidado. As famílias cuidadoras também expressaram que cuidam do familiar idoso dependente porque querem “semear” sentimentos positivos, criar laços familiares fortes que possam ultrapassar crises e situações adversas no sistema familiar, enquanto coping familiar (Walsh, 2006) (Boss, 2006).

Apesar das diretrizes estabelecidas pela *International Federation of Nursing Association* (IFNA) e pelos Padrões de Qualidade dos Centros de Especialidades e Serviços de Saúde (CESC-AESF), as vozes dos cuidadores sugerem que a prática dos ESF possui um longo percurso a fazer para alinhar com essas recomendações, apesar de já existirem inúmeros aspetos positivos. O enfermeiro de saúde familiar tem um papel preponderante na capacitação da família e de cada um dos seus membros ao adotar uma abordagem colaborativa e centrada na família, trabalhando em parceria com a mesma e reconhecendo os seus recursos, valores e crenças. Esta colaboração facilita a definição conjunta de objetivos e metas de saúde a alcançar e a implementação de estratégias de intervenção contextualizadas e realistas. Os cuidadores destacam que os ESF poderiam dedicar mais

tempo aos idosos e às suas famílias, não por uma falha na gestão do tempo, mas devido à escassez de recursos disponíveis. Embora os ESF ambicionem manter uma comunicação eficaz com as famílias, integrá-las no planejamento e na execução dos cuidados e capacitando e orientando para outros profissionais de saúde, a falta de enfermeiros compromete a qualidade e a continuidade do cuidado que podem proporcionar. Este cenário reflete uma discrepância entre as expectativas definidas pelos padrões internacionais e as condições reais enfrentadas pelos ESF, que são limitadas por uma sobrecarga de trabalho e insuficientes recursos humanos. A limitação de tempo disponível para cada paciente e a necessidade de otimizar os recursos existentes são desafios críticos que afetam a capacidade dos enfermeiros de cumprir plenamente os padrões de qualidade desejados. Portanto, é essencial considerar estas limitações estruturais e procurar soluções que possam equilibrar as exigências dos padrões de qualidade com a realidade operacional dos serviços de saúde.

Por outro lado, as famílias destacam a importância da informação clara e acessível fornecida pelos enfermeiros, o que aumenta a confiança e a colaboração no cuidado à pessoa idosa dependente, tal vai de encontro ao IFNA, pois afirma que a comunicação eficaz é uma força crucial para a relação entre o enfermeiro e a família. O IFNA salienta ainda, em consonância com as vozes das famílias, que a orientação de procedimentos específicos pelos enfermeiros, como posicionamentos, mobilização e alimentação, promove um ambiente de segurança. Esta prática confere às famílias uma sensação de maior capacitação e confiança na realização dos cuidados no próprio domicílio.

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

O presente estudo, do tipo qualitativo e de cariz fenomenológico, teve por base uma entrevista semiestruturada. Para que fosse possível a recolha de dados e informação foram entrevistadas 13 famílias cuidadoras com idosos identificados com o diagnóstico “Dependente” no Mim@UF. Nas mesmas, foram realçados aspetos relacionados com as *dinâmicas familiares anteriores à situação de dependência e a dinâmica familiar na atualidade, sentimentos e emoções, recursos mobilizados, estratégias de superação, necessidades sentidas e expressas, dificuldades percebidas, o cuidado de enfermagem na perspetiva dos cuidadores e sugestão de melhoria*, pelos quais as famílias se deparam.

Os resultados deste estudo indicam que, em muitos casos, as famílias cuidadoras já coabitavam com a pessoa idosa cuidada antes da situação de dependência. A maioria

descreveu a família como "muito unida", com muita reciprocidade, espírito de entreatajuda e amor, características que robusteceram a relação familiar na dependência, com maior união, boa comunicação, partilha de papéis, colaboração e aceitação incondicional. Contudo, as mesmas relataram uma multiplicidade de sentimentos, como cansaço, desgaste psicológico e físico, tristeza pela dependência do ente querido, apesar de coexistir um sentimento de dever cumprido. A maioria dos cuidadores não recebe apoio adequado, desconhecendo as redes de apoio disponíveis. Algumas famílias contam com a ajuda de filhos e cônjuges quando necessário. Apesar dos obstáculos, muitas famílias possuem uma estrutura sólida e funcional, desempenhando um papel importante no apoio aos seus familiares dependentes. As mesmas afirmam que a vivência dos cuidados familiares traduz-se em experiências únicas, subjetivas e significativas, compreendendo-as como fontes de aprendizagem, dignificação e reconforto e, ainda, favorecendo no fortalecimento dos laços familiares.

Os cuidadores, que desempenham um papel crucial na manutenção do bem-estar do idoso, muitas vezes enfrentam um fardo emocional e físico considerável, que pode ser exacerbado pela falta de suporte e reconhecimento adequados. A prestação de cuidados pelos enfermeiros tende a concentrar-se predominantemente nas demandas e no cuidado da pessoa idosa dependente, o que pode levar os cuidadores a sentirem-se negligenciados e desvalorizados.

Mesmo com os importantes resultados identificados, este estudo tem limitações, sendo a mais evidente o facto de a maioria dos entrevistados ser do sexo feminino. Apesar deste ser um aspeto comumente encontrado em pesquisas com cuidadores familiares, pode circunscrever os resultados numa perspetiva de género.

Num estudo futuro, seria de extrema importância avaliar o impacto de uma maior dedicação dos enfermeiros à família cuidadora, em detrimento da ênfase exclusiva nas tarefas técnicas, na saúde mental e física dos cuidadores. Além deste aspeto, seria igualmente pertinente analisar a influência da situação financeira e estrutural, bem como a diferença que estas variáveis acarretam na condição dos idosos dependentes. Através de uma abordagem holística, que considere as múltiplas facetas do contexto de cuidado, poder-se-ia obter um entendimento mais profundo das dinâmicas que afetam tanto os cuidadores quanto os idosos, permitindo a formulação de estratégias mais eficazes e sensíveis às necessidades de ambos, que poderão passar pela mobilização da responsabilidade social, por exemplo, de empresas locais.

3.5 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA DE ESF

A prática colaborativa em Enfermagem de Saúde Familiar é essencial para responder às complexas necessidades das famílias que cuidam de idosos dependentes. Esta abordagem multidisciplinar integra conhecimentos e competências de diversos profissionais de saúde, trabalhando em conjunto para proporcionar cuidados holísticos e centrados na família. Esta permite envolver a família como parte integrante da equipa de cuidados, promove a capacitação dos cuidadores, fornecendo-lhes as ferramentas e o conhecimento necessários para cuidar eficazmente das pessoas idosas dependentes. Isto porque, cuidadores bem informados, orientados e mais experientes são menos ansiosos e mais seguros na prestação de cuidados, o que se reflete numa maior capacidade e disponibilidade para cuidar do familiar e, consequentemente, uma menor frequência de situações adversas resultantes de cuidados inadequados.

A realização deste estudo, ao trazer a voz de famílias cuidadoras, permitiu vivenciar mais de perto esta realidade. Assim, os enfermeiros e a equipa de saúde devem estar atentos a estas vivências e desenvolver um programa de intervenção familiar que as apoie, de modo a melhorar a sua qualidade de vida.

Deste modo, após a análise das entrevistas realizadas, emergiu a necessidade, tanto por parte de nós, enfermeiras em estágio de natureza profissional, quanto da equipa da USFTA, de desenvolver um manual de apoio para as famílias.

Este será mencionado mais pormenorizadamente posteriormente, no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, especificamente no domínio de Melhoria Contínua da Qualidade. A elaboração deste manual visa proporcionar às famílias cuidadoras um recurso essencial para enfrentar os desafios do cuidado a idosos dependentes, promovendo intervenções mais eficazes e uma melhor qualidade de vida para todos os envolvidos. Para além disso permite ainda a capacitação contínua dos profissionais de saúde na utilização do mesmo e na prática colaborativa, assegurando que todos os membros da equipa estejam alinhados com as melhores práticas e abordagens baseadas em evidências.

Urge, contudo, ressaltar a relevância do estudo em termos de partilha, principalmente, com enfermeiros de saúde familiar, trazendo a debate não só as intervenções familiares, mas o processo de cuidados com a família e sua concetualização. Só, assim, se cumprirá o mandato social arrogado para a ESF, indo ao encontro das necessidades reais desta

população, sempre numa perspectiva holística e o mais humana possível, lembrando sempre que é necessário cuidar-se de quem cuida. Desta forma, contribui-se também para a valorização da formação ao longo da vida, realizada em contexto formais e não formais, bem como para prática baseada na evidência (interna e externa).

4. CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS

Refletir sobre as competências profissionais que foram desenvolvidas longo do estágio de natureza profissional numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região norte, entre 2 de outubro de 2023 a 29 de março de 2024, sob a orientação da Professora Doutora Carminda Morais e sob tutoria de uma Enfermeira Especialista e Mestranda em Enfermagem de Saúde Familiar, implica referir que nas mesmas estão plasmadas as competências adquiridas ao longo de 28 anos de serviço em CSP, ininterruptamente. Assim, posso dizer que consegui conjugar as competências adquiridas ao longo do meu percurso profissional e, acima de tudo, consubstanciá-las com novos saberes, partilhados por quem já é perito na área de Saúde Familiar, bem como no contacto com novas realidades.

Por conseguinte, começo por salientar que tive a oportunidade de adquirir competências profissionais, o que se traduziu numa prática diferenciada de cuidados junto da família, no caso mais concreto “Famílias com Pessoas Idosas Dependentes: Um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar Especializada”. Segundo a OE (2021), a atribuição do grau de mestre aos estudantes da sua área de especialidade exige que adquiram diversas competências, nomeadamente na aptidão de conhecimentos, pensamento crítico, reflexão sobre as suas implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação de forma clara e objetiva das suas apreciações, dos conhecimentos e de argumentações.

De acordo com o Regulamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, o estágio de natureza profissional visa, “complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos, através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho” (IPVC, 2019, p. 4). O mesmo foi desenvolvido em conformidade com o protocolado e os objetivos propostos, nomeadamente:

- Concretizar o estágio e o relatório final sobre uma temática pertinente, baseada na evidência científica, ou sobre aspetos teóricos que levem ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de saúde familiar;

- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Prestar cuidados especializados à família enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida e na promoção de respostas adaptativas às transições, aos distintos níveis de prevenção primária;
- Estabelecer relação de efetiva parceria com as famílias, alicerçada substancialmente nos seus pontos fortes em detrimento da centralidade na patologia e na promoção das múltiplas possibilidades face à realidade que se integram e com as quais interagem;
- Documentar o processo de cuidados com recurso à linguagem classificada CIPE;
- Analisar a tomada de decisão clínica, mobilizando os referenciais ético-legais, políticos e epistemológicos da EEESF.

Foi definido pela OE (2021) que a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista e grau de Mestre consistia na realização de estágio e elaboração do respetivo relatório final, a realizar em contexto da prestação de cuidados. Deste modo, é favorecido o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos que melhor permite o seguimento dos objetivos de aprendizagem e a aquisição de competências. O relatório de estágio profissional é, assim, considerado um instrumento fundamental na avaliação dos processos de aprendizagem e na obtenção e desenvolvimento de competências, composto por uma reflexão crítica, de forma precisa e contextualizada de todo o trabalho realizado, analisando de forma criteriosa e fundamentada todos os pormenores e elementos do estágio realizado (OE, 2021).

Para OE, “O estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, materializando o relatório apresentado, a síntese crítica da organização, estruturação e atividades que compuseram o processo formativo em causa, integrando, necessariamente, numa componente de investigação” (OE, 2021, p.2). Assim, pretendo analisar de forma crítico-reflexiva o meu percurso formativo, demonstrando que adquiri um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades para atuar ao longo do ciclo de vida de cada família e na promoção de respostas adaptativas às suas transições e aos diferentes contextos. Na Matriz de Competências (Anexo IV), materializa-se aquelas que foram as linhas orientadoras no

que concerne ao desenvolvimento de todas as competências, incluindo as comuns e as específicas que nortearam toda a sequência de atividades e ações desenvolvidas.

Assim, o relatório da componente prática consiste num relato escrito que visa a apresentação e descrição das atividades desenvolvidas no campo de estágio, que evidencie o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, e que englobe uma reflexão teórica e análise crítica sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem (Benner, 2001).

4.1 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A atribuição do título de enfermeiro especialista exige que os enfermeiros possuam as competências instituídas nos Regulamentos de cada Especialidade em Enfermagem, com partilha de um conjunto de competências comuns, que se aplicam aos diversos contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente: “responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Por conseguinte, o enfermeiro especialista é reconhecido pela sua competência específica, científica, técnica e humanística, em termos de prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, em conformidade com a sua área de especialização. O desenvolvimento da competência, segundo Benner (2005), projeta-se na experiência profissional e na reflexão sobre a mesma e depende do conhecimento prático que é adquirido com o tempo e com a experiência de situações reais. Conceptualmente entende-se como competências comuns, as competências compartilhadas por todos os EE, qualquer que seja a sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de gerir, criar e monitorizar cuidados, através de um fundamento ao exercício profissional especializado no que se refere à investigação, formação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Deste modo, e de acordo com Benner (2005), o EE deve conduzir a sua atuação tendo por base os domínios das competências comuns de EE, nomeadamente no que diz respeito às competências da profissão, ao domínio da ética, à gestão dos cuidados, à melhoria contínua da qualidade e ao desenvolvimento das aprendizagens.

O título de enfermeiro especialista implica um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem nas áreas de especialidade, que possibilitem avançar e melhorar continuamente a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). O conhecimento especializado do enfermeiro especialista inclui diferentes tipos de conhecimento: o “saber como”, que inclui conhecimentos e competências psicomotoras e processuais, bem como competências relacionais e de comunicação. O “saber o quê” pode ser descrito como o reconhecimento de padrões, que permite ao enfermeiro identificar problemas específicos. O “Saber quem” é uma compreensão dos significados atribuídos pelo doente a um problema específico, dos tipos de resultados desejados e das ações aceitáveis. Esta compreensão é obtida através da comunicação e do estabelecimento de uma relação de confiança. O “saber que” indica que o enfermeiro sabe que é necessária uma determinada ação para um caso específico, o que significa que o enfermeiro compreende a situação, as suas competências disponíveis e as preferências do doente (Oberle & Allen, 2001).

4.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional ética e legal

A promoção do desenvolvimento das competências em epígrafe foi grandemente impulsionada pela Unidade Curricular de Ética e Deontologia, na componente teórica do curso, que me permitiu consolidar conhecimentos prévios e, simultaneamente, promover a reflexão sobre questões pertinentes à prática profissional. Esta disciplina proporcionou uma abordagem metódica e atenta a cada cenário, destacando a importância de agir de acordo com as normas deontológicas, valores e princípios éticos que regem a Enfermagem. Além disso, enfatizou o respeito pelos direitos humanos, pela privacidade e pela dignidade de cada pessoa/família, como garantias fundamentais para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem. A priorização desta Unidade Curricular, como competência central, não é fortuita, uma vez que constitui a base fundamental dos cuidados de enfermagem. Sem a sua aplicação guiada pelo respeito dos princípios éticos, a qualidade dos cuidados de enfermagem certamente estará comprometida.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal identificam-se duas competências:

- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na execução das competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal durante o estágio, dei continuidade a um conjunto de comportamentos e valores que sempre nortearam os 28 anos da minha prática profissional, em conformidade com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o Código Deontológico do Enfermeiro. Atualmente, no contexto da prática especializada, dei continuidade a uma prática profissional em conformidade com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, garantindo a observância dos direitos humanos e da dignidade humana. O enfermeiro especialista toma decisões através de um processo reflexivo, tendo como fundamento os princípios éticos e os valores deontológicos que regem a sua profissão. Tais decisões são tomadas em conjunto com o utente e a família, sendo incumbência do enfermeiro especialista defender e fomentar o respeito pelos direitos dos mesmos, incluindo o direito de acesso à informação, confidencialidade, privacidade, valores, crenças e práticas, bem como o direito à escolha de cuidados especializados. Neste sentido, as consultas que tive a oportunidade de realizar foram efetuadas em ambiente privado, utilizando o tempo disponível numa escuta ativa dos utentes e famílias, preocupando-me em assegurar a apropriação de informações relevantes para uma decisão consciente e informada. As relações interpessoais terapêuticas entre o enfermeiro e os utentes/família são a componente principal de todas as interações de cuidados de saúde que facilitam o desenvolvimento de experiências positivas entre a referida díade (Afshar et al., 2020). As relações interpessoais terapêuticas têm a capacidade de transformar e enriquecer as experiências dos utentes/família. Consequentemente, com uma necessidade crescente de se concentrar no cuidado centrado no utente/família, é imperativo que os enfermeiros se envolvam na relação terapêutica efetiva com os mesmos para melhorar os resultados relacionados com a saúde. Assim sendo, recorri sempre à escuta ativa, para poder dar resposta às necessidades dos utentes/família, tendo sido estes o centro da minha atuação, um apanágio que me é característico.

O dever do enfermeiro de respeitar a intimidade da pessoa está expresso no artigo 107º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros que refere: “(...) atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família” (OE, 2015, p. 85).

Adotei ainda medidas para a segurança de dados e dos registos clínicos, utilizando adequadamente todos os sistemas de informação disponíveis nomeadamente o SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP) de Enfermagem e o Evacinas (programa para registo de vacinas) para que a continuidade dos cuidados se mantivesse, assegurando, assim, a qualidade dos cuidados. O SClínico prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação, possibilitando o acesso à informação clínica do utente/ família, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos. Desta forma, permite uma uniformização das práticas e da informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente (Ministério da Saúde, 2024).

4.1.2 Domínio na Melhoria Contínua da Qualidade

Conforme estabelecido pelo Regulamento nº 140/2019, no contexto da melhoria contínua da qualidade, espera-se que o enfermeiro especialista desempenhe um papel ativo na elaboração de estratégias institucionais, promovendo práticas de qualidade e “participando em programas de melhoria contínua”, o que “garante a criação de um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, Artigo 5.º, p. 4745).

Neste sentido, e para garantir a melhoria contínua da qualidade, assumi o lema, que sempre tenho seguido ao longo da minha vida profissional, que é a chave para criar e manter uma relação verdadeiramente terapêutica com o utente/família, uma comunicação eficaz, através da qual demonstrei compreensão face à situação vivenciada por cada utente/família. Possuir boas capacidades comunicacionais constitui-se como uma forma eficiente de prestar apoio emocional a todos os membros da família. É neste contexto que emerge a governação clínica e de saúde, interpretada como a criação de um sistema que

capacita as organizações a fornecer cuidados de saúde de qualidade, sustentáveis e centrados no utente. A implementação de boas práticas no campo da qualidade promove a padronização de procedimentos e garante que os profissionais de saúde estejam sempre atualizados e alinhados com as diretrizes adequadas para as várias técnicas e procedimentos realizados, em benefício do utente e da sua família.

No domínio da Melhoria da Qualidade identificam-se assim três competências:

- Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garantir um ambiente terapêutico e seguro.

As unidades de competência em epígrafe consistem em mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e orientar projetos institucionais na área da qualidade.

Referente à primeira competência, o enfermeiro especialista “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na difusão necessária à sua apropriação, até o nível operacional “ (OE, 2019, p. 4747). Em relação à segunda competência, o mesmo profissional de saúde deve reconhecer “que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, consoante os seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (OE, 2019). Sendo as três unidades de competência: avaliar a qualidade das práticas clínicas; planeia programas de melhoria contínua e lidera programas de melhoria contínua (OE, 2019). Por fim, a terceira competência considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição indispensável para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, na medida em que atuando de forma proactiva está a promover a envolvência adequada ao bem-estar e a gerir o risco (OE, 2019). Neste caso, as unidades de competência: promove o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo e participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais (OE, 2019).

Tendo em conta o suprarreferido, no contexto da Melhoria Contínua da Qualidade, as intervenções realizadas, ao longo do estágio, proporcionaram a implementação de

medidas para promoção da qualidade dos cuidados. Assim sendo, desenvolvi uma prática baseada na evidência, tendo sempre a preocupação de me orientar por normas clínicas e protocolos, o que me permitiu a mobilização de conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade. Neste âmbito, desenvolvi igualmente competências de investigação, através da elaboração de um trabalho de investigação.

Na área da qualidade durante o estágio foi possível colaborar em atividades e programas de melhoria contínua da qualidade. Nomeadamente surgiu uma necessidade manifestada e verbalizada pela equipa da Unidade de Saúde Familiar onde decorreu o estágio, sustentada no indicador contratualizado que demonstra uma baixa afluência, das mulheres em idade fértil e dos homens em qualquer idade, à consulta de planeamento familiar, percebendo a importância de capacitar e envolver as pessoas e família no processo de cuidados participativo e colaborativo. Como tal, emergiu a Ação «Divulgação da consulta de planeamento familiar». A importância da realização da Consulta de Planeamento Familiar, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários e da Enfermagem de Saúde Familiar, deve ser valorizada e divulgada. A realização estruturada da consulta resulta do trabalho em equipa multiprofissional efetivo que será traduzido num maior benefício e satisfação de todos os intervenientes no processo de cuidados, fomentando a melhor prática de cuidados e rentabilizando os recursos existentes de modo a responder, de forma atempada e eficaz, às necessidades específicas das pessoas e famílias com a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente em planeamento familiar, na perspetiva de pensar em e na família!

- De forma a participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar, colaborei na gestão de programas de melhoria contínua implementados na Unidade de Saúde Familiar: Consulta de Planeamento Familiar e Saúde da Mulher; Rastreio do cancro do colo do útero. Neste âmbito, numa lógica de gestão participada por objetivos, desenvolveram-se um conjunto de atividades cujos contributos em termos de competências serão adiante abordadas, e que por sistematização são abaixo referidas, a saber: Elaboração do folheto informativo “Consulta de Planeamento Familiar”, com aprovação do Conselho Técnico da USF (Apêndice VII);
- Elaboração do vídeo informativo “Consulta de Planeamento Familiar”

- Apresentação do vídeo informativo “Consulta de Planeamento Familiar” no ecrã da sala de espera da USF;
- Elaboração do artigo informativo da Consulta de Planeamento Familiar da USF para divulgação no jornal local (Apêndice VIII);
- Incentivo/Promoção do envolvimento da equipa multiprofissional na divulgação da Consulta de Planeamento Familiar
- Elaboração do cartaz «Pensar com e na Família!» a colocar na sala de espera dos utentes. (Apêndice IX);
- Elaboração de nota de imprensa «Pensar com e na Família: Sexualidades e Afetos promover comportamentos saudáveis e acesso à consulta de planeamento familiar» a publicar no jornal local após autorização do gabinete de comunicação da ULSAM. (Regulamento n.º 428/2018; Regulamento n.º 140/2019). (Apêndice X);

Foi-me possível observar, no percurso deste estágio, o enfoque dos enfermeiros na segurança do utente e da família, guiando-se por protocolos e normas que visam harmonizar o cuidar para promover constantemente a qualidade e manter um ambiente terapêutico seguro. Neste sentido, adotei medidas para garantir a segurança dos dados e registos clínicos, utilizando eficazmente os sistemas de informação disponíveis, como o SClínico, o CSP_Perfil Enfermagem e o Evacinas, para assegurar a continuidade dos cuidados e a qualidade dos mesmos.

Além disso, a formação em serviço é capital para a atualização científica e aprimoramento da qualidade dos cuidados. O enfermeiro especialista é um agente crucial na atualização de conhecimentos e na colaboração em programas de melhoria contínua, a procura contínua de evidências para melhores práticas assume-se como uma condição *sine qua non*. Este profissional desempenha um papel vital na formação, ao mobilizar conhecimentos, partilhar experiências e estimular mudanças que estimulam o crescimento e desenvolvimento da equipa.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de contribuir para a promoção da saúde na família com pessoas idosas dependentes, ao elaborar e apresentar, juntamente com a colega de estágio, um manual de apoio para essas famílias e para o idoso dependente. Esta ação teve como intuito sensibilizar a equipa multidisciplinar da USF sobre a

importância do manual e incentivá-los a distribuí-lo às famílias das pessoas idosas dependentes, auxiliando no seu empoderamento durante o processo de transição e na interação com os recursos de saúde. A promoção da saúde é um componente importante da qualidade de vida dos familiares cuidadores de pessoa idosa dependente.

Assim, as atividades desenvolvidas, em parceria com a colega de estágio, tiveram como finalidade intervenções ao nível dos autocuidados que frequentemente se encontram comprometidos nas pessoas idosas dependentes, sendo necessário capacitar a família para maximizar o seu nível de literacia em saúde, fundamental para promover o autocuidado eficaz. Assim, na esteira de Orem (2001), a enfermagem é uma arte através da qual enfermeiro presta assistência especializada a pessoas com qualquer condição de saúde, fazendo mais do que a assistência normal necessária para satisfazer as necessidades de autocuidado, através de estratégias para melhorar os comportamentos de promoção da saúde, contribuindo com conhecimentos valiosos para a prática profissional. Por forma a promover o autocuidado, é imprescindível o reconhecimento das necessidades da pessoa/família através da relação com a mesma (Kitson et al., 2021). O Modelo dos Cuidados Fundamentais de Kitson et al. (2013) foi concebido para concetualizar e articular as necessidades fundamentais e a melhor forma de as satisfazer, possuindo como dimensões chave: i) a relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada; ii) a integração simultânea das necessidades (física, psicossocial e relacional); e iii) o contexto em que os cuidados são prestados.

Figura 3: Modelo dos Cuidados Fundamentais



Fonte: Cuidados Fundamentais Imagem obtida de <https://ilccare.org/the-fundamentals-of-care-framework/>

Através da sua multidimensionalidade, os Cuidados Fundamentais integram o paradigma holístico, no qual a pessoa/família é considerada como um ser com características singulares, particularidades e necessidades específicas de cuidados (Feo et al., 2018), encontrando-se esta no centro dos cuidados, em que se destacam as suas necessidades e à qual deve ser sempre proporcionada a tomada de decisão informada (Kitson et al., 2013). As diferentes funções das intervenções incorporam a vertente da educação, treino, capacitação, persuasão, reestruturação ambiental, coerção, incentivo, modelagem e restrição (Michie et al., 2014).

Através destas experiências, pode constatar que a USF é uma unidade comprometida com a excelência no cuidado, refletida nos indicadores de saúde que demonstram o desempenho da unidade e a qualidade dos cuidados prestados. Através do cumprimento de protocolos, normas e orientações, foi possível promover a harmonização de procedimentos, reduzir erros e garantir cuidados de qualidade, contribuindo para a missão de proporcionar um ambiente seguro e terapêutico para os utentes e suas famílias.

4.1.3 Domínio na Gestão dos Cuidados

Neste domínio, o enfermeiro especialista desenvolve a sua intervenção no sentido de otimizar a resposta e articulação da equipa de Enfermagem com a equipa multidisciplinar, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019). O enfermeiro especialista, neste âmbito, intervém promovendo a tomada de decisão baseada na evidência e no respeito pela deontologia profissional, assim como na formação dos elementos da equipa (Nunes, 2021). O exercício especializado que integra a formação é a base da qualidade e segurança dos cuidados, sendo da competência do enfermeiro a sua promoção e desenvolvimento. A gestão de cuidados em saúde remete para a organização, planeamento e operacionalização de todo o processo de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, assim como a articulação das equipas multiprofissionais.

No domínio da Gestão de Cuidados identificam-se duas competências:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Segundo a primeira competência, o enfermeiro especialista realiza gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. As duas unidades de competência são: otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (OE, 2019). Quanto à segunda competência, na gestão de cuidados o EE adequa os recursos às necessidades dos mesmos, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019). Sendo as unidades de competência: otimiza o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados e adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (OE, 2019).

A unidade curricular de Gestão em Enfermagem de Saúde Familiar, integrada no segundo semestre do primeiro ano deste mestrado, desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento das minhas competências neste domínio. Esta disciplina possibilitou a aplicação de conhecimentos teóricos essenciais à prática de enfermagem, juntamente com a minha experiência profissional sempre que solicitada pelo conselho técnico na unidade em que trabalho. Assim, no âmbito da gestão de cuidados, foi essencial compreender os processos organizacionais da unidade, incluindo o seu Regulamento Interno, Plano de Ação, Manual de Procedimentos, protocolos, entre outros, bem como a dinâmica da equipa e os diferentes papéis desempenhados por cada membro. Ao familiarizar-se com a dinâmica organizacional da unidade, o enfermeiro consegue ter uma visão mais abrangente de todo o processo de gestão de cuidados.

O enfermeiro especialista, durante a interação com as famílias, utiliza um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar. Este processo envolve a recolha de dados sobre cada família para identificar problemas, formular diagnósticos de enfermagem, estabelecer objetivos e planear a intervenção com a família. Na implementação dos planos de ação, o enfermeiro especialista negocia com os membros da família e os recursos de apoio da comunidade para garantir o equilíbrio

dinâmico e o funcionamento eficaz do sistema familiar. Nesta vertente posso concluir que para se ser enfermeiro especialista não é necessário apenas conhecimento no domínio técnico, mas também desenvolver habilidades de gestão e liderança. É fundamental compreender a dinâmica do serviço e as necessidades individuais de cada membro da equipa para garantir um ambiente de trabalho eficaz e seguro. Assim sendo, na gestão dos cuidados, foi importante considerar os recursos disponíveis, quer materiais quer humanos, para otimizar a resposta da equipa de Enfermagem. Foi necessário uma articulação com toda a equipa multiprofissional em situações que exigiam colaboração e acompanhamento especializado fora da minha área de intervenção, encaminhando utentes, por exemplo, para consulta de nutrição, consulta médica ou assistente social. Além disso, respondi a solicitações de colaboração na gestão dos cuidados de saúde a utentes e famílias, desenvolvendo intervenções na área da liderança para gerir e organizar os cuidados de saúde, assim como os recursos internos e externos à família.

As colegas enfermeiras da USF foram uma fonte valiosa de aprendizagem, tendo partilhado com elas os conhecimentos adquiridos no processo formativo sobre a Enfermagem de Saúde Familiar. Pude constatar que a equipa mantém um ambiente de trabalho positivo que favorece a prática profissional. Sempre que possível, acompanhei o trabalho da enfermeira coordenadora para adquirir competências na gestão de recursos, sejam eles humanos, materiais ou de informação. No contexto da gestão de profissionais, o enfermeiro especialista enfrenta diversos desafios, desde a alocação eficiente de recursos humanos até à promoção de um ambiente de trabalho cooperativo e seguro. Uma das áreas chave nesse processo e a gestão de talentos, permite identificar, desenvolver e atribuir desafios/funções aos elementos que mais se destacam na equipa por características próprias, indo ao encontro do referido por El-Guindy et al. (2022).

4.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constituiu o motivo impulsionador para a frequência deste percurso formativo, onde a necessidade de atualização de conhecimentos é constante. Assim, posso referir que todos os momentos foram de aprendizagem, permitindo-me integrar e consolidar conceitos e mobilizar conhecimentos.

Relativamente ao impacto da especialização em Enfermagem, Lopes et al. (2018), referem num estudo que realizaram, solicitado pela OE, que o enfermeiro especialista, para além da sua área de especialização, revela frequentemente vontade em participar em ações de formação contínua, para que o conhecimento alcançado possa ser transferido para a prática, maximizando a qualidade e segurança dos cuidados. Neste âmbito, a formação configura-se numa base essencial na assistência de Enfermagem avançada, o que implica que cada enfermeiro se responsabilize pela atualização do seu conhecimento, sendo igualmente um promotor de aprendizagem e desenvolvimento de capacidades e competências dos seus congéneres.

Quanto ao domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais são apresentadas duas competências:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

No que concerne, à primeira competência, o enfermeiro especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. E em contexto singular, profissional e organizacional, releva a dimensão de “Si” e da relação com o “Outro”. As duas unidades de competência neste domínio são: detêm consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional (OE, 2019).

Enquanto enfermeira e mestranda para o título de enfermeiro especialista reconheço que a nossa prática deve ser baseada numa componente científica, mas sempre correlacionada com uma componente de assertividade e autoconhecimento, pois só assim poderemos evoluir não só como enfermeiros, mas acima de tudo como pessoas.

Quando mobilizamos estas duas componentes, em simultâneo, os resultados serão sempre diferenciadores, assim, a resposta e relação com o utente e família será distinta, pois estaremos a mobilizar dimensões intrínsecas e de “formação pessoal” na nossa intervenção. Por conseguinte, este estágio permitiu-me aperceber e reconhecer alguns dos atributos que possuo enquanto profissional de saúde e pessoa individual e dos quais destaco a minha comunicação, empatia e capacidade de escuta perante o utente e família. Na minha opinião, estas características são essenciais no estabelecimento de uma relação de ajuda, pois sem a escuta e a empatia nunca será realmente possível empoderar e apoiar

estas famílias, nomeadamente no que se refere a respostas adaptativas às diversas transições de vida. Desenvolvi maior consciência dos meus limites e, sempre que estas competências ultrapassavam as minhas possibilidades, reencaminhava para um colega ou para outro profissional pois, para além das características supramencionadas, o trabalho em equipa multidisciplinar será sempre a base de toda a nossa prática clínica.

A segunda competência, o enfermeiro especialista “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” integra três unidades de competência: responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; suporta a prática clínica em evidência científica e promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019).

O recurso às evidências permite-nos desafiar e sermos desafiados pela nossa prática. Permite-nos visitar de forma sistemática e constante a nossa prática e procurar formas novas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando, assim, o acesso à qualidade dos cuidados e bem-estar (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto em que os cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade exigindo respostas por parte dos profissionais e das organizações com maior qualidade e elevada segurança, num quadro de significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde (Gonçalves-Pereira, 2021). Inscreve-se neste domínio a transferibilidade do conhecimento científico para a praxis, mas também o desenvolvimento da investigação sobre a nossa praxis, em articulação com cuidados de enfermagem na generalidade e de ESF, em particular, culturalmente competentes.

O objetivo da investigação em Enfermagem é responder a questões e desenvolver conhecimento utilizando uma metodologia científica - sendo esta quantitativa, qualitativa ou mista (OE, 2012). Os enfermeiros poderão procurar a evidência com vista a: apoiar uma mudança de prática, considerar a melhor opção de uma série de escolhas ou comparar custos de várias formas de tratamento (OE, 2012).

Enquanto enfermeiros e profissionais de saúde temos a incumbência e a responsabilidade por aplicar e, ainda de coadjuvar no processo de elaboração da mesma. Estarão incessantemente a surgir novas necessidades e adversidades que promovem a imprescindibilidade de uma resposta por parte do profissional especialista. Estando o enfermeiro integrado naquele que é o processo da prática clínica este possui todas as ferramentas para detetar as necessidades que decorram e de as comunicar, ou até mesmo de as desenvolver e investigar de forma a promover para um maior conhecimento científico. Como mencionado previamente, o manual desenvolvido para as famílias e seus idosos dependentes, previamente debatido com a equipa de enfermagem, foi elaborado seguindo a melhor evidência científica, de modo que, a comunidade pudesse usufruir desta informação de forma mais clara e acessível.

A prática fundamentada na evidência é uma forma de sustentar a qualidade e a segurança dos cuidados de Enfermagem, na medida em que permite aos enfermeiros direccionar as suas tomadas de decisão com base em referências teóricas válidas, atuais e essenciais para uma assistência diferenciada devidamente fundamentada (OE, 2019b). Assim, permanece o conhecimento e competências desenvolvidas, juntamente com a vontade de dar resposta a situações decorrentes da prática clínica, visando uma melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, suportadas na evidência científica atual disponível, como facilitador do autoconhecimento e da aprendizagem em contexto de trabalho.

A realização deste estágio foi indiscutivelmente um “*locus* de experiências” muito enriquecedor profissional e pessoalmente, traduzindo-se em momentos de aprendizagem e de evolução para o desenvolvimento, quer das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, quer das Competências Específicas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, como a seguir apresento de forma crítica e reflexiva. A aprendizagem adquirida em contexto de ensino clínico consiste, sobretudo, em processos de aprendizagem informal que ocorrem durante situações de trabalho específicas. Neste meu percurso formativo, a aprendizagem informal e a transferência efetiva das aprendizagens tiveram efetivamente um impacto positivo no meu desempenho profissional. Como defendem Kim et al. (2021), é muito importante assegurar que a aprendizagem seja realmente implementada na prática de enfermagem. A transferência de aprendizagem refere-se ao processo pelo qual os estudantes aplicam no seu trabalho os conhecimentos, as competências e as atitudes que adquiriram através da aprendizagem

(Schober, 2020). Quanto maior for a transferência de aprendizagem, mais positivos e criativos serão os resultados nas tarefas desafiantes. A reforçar, Kim et al. (2021), acrescentam que as atividades de aprendizagem informal autodirigida têm lugar em diversas relações e contextos que ocorrem na prática e desempenham um papel importante na transferência da aprendizagem.

4.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar desempenha um papel fundamental nos cuidados e serviços de saúde prestados tanto à pessoa individual como à família como um todo, como unidade de cuidados, estabelecendo uma relação de confiança, segurança e proximidade (Andrade, 2021). Cada vez mais, a família atua como um membro essencial na prestação de serviços, desempenhando um papel fundamental como fonte de apoio e suporte (Andrade, 2021). Efetivamente, “os cuidados de saúde primários têm registado na evolução dos tempos hodiernos assumindo uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, assim como, e com significativa relevância, na sua prevenção” (Regulamento n.º 428/2018, Preâmbulo, p. 19354), materializado também “no papel atribuído ao Enfermeiro de Família, o qual deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários” (ibidem).

Em conformidade com a OE (2015), Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, “O enfermeiro de família assume-se como o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária”, sendo “o profissional de referência” que garante “o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital”. Este profissional de saúde tem como missão, no acompanhamento das famílias: Disto o que é que e como conseguiu

“A prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; A prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção (...) focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros

individualmente; A identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar; O reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde; Ser parceiro na gestão na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia; Ser elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde; Ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família” (OE, 2015, p. 17385).

Neste pressuposto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar configura-se como o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo de vida, mais especificamente: “a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, Regulamento n.º 428/2018, Artigo 3.º, p. 19355). Este profissional de saúde deve identificar a complexidade do sistema familiar, tendo sempre em consideração os seus atributos na globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe outorga uma organização estrutural específica (OE, 2018).

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

No descritivo de competência recomenda que o enfermeiro especialista ao considerar “a família como unidade de cuidados” está a promover “a sua capacitação, focando-se na família como um todo, e nos seus membros, individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (OE, 2018, p. 19357). Por conseguinte, podem identificar-se oito unidades de competência:

“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 da enfermagem de saúde familiar; Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (OE, 2018, pp. 19357-19358).

De forma a poder concretizar esta primeira área de competência, tive a oportunidade de mobilizar um conjunto de saberes, saber-saber, saber-fazer e saber-ser, o que me permitiu capacitar a família, mediante as necessidades especificidades do seu desenvolvimento. Os enfermeiros orientam a sua prática através da lente das teorias de enfermagem, tendo sido este o caminho que também segui, orientando-me pelo modelo SB, que é uma filosofia e uma abordagem orientada por valores que ajuda os Enfermeiros de Saúde Familiar (Gottlieb, 2017). Os cuidados centrados na família, ao longo do seu ciclo vital, envolvem o conhecimento de cada membro da família como pessoa integral, para ajudar a avaliar as suas próprias necessidades e a planear os seus próprios cuidados. O Enfermeiro de Família presta cuidados a todas as famílias pelas quais são responsáveis, “considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stresse familiares que implicam transições de saúde e doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 10).

Nesta perspetiva, estabeleci uma relação terapêutica com as famílias com as quais trabalhei, o que envolveu sempre a orientação, identificação, exploração e resolução dos seus problemas/necessidades, o que foi decisivo para a capacitação das mesmas no alcance dos seus objetivos de saúde. Esta maneira de agir possibilitou-me o desenvolvimento da unidade de competência “estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas”. Respeitei sempre as crenças familiares de forma a poder perceber melhor o seu impacto na saúde e na tomada de decisão. Avaliei a capacidade da família para se manter unida, conseguindo, dentro do possível, agilizar os processos de mudança e auxiliar a resposta familiar às transições de vida. Tais atividades facilitaram o desenvolvimento da unidade de competência “colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”.

Tive sempre em consideração o efeito das etapas de desenvolvimento individual e familiar, as suas crenças, fatores ambientais e recursos na resposta familiar, o que me permitiu, simultaneamente, compreender reciprocidade que existe entre os membros que constituíam cada família, a sua perspetiva sobre a saúde e a interação com o meio ambiente, num contexto desenvolvimental ecossistémico, levando-se à aquisição da

unidade de competência “monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”.

Nesta perspetiva, o Enfermeiro de Saúde Familiar ajuda nos processos de estruturação familiar, assumindo como um recurso, ou seja, identifica os seus pontos fortes e fracos. Nesta perspetiva, realizei um panfleto informativo “Consulta de Planeamento Familiar”, e Elaboração do cartaz «Pensar com e na Família!».

Assumi-se como de grande importância a divulgação da importância da Consulta de Planeamento Familiar, uma vez que as atividades do planeamento familiar são parte integrante dos cuidados à família, de forma a poder-se responder às necessidades dos utentes que lhe estão adstritas (DGS, 2008). O Planeamento Familiar não se esgota na fase da orientação da gravidez e controlo da reprodução e enfrenta hoje novos desafios às famílias e às identidades plurais de género. Objetiva, igualmente, de acordo com a DGS (2008, p. 6):

“Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência das ITS e as suas consequências, designadamente, a infertilidade; melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família”

Esta consulta é percebida como uma filosofia de vida que compreende o controle da natalidade e outros aspetos afetivos e sociais da sexualidade. É uma forma de pensar e viver, aceite voluntariamente pelos indivíduos e pelos casais, com conhecimento e responsabilidade (Schwartz, 2013)). A DGS (2001) reconhece que os serviços oficiais de Consulta Planeamento Familiar constituem um investimento eficaz para assegurar a saúde e o bem-estar das pessoas em idade fértil, sendo um componente essencial dos serviços de Saúde Reprodutiva com qualidade.

A elaboração do cartaz «Pensar com e na Família!» foi uma forma de mobilizar conhecimentos de enfermagem e aplicá-los na prática, demonstrando que o Enfermeiro de Família assume a família como unidade de cuidados, que se preocupa com o seu bem-estar holístico, que respeita às suas singularidades, como um todo. É imperativo que reconheçamos as necessidades familiares e apoiemos as famílias usando intervenções de enfermagem familiar congruentes, em qualquer contexto da prática de cuidados.

Perfilho a premissa que a avaliação e a intervenção familiar constituem-se como um processo demorado e que necessita sempre de ser reavaliado e discutido com a família sistematicamente ao longo do tempo, de forma a avaliar o seu progresso e obter-se *feedback*, bem como para que possam efetivamente compreender os novos desafios que possam vir a enfrentar. Por outras palavras, na prática profissional, o enfermeiro de saúde familiar não se pode restringir à análise da situação de cada família, mas confirmar o seu progresso. Este é um exercício que me levou também a refletir na minha prática, descobrir as minhas fraquezas e transformá-las em forças, investir constantemente no meu desenvolvimento profissional. As experiências vivenciadas, ao longo deste meu processo formativo, foram deveras importantes. Todavia, fica a certeza que ainda terei um longo caminho a percorrer, pois só o tempo e o acumular de experiências e aprofundar de conhecimentos se consegue manter o patamar de perito.

De igual modo, outro espaço de cuidar a família foi na visita domiciliária, que se assume como uma estratégia de proximidade da equipa multidisciplinar com a família e com a comunidade, proporcionando aos enfermeiros o conhecimento acerca do seu contexto de atuação, para a sua inserção numa determinada comunidade. A visita domiciliária possibilita o estabelecimento de uma horizontalidade relacional e o estabelecimento de vínculos significativos, permitindo o desenvolvimento de uma prática de enfermagem globalizante (Barbiani et al., 2016). A prestação de cuidados de saúde no domicílio supõe agir e apoiar o utente e a família/cuidador informal, nos seis níveis de prevenção: Educação para a saúde; Tratamento; Reabilitação; Reintegração familiar e social, investindo no ensino ao(s) cuidador(es) e ao utente (autocuidado) e prevenção de danos secundários a atos clínicos, efetuando os cuidados numa perspetiva holística e enquadrando as necessidades e as respostas numa perspetiva de intervenção multidisciplinar.

Posso, assim, afirmar que, no decorrer de todo o estágio, abordei a família com disponibilidade e empatia, para responder às suas necessidades, e estimulei-a para a conquista dos seus objetivos, sem quaisquer juízos de valor, mas no respeito pelo seu ponto de vista. Para tal, estabeleci diálogo familiar para definir os futuros objetivos de saúde, primando pelo reforço dos seus pontos fortes no âmbito da saúde, resultando na conceção de um plano de ação com e para a família, tendo como finalidade a promoção, a garantia e o reforço da sua saúde. Os fundamentos subjacentes no cuidar as famílias são as capacidades centradas na pessoa, empoderamento, focadas no relacionamento e inatas,

operacionalizadas por oito valores fundamentais. Esses valores norteiam as ações dos enfermeiros e incluem: sistemas a pensar; singularidade; saúde e cura; múltiplas perspectivas e criação de significado; autodeterminação; qualidade de ajuste; aprendizagem de prontidão de tempo; parcerias colaborativas (Gottlieb et al., 2021).

4.2.2 Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção no Âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

A segunda área de competência, “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, na linha do seu descritivo capacitei a família com pessoa idosa dependente para melhor cuidar de si e da pessoa idosa dependente, o que resultou na elaboração de um manual dirigido à família com idoso dependente (Apêndice XI), que contou com a colaboração da equipa multidisciplinar na co-construção do mesmo e na sensibilização da equipa para o uso e distribuição do manual pelas famílias de pessoa idosa dependente. Estas estratégias ajudaram as famílias com pessoas idosas dependentes a adaptarem-se ao seu papel, empoderando-as para diminuir as consequências negativas da prestação de cuidados. As famílias, muitas vezes, têm a necessidade de uma reinterpretação de todo o processo de assumir o papel de cuidadoras da pessoa dependente (Viegas & Rodrigues, 2022). O conhecimento e a compreensão profunda e holística das experiências destas famílias permitiram-me compreender e identificar os elementos e dimensões envolvidos no processo de cuidar um idoso dependente. Deste modo, considero que o Enfermeiro de Saúde Familiar, pela posição de proximidade junto das famílias, está melhor informado e pode oferecer intervenções mais adaptadas à situação enfrentada por cada uma destas unidades de cuidados, assegurando o seu bem-estar e, por conseguinte, também serem elas recetoras de cuidados (Moral-Fernández et al., 2018).

A saúde familiar consiste num estado subjetivo, especificado por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família. Traduz-se na capacidade do sistema familiar em desenvolver estratégias que garantam a funcionalidade, preservando a organização e concebendo mudanças estruturais para responder às necessidades dos seus membros. Compreende a saúde de cada membro e os aspetos do funcionamento familiar, de tal forma que a saúde de cada membro afeta o

funcionamento familiar que, por sua vez, condiciona a saúde de cada um dos membros (Figueiredo, 2012).

Os enfermeiros de saúde familiar estão na linha da frente dos cuidados às famílias cuidadoras de idosos dependentes, centrando-se na formação para o autocuidado (Melo, 2018; Shajani & Snell, 2019), tendo sido este um dos motivos pelos quais se elaborou o suprarreferido manual. Os comportamentos de autocuidado são um conceito-chave na promoção da saúde que se refere ao conjunto de decisões e atividades que uma pessoa utiliza para se adaptar a problemas relacionados à sua saúde ou melhorar a sua saúde (D'Souza et al., 2017). O autocuidado, além de ganhar a independência da pessoa e a poupança económica, também reduz os efeitos da doença e da incapacidade, o que, em última análise, levará a uma melhoria da saúde na comunidade (Schulz, 2016). Mas para que as famílias cuidadoras de pessoa idosa dependente tenham maior eficácia na gestão do autocuidado, estas têm de deter um nível elevado de literacia em saúde, sendo este um dos fatores de acesso a informações relacionadas com a saúde e, por conseguinte, de melhor gestão do autocuidado (Papastavrou et al., 2021). A literacia em saúde é um determinante fundamental da saúde da comunidade e um importante preditor de comportamentos de saúde, resultados e atividades de autocuidado (Institute of Medicine, 2004).

Portugal é um dos países pioneiros no desenvolvimento de iniciativas e de ações no âmbito da promoção da literacia em saúde, constituindo-se atualmente como um exemplo internacional nesta área (DGS, 2023). O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030, a partir de agora designado por PNLSCC, surgiu no seguimento da elaboração de um novo Plano Nacional de Saúde (PNS) e do término do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 [(PALS 2019-2021) (DGS, 2023)]. O PNLSCC divide-se em duas dimensões:

Plano Estratégico: retrato dos níveis de Literacia em Saúde da população portuguesa, enquadrados nas atividades desenvolvidas pelo PALS 2019- -2021, e definição dos objetivos e estratégias a implementar até 2030, mantendo o horizonte temporal definido para o PNS; Plano de Ação: identificação dos problemas prioritizados, objetivos operacionais e propostas de intervenção de acordo com o nível geográfico de implementação (nacional, regional e local), bem como dos indicadores para monitorização e avaliação (DGS, 2023, p. 3).

A literacia em saúde, consiste, assim, num “instrumento de promoção de saúde”, definido pela OMS, “como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2023, p. 4) (Figura 2).

Figura 4: Competências de Literacia em Saúde.



Fonte: DGS (2023, p. 4).

As quatro competências suprarreferidas, quando associadas “à motivação, conhecimento e contextos facilitadores, são fundamentais para formar juízos e tomar decisões conscientes e informadas sobre cuidados de saúde” (DGS, 2023, p. 4). Desde modo, PNLSCC tem como finalidade ativar “comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença e, conseqüentemente, a otimização da qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social da população ao longo dos diferentes estádios do ciclo de vida e contextos” (DGS, 2023, p. 4).

A literacia em saúde é um ponto central da iniciativa *Healthy People 2030*. Um dos objetivos globais da iniciativa demonstra este enfoque: “Eliminar as disparidades na saúde, alcançar a equidade na saúde e atingir a literacia em saúde para melhorar a saúde e o bem-estar de todos” (U.S. Department of Health and Human Services. (2020). As versões anteriores do *Healthy People* definiam a literacia em saúde como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde adequadas. Mas o Comité Consultivo do Secretário propôs uma nova definição: “A literacia em saúde ocorre quando uma sociedade fornece informações e serviços de saúde precisos que as pessoas podem facilmente encontrar, compreender e utilizar para informar as suas

decisões e ações” (Department of health and human services, 2019). Numa nota informativa sobre a literacia em saúde, o mesmo organismo referiu que, à medida que a investigação e a prática da literacia em saúde se foram acumulando, compreende-se agora melhor que a responsabilidade pela literacia em saúde se estende para além dos indivíduos, incluindo as organizações e os profissionais que criam e fornecem informações e serviços de saúde.

O enfermeiro de saúde familiar, como elemento de uma equipa multidisciplinar, é responsável pela implementação de intervenções concertadas que promovam conhecimentos que capacitem a família cuidadora de pessoa dependente para o autocuidado e autogestão da sua saúde, bem como a mudança comportamental, visando a maximização da sua qualidade de vida no contexto em que se insere, fazendo com que esta consiga alcançar um nível mais elevado de literacia em saúde. Para tal, o enfermeiro de saúde familiar deve estabelecer uma relação de confiança com a família cuidadora, resultando na promoção de competências essenciais para o desempenho deste papel complexo. Para tal, considero ser indispensável conjugar modelos ajustados às necessidades da família cuidadora na sua multidimensionalidade e nas suas transições ecológicas, no aqui e agora. Deste modo, a formação especializada contribui para o desenvolvimento de competências de elevado nível de produção e transferência de conhecimento em Enfermagem.

4.3 OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O ENVOLVIMENTO ATIVO E INTENCIONAL NA PRÁTICA ESPECIALIZADA E DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Para além de todas as atividades já referidas, tive a oportunidade de realizar outras que resultaram do meu envolvimento ativo e intencional ao nível da prática especializada, traduzindo-se no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste pressuposto, participei nas seguintes atividades:

- Conferência «Prevenção do suicídio no ensino superior» (online), com o Professor Doutor José Carlos Pereira dos santos na ESEnFC, no dia 25 de outubro de 2023;
- Na Celebração do 10º Aniversário da USF Tiago de Almeida, no dia 24 de novembro de 2023, um encontro subordinado ao tema “A Saúde que queremos!”;

-Na Conferência «Violência na Família no Brasil» com a Professora Doutora Nadirlene Gomes da UFBA (Bahia-Brasil), no dia 30 de novembro de 2023;

- Na Conferência «Saúde Familiar no Brasil» com a Professora Doutora Fernanda Lanza da UFMG (Universidade Federal de S. João del-Rei,Brasil), no dia 5 de dezembro de 2023.

De igual modo, participei em dois seminários em Bragança, subordinados aos temas:

- «Saúde Familiar: Enfermagem baseada na Evidência e a Competência Emocional»

- «Processos Migratórios e Saúde Familiar», a realizar no dia 22 de março de 2024.

- O seminário “Pessoas e famílias com diabetes tipo 2” onde se integra validação da escala *Family and Friend Involvement in Adults' Diabetes (FIAD)*, a realizar no dia 21 de Junho de 2024.

- Partilha de experiências realizada nos dias 31 de Maio de 2024 e 21 de Junho de 2024: As colegas do mestrado apresentaram os seus trabalhos/estudos realizados no Estágio de Natureza Profissional, na partilha de experiências realizada nos dias 31.05 e 21.06:

31.05.2024

- **Carla Alexandra Rodrigues Santos:** "Percurso de saúde com equipa de saúde familiar: vozes de pessoas Trans, famílias e profissionais - Partilha de experiência do Estágio de Natureza Profissional"

21.06.2024

- **Maria Luísa de Carvalho Pereira Pimenta:** "Capacitação para a autogestão da doença crónica, das pessoas com Diabetes tipo 2, em cuidados de saúde primários: implementação de melhores práticas"
- **Iva Margarida Azevedo Costa:** "Literacia em saúde sexual e reprodutiva - resultados preliminares"
- "Famílias com pessoas idosas dependentes: um desafio à enfermagem de saúde familiar especializada", e partilha de experiência do Estágio de Natureza Profissional”, foi para mim muito gratificante partilhar com os colegas do 1º ano do II Mestrado de enfermagem Comunitária na Área de enfermagem de Saúde Familiar, assim como com os colegas do meu ano de mestrado.

- Projeto em estudo: Capacitação para a Autogestão da Doença, das Pessoas com Diabetes tipo 2, em Cuidados de Saúde Primários: Implementação de Melhores Práticas. Este projeto de intervenção a ser desenvolvido pela Mestranda enfermeira Luísa Pimenta em colaboração com os enfermeiros da UCSP e da USF do Centro de Saúde de Darque, assente no modelo Evidence Implementation da JBI, visa desenvolver um projeto piloto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da promoção da autogestão de pessoas com doença crónica, particularmente de pessoas com diabetes tipo 2. Para o efeito, parte-se da análise das práticas clínicas comparativamente com melhor evidência científica produzida e identificam-se os desvios e as conformidades, para posteriormente, com a equipa (co) construir, implementar e avaliar o plano de melhoria. Este tem como objetivo, Promover a Prática Baseada na Evidência (PBE), relacionada com a promoção da autogestão da diabetes tipo 2 em utentes inscritos nas duas unidades funcionais, USF e UCSP, do Centro de Saúde de Darque. Como enfermeira incluída neste estudo, e pertencente a amostra do mesmo, integrei este projeto de implementação desde o seu início, passando pelas várias etapas do mesmo até a data. Essas etapas englobaram a presença no grupo de enfermeiros nas várias auditorias realizadas, no preenchimento dos questionários a todos os enfermeiros na amostra do estudo e colaborei nos questionários entregues pela investigadora, assim como entreguei aos utentes seguidos em consulta da diabetes tipos 2. Mediante o *feedback* das auditorias realizadas participei como elemento ativo na co- construção do projeto de implementação com base num percurso colaborativo de constante partilha de saberes e conhecimentos onde se incluíram também atividades formativas que assisti enquanto formanda relativamente aos temas apresentados, assim como, também participei em várias reuniões de equipa de enfermagem, para reflexão sobre os contributos para a nossa prática. O projeto de implementação mantém-se ativa e em constante construção, com data prevista de término para novembro de 2024, sempre na perspetiva da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, numa visão de caminhar para a mudança sustentada nos pressupostos da área de enfermagem de saúde familiar especializada.

Desempenhei o papel de formadora no evento denominado «Semana Aproximar» e realizei duas sessões formativas «Lavagem das Mãos» na EB Foz do Neiva (Castelo do Neiva) a duas turmas do 6º A e 6º B, no dia 8 de fevereiro de 2024.

Face a tudo quanto descrevi e refleti posso dizer que o caminho percorrido se traduziu em cuidados especializados autônomos e interdependentes às famílias, ao longo do seu ciclo vital. Paralelamente foram desenvolvidas competências relacionais, comunicacionais e uma prática crítico-reflexiva, adaptando os cuidados a cada família na sua singularidade, com integração da evidência científica em todos os contextos em que atuei, o que muito contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Em suma, posso afirmar que foram mobilizados todos os esforços e dedicação para conseguir garantir a aquisição de capacidades e competências para cuidar as famílias com as quais me cruzei ao longo do estágio, desempenhando atitudes e intervenções baseadas na melhor evidência científica.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais reforçou o pressuposto que o compromisso com a excelência em enfermagem está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento profissional contínuo, um aspeto central da aprendizagem/formação ao longo da vida dos enfermeiros. Este desenvolvimento é vital para manter conhecimentos e competências atualizados, essenciais no setor dos cuidados de saúde em constante evolução. Neste sentido, os programas de formação contínua e em serviços bem estruturados desempenham um papel fundamental no aperfeiçoamento das práticas de cuidados centradas na pessoa que cuidamos, assegurando que os enfermeiros estão devidamente equipados para responder às necessidades únicas e variáveis dos doentes num ambiente de cuidados de saúde em rápida transformação (Kurtovic et al., 2024). O desenvolvimento profissional contínuo não é apenas um requisito; é um valor fundamental que molda o profissionalismo da enfermagem. Aumenta a capacidade do enfermeiro para além da formação inicial e das qualificações, contribuindo para uma prática competente e para elevados padrões de cuidados de enfermagem. Este empenhamento no profissionalismo e na formação ao longo da vida reflete-se nas atitudes e na motivação dos enfermeiros, que consideram o desenvolvimento profissional contínuo como essencial para manter os seus conhecimentos e competências atualizados e melhorar os padrões de cuidados que prestam (Mlambo et al., 2021). A Enfermagem tem uma natureza fundamentalmente prática, dado que encara o seu saber ser modificado/atualizado de forma contínua, de tal forma que os enfermeiros precisam de renovar continuamente os seus conhecimentos como forma de promoção da qualidade dos cuidados prestados à população, autónoma, responsável e competente.

CONCLUSÃO

O presente estudo, que contou com a participação de 13 famílias com pessoas idosas dependentes no domicílio, permitiu dar resposta à questão de investigação: “Quais as forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de enfermagem familiar na perceção das famílias com pessoas idosas dependentes?”.

Da análise de conteúdos dos testemunhos dos participantes e através das 10 áreas temáticas emergentes, apresentam-se as conclusões mais relevantes.

No que se refere à área temática “*dinâmica familiar na atualidade*”, emergiram sete categorias: *coesão familiar, confinamento ao espaço doméstico, perda do emprego, retribuição afetiva, adaptação ao papel de cuidadora, comunicação comprometida e perturbação das atividades de lazer*. A categoria “*adaptação ao papel de cuidadora*” é constituída pelas seguintes subcategorias: *stresse familiar, redistribuição de papéis e manter a estabilidade emocional*. Quanto à área temática “*A dinâmica familiar anterior à situação de dependência*”, a mesma é formada por quatro categorias: *afeto, desempenho profissional, interação social e relações familiares comprometidas*, como esta última a possuir as seguintes subcategorias: *irmãos e mãe*. Relativamente à área temática “*alterações face à situação de dependência*”, à mesma emergiram as seguintes categorias: *restrições, desvalorização do corpo, abandono do emprego, perturbações do sono e abandono dos estudos*. Relativamente à categoria das “*restrições*” esta é composta pelas relações socio-afetivas, *espaço doméstico e festividades*.

Na área temática “*Sentimentos e emoções*” emergiu uma multiplicidade de categorias: *cansaço, afeto, resignação, dever, tranquilidade, tristeza, desgaste emocional, insegurança, preocupação, medo, frustração e indiferença*. Por último, a área temática “*Recursos mobilizados*”, expressa-se através das seguintes categorias: *família, vizinhos, sociais, equipamento de apoio*. No que concerne à categoria “*Família*”, como Recursos mobilizados, emergiram como subcategorias: *irmãos, filhos, pai e cônjuge*, nas “*Sociais*”: *apoio domiciliário, centro de dia e segurança social* e em “*Equipamento de Apoio*”: *fraldas*.

A área temática “*Estratégias de superação*” deu origem à desocultação de cinco categorias: *atitude positiva, assegurar os autocuidados, memórias passadas, observação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e brincar*.

Por sua vez, a área temática “*Necessidades sentidas e expressas*” é formada por cinco categorias, nomeadamente: *retribuição de afeto, informação acerca dos cuidados a prestar, sem necessidades, com necessidades técnicas e financeiras*.

Quanto à área temáticas “*dificuldades percebidas*”, emergiram quatro categorias: *acesso a estruturas de apoio financeiro, preservar a atividade social, apoio familiar e cuidar de si*.

Quanto à área temática “*O cuidado de enfermagem na perspetiva dos cuidadores*” emergiram as seguintes categorias: *forças e fraquezas*. Sendo que, na categoria “*forças*” foram destacadas quatro subcategorias: *informação, ensinamentos de procedimentos, dedicação e orientação para outros profissionais de saúde*. No que refere à categoria “*fraquezas*”: *disponibilidade de tempo e cuidar a família/companhia*.

A área temática “*Sugestão de melhoria*” é constituída por quatro categorias, sendo estas: *maior número de enfermeiros para o acompanhamento da família, existência de enfermeiro especialista no acompanhamento da família, legislação laboral adaptada à família cuidadora e apoios e respostas sociais e financeiras*.

Face a estas evidências e atendendo à realidade destas famílias que são transversais a outras famílias cuidadoras de pessoa idosa dependente quer a nível nacional, quer internacional, importa transformar as suas fraquezas e potenciar ainda mais as suas forças para que estas possam cuidar do seu familiar e cuidar de si mesmas, na medida em que não se pode cuidar sem ser cuidado. Neste sentido, os enfermeiros de saúde familiar encontram-se na linha da frente dos cuidados às famílias, como unidade de cuidados, numa visão holística, centrando-se na sua capacitação. Ao conhecer as necessidades destas famílias cuidadoras, os enfermeiros podem compreender melhor como a família deve ser cuidada e quais as intervenções mais adequadas para que ela atinja o máximo de condições globais para prestar cuidados ao seu familiar. Neste contexto, enfermeiros de saúde familiar podem ter como guias da sua prática profissional a Teoria da Transição de Meleis, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e o Modelo Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (SBN), sem nunca esquecer que, apesar de muitas experiências comuns, os papéis dos enfermeiros de saúde familiar são muito variáveis ao longo do processo de prestação de cuidados. Seria assim, de extrema relevância a adoção e implementação de uma visita domiciliária à família cuidadora durante a fase de transição com uma pessoa idosa dependente. Tal medida visa capacitar todos os membros da família, permitindo-lhes oferecer uma intervenção direcionada e

individualizada ao seu familiar idoso dependente. A realização dessa visita domiciliária não apenas facilitará a adaptação da família às novas circunstâncias, mas também garantirá que os cuidados prestados sejam de alta qualidade, respeitando as particularidades e necessidades específicas do idoso. Assim, a família poderá se sentir mais segura e amparada, resultando em uma melhor qualidade de vida tanto para a família cuidadora quanto para o idoso dependente.

A diversidade das famílias, o momento de assumir o papel de cuidadoras, a duração do papel e as transições nos cuidados experimentados ao longo do tempo moldam a natureza do papel de cada família cuidadora. Assim, deve-se assumir este processo como trajetórias de prestação de cuidados a um familiar dependente para realçar a natureza dinâmica da função e as diferentes intervenções que se pode implementar. Diz-se isto porque as trajetórias de cuidar de um familiar dependente no domicílio incluem transições tanto ao nível das necessidades de cuidados da pessoa cuidada, em cada membro familiar e como nos contextos em que os cuidados são prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou, M. S., Breton, M., Touati, N., Maillet, L., Duhoux, A., & Gaboury, I. (2020). Changing nursing practice within primary health care innovations: The case of advanced access model. *BMC Nursing*, 1, 115. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00504-z>
- Afshar, K., Wiese, B., Schneider, N., & Müller-Mundt, G. (2020). Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *GMS German Medical Science*, 18, Doc02. <https://doi.org/10.3205/000278>
- Ahlberg, M., Frisman, G. H., Berterö, C., & Ågren, S. (2019, May 20). Family Health Conversations create awareness of family functioning. *Nursing in Critical Care*, 1-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12454>
- Amaral, A. (2018). Animação Sociocultural e Estimulação Cognitiva nos Lares. In R. Pocinho & B. Trindade (Eds.), *Diferentes Perspetivas da Animação e do Envelhecimento* (pp. 6–25). Coimbra: EUEDITO.
- Andrade, R. É. A. (2021). *O enfermeiro especialista em saúde familiar: Papel nos cuidados e serviços de saúde prestados à pessoa e à família*. [Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37367/1/Raquel%20%C3%89vora%20Andrade%20Alves%20-%202026.02.2021.pdf>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Retrieved from <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdjCvHFwDpAvDd>
- Araújo, C. C. J., Coura, A. S., et al. Consulta de Enfermagem às pessoas surdas: uma análise contextual. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/276488023_Consulta_de_Enfermagem_as_pessoas_surdas_uma_analise_contextual
- Ayoubi-Mahani, S., Eghbali-Babadi, M., Farajzadegan, Z., Keshvari, M., & Farokhzadian, J. (2023). Active aging needs from the perspectives of older adults and geriatric experts: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1121761. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1121761>

- Ball, M. M., Perkins, M. M., & Kemp, C. (2004). Independence in assisted living. *Journal of Aging Studies*, 18(4), 467–483.
- Bambeni, N. (2022). Social ageing challenges faced by older adults exposed to conditions of underdevelopment and extreme poverty. *IntechOpen*.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.107116>
- Barbiani, R., Dalla Nora, C. R., & Schaefer, R. (2016). Nursing practices in the primary health care context: A scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2721. Retrieved November 5, 2018, from <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (3ª reimpressão da 1ª Edição). São Paulo: Edições 70.
- Barken, R. (2019). “Independence” among older people receiving support at home: The meaning of daily care practices. *Ageing & Society*, 39(3), 518–540.
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A. Parente, P., & Moraes, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81-95. doi:10.37914/riis.v5i1.213 Recebido para publicação: 30/12/2021 Aceite para publicação: 21/06/2022 <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X
- Birtha, M., & Holm, K. (2017). COFACE families Europe - WHO CARES? Study on the Challenges and Needs of Family Carers in Europe.
- Birtha, M., Rodrigues, R., Zólyomi, E., Sandu, V., & Schulmann, K. (2019). From disability rights towards a rights-based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/338412595>
- Boss, P. (2006). *Loss, Trauma, and Resilience: Therapeutic Work with Ambiguous Loss*. W.W. Norton & Company.

- Cantillo Monjo, M. et al. 2018. El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Global*. 17, 2 (mar. 2018), 515–541. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.297211>
- Castro, E., Oliveira, U., (2024). *A entrevista semiestruturada na pesquisa qualitativa-interpretativa: um guia de análise processual*. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
- Cox, C., & Pardasani, M. (2017). Aging and Human Rights: A Rights-Based Approach to Social Work with Older Adults. *Journal of Human Rights and Social Work*, 2, 98–106. <https://doi.org/10.1007/s41134-017-0037-0>
- Cranley, L. A., Lo, T. K. T., Weeks, L. E., et al. (2022). Relatando dados de contexto da unidade para as partes interessadas em cuidados de longo prazo: uma abordagem prática. *Implementation Science Communications*, 3, 120. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00369-0>
- Decreto-Lei n.º 118/2014. (2014). *Diário da República*. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Department of Health and Human Services. (2019). Solicitation for Written Comments on an Updated Health Literacy Definition for Healthy People 2030. *Federal Register*. Retrieved from <https://www.federalregister.gov/documents/2019/06/04/2019-11571/solicitation-for-written-comments-on-an-updated-health-literacy-definition-for-healthy-people-2030>
- Diário da República. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Saúde Reprodutiva: Planeamento familiar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde reprodutiva: Planeamento familiar* (Ed. revista e actualizada). Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. *Diário da República* nº 124/2015-II Série. <https://dre.pt/home/-/dre/67626811/details/maximized>
- Direcção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030: Plano Estratégico*. Direcção-Geral da Saúde.

Disponível em <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>

- Dolu, İ., Naharçı, M. I., Logan, P. A., Paal, P., & Vaismoradi, M. (2021). Transitional 'hospital to home' care of older patients: Healthcare professionals' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 871–880. <https://doi.org/10.1111/scs.12904>
- D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., & Gaffor, A. (2017). Self-care behaviours and quality of life among adults with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*, 36, 98-104.
- Duvall, R., & Miller, B. (1985). *Marriage and family Development*. New York: Harper & Row, Publishers.
- El-Guindy, H. A., Morsy El-Shahate, M., Abd, N. A., & Mohamed, A. (2022). Effectiveness of educational program on nurses' knowledge and performance regarding shift change handoff and its effect on continuity of patient care. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 1(1). <https://doi.org/10.21608/ejnsr.2022.130812.1165>
- Escourrou, E., Laurent, S., Leroux, J., Oustric, S., & Gardette, V. (2022). The shift from old age to very old age: an analysis of the perception of aging among older people. *BMC Primary Care*, 23(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01616-4>
- Eurostat. (2024). Ageing Europe - statistics on population developments. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Feo, R., Kitson, A., & Conroy, T. (2018). How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2189–2229. <https://doi.org/10.1111/JOCN.14313>
- Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Family caregivers: What do they need? An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 672–678. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019>
- Ferreira, M. M. H. P., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., Marques, A. F. P., Lopes, A. R. R., Moreira, A. R. S., Santos, M. C., Lopes, M. V., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2021). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: Perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 77-81.

- Figueiredo, M. H. J. S., Martins, M. M. F. P. S. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 615–636. <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. D. L. F., Gutierrez, D. M. D., Darder, J. J. T., Silva, R. F., & de Carvalho, M. L. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 37–46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>
- Figueiredo, M. H. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar - Estudos de Caso*. Sabooks Editora.
- Fitzpatrick, L. (2018). The importance of communication and professional values relating to nursing practice. *Links to Health and Social Care*, 3(1), 27–40.
- Florea, M., Puia, A., & Sorina Pop, R. (2021). The family as recipient and provider of home care: A primary care perspective. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.91926>
- Fonseca, A. M., et al. (2021). Ageing in Place — envelhecimento em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. ISBN: 978-989-8075-18-5. Lusodidacta.
- Frade, J. M. da G., Henriques, C. M. G., & Frade, M. de F. G. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gasperini, G., Renzi, E., Longobucco, Y., Cianciulli, A., Rosso, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Massimi, A. (2023). State of the art on family and community health nursing international theories, models and frameworks: A scoping review. *Healthcare (Basel)*, 11(18), 2578. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182578>

- Gerrish, K., & Lathlean, J. (2016). *The Research Process in Nursing* (7th ed.). Wiley Blackwell.
- Gil, A. P. M. (2010). *Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência*. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior.
- Gonçalves-Pereira, M. (2015). Escala de Zarit para a sobrecarga do cuidador. In M. Simões, I. Santana, & GEECD (Eds.), *Escalas e testes na demência* (3ª ed., pp. 200-205). Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Gonçalves-Pereira, M., Marques, M. J., & Balsinha, C. (2021). A Demência e as pessoas: Importância do conceito ‘Saúde Social’ e dos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa*, 34(2), 169-170. <https://doi.org/10.20344/amp.15508>
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1st ed.). Springer Publishing Company
- Gottlieb, L. M., Wing, H., & Adler, N. E. (2017). *A Systematic Review of Interventions on Patients’ Social and Economic Needs*. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(5), 719–729. doi:10.1016/j.amepre.2017.05.011
- Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., & Bitzas, V. (2021). Creating empowering conditions for nurses with workplace autonomy and agency: How healthcare leaders could be guided by strengths-based nursing and healthcare leadership (SBNH-L). *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 169–181. <https://doi.org/10.2147/JHL.S221141>
- Guedes, S. I. C. M. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: Necessidades formativas dos familiares cuidadores* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
- Hailu, G. N., Abdelkader, M., Meles, H. A., & Teklu, T. (2024). Understanding the Support Needs and Challenges Faced by Family Caregivers in the Care of Their Older Adults at Home. A Qualitative Study. *Clinical Interventions in Aging*, 19, 481–490. <https://doi.org/10.2147/CIA.S451833>
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Henriques, P. F., Figueiredo, M. H., Sousa Guedes, V. M., Pinho Marques, A. F., Rodrigues Lopes, A. R., de Sá Moreira, A. R., Campos dos Santos, M., Vioque Lopes, M., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2022). Family nursing in primary

- health care: Citizens' perception of nursing care. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 77–90. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.187>
- Hooker, S. P., Seavey, W., Weidmer, B. A., & Harvey, M. (2014). The California Active Communities initiative: The effects of public investments in a statewide initiative to increase physical activity. *BMC Public Health*, 14, 362. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-362>
- Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022, 25 de julho). Estimativas da população residente em Portugal: Dados provisórios de 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2020). *Relatório de autoavaliação do curso de Educação Básica 2019/2020*. Retrieved from https://www.ipvc.pt/ease/wp-content/uploads/sites/4/2021/12/RAC-ESE-Educacao-Basica-2019_20.pdf
- Jang, I. Y., Jung, H. W., Lee, H. Y., Park, H., Lee, E., & Kim, D. H. (2020). Evaluation of clinically meaningful changes in measures of frailty. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 75(6), 1143–1147. doi: 10.1093/gerona/glaa003
- Kaakinen, J., & Hanson, S. (2005). Fundamentos teóricos para a enfermagem de família. In S. Hanson (Ed.), *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Lusociência.
- Kamalraj, P., Savundranayagam, M., Orange, J., & Kloseck, M. (2021). Communication in home care: Understanding the lived experiences of formal caregivers communicating with persons living with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 16(2). <https://doi.org/10.1111/opn.12401>
- Kim, H. S., Hodgins, D. C., Bellringer, M., & Abbott, M. (2021). *Measure to assess illness awareness in problem gambling*. Gambling Research Exchange Ontario. [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Kim%20et%20al%20\(2021\)_Measure%20to%20assess%20illness%20awareness%20in%20problem%20gambling_final.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Kim%20et%20al%20(2021)_Measure%20to%20assess%20illness%20awareness%20in%20problem%20gambling_final.pdf)

- Kislov, R., Pettersson, L., & Wilson, P. (2021). How nursing leaders promote evidence-based practice implementation at point-of-care: A four-country exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 10.1111/jan.14773
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide.
- Kurtovic, B. et al. 2024. A Single-Centre Study of Factors Associated with Components of Burnout Among Nursing Students in Croatia. *International Journal of Critical Care*. 18, 1 (Jun. 2024), 18–33. DOI:<https://doi.org/10.29173/ijcc83>.
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de Enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESCTEC*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5^a ed.). Wolters Kluwer Health, Lippincott-Raven Publishers.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2018). Apoio e capacitação dos cuidadores familiares: Programa de intervenção de enfermagem. *Millenium*, 2(5), 73-80. <http://hdl.handle.net/10400.26/33429>

- Michie, S., van Stralen, M., & West, R. (2011). The behavioural change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Ministério da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)*. Direção-Geral da Saúde. Retrieved from https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Plano-de-Conting%C3%A2nciaNovo-Coronavirus_Covid-19.pdf
- Ministério da Saúde. (2024.). USF Tiago de Almeida. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1160973/Pages/default.aspx>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Montesanti, S., MacKean, G., Fitzpatrick, K. M., & Fancott, C. (2023). Family caregivers as essential partners in care: Examining the impacts of restrictive acute care visiting policies during the COVID-19 pandemic in Canada. *BMC Health Services Research*, 23(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09248-3>
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. A., & Del-Pino-Casado, R. (2018). The experience of caregiving for dependent older relatives by informal caregivers: A phenomenological study. *BMC Geriatrics*, 18, 228. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0922-0>
- Nações Unidas Brasil. (2017, 3 de outubro). *Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que envelhecer bem deve ser prioridade global*. <https://brasil.un.org/pt-br/55124-mundo-ter%C3%A1-2-bilh%C3%B5es-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global>
- Nicolau, A. (2018). *O cuidador informal: Estratégias vividas pelo cuidador informal de pessoa idosa dependente* [Dissertação de Mestrado, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/17139/1/master_ana_duarte_nicolau.pdf
- Nunes, J., & Deodato, S. (2021). O cuidado justo em enfermagem: resultados preliminares de uma scoping review. *Cadernos De Saúde*, 12(Especial), 81-82. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10273>
- Oberle, K., & Allen, M. (2001). The nature of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 49(3), 148–153. <https://doi.org/10.1067/MNO.2001.112959>

- Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., Figueiredo, M. C., Andrade, L. M., Carvalho, J. C., & Martins, M. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses' attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331-1337.
- Oliveira, P., Figueiredo, H., Leite, C., & Apóstolo, J. (2017). As práticas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na avaliação familiar: contributos do processo formativo sobre o MDAIF. In *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Livro de Comunicações* (pp. 50–54).
- Olson, D., & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes* (3rd ed., pp. 514-547). New York, NY: Guilford.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa: Coleção Divulgar.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de individualização das especialidades clínica em enfermagem*. *Revista Suplemento*, 26, 15-16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer n.º 18/CEESMO*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer18_CEE_SMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 126/2011: Competências específicas do enfermeiro de saúde familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeFamiliar.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico dos enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 61/2015 - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Especialistas*. Diário da República, 2.ª série, n.º 62, de 30 de março de 2015, pp. 17385-17386.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 153, de 9 de agosto de 2018, pp. 19354-19356.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, 4744-4746. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Anuário estatístico 2020*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Organização Mundial De Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Østergaard, B., Clausen, A., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K., Funderskov, K., Nielsen, D., Sorknæs, A., Voltelen, B., & Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1290-1301. <https://doi.org/10.1111/jocn.15196>
- Papastavrou, E., Middleton, N., Charalambous, A., & Efthymiou, A. (2021). Health literacy and eHealth literacy and their association with other caring concepts among carers of people with dementia: A descriptive correlational study. *Health & Social Care in the Community*, 00, 1-11. <https://doi.org/10.1111/hsc.13246>

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
- Pires, A. C. (2012). *Capacitar a família na adaptação ao papel de cuidadora perante situações de dependência aguda*. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.
- Plath, D. (2009). International policy perspectives on independence in old age. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(2), 209-223. <https://doi.org/10.1080/08959420902733173>
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 135/2018, Série II*, 19354-19359.
- Regulamento n.º 367/2015. (29 de junho de 2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República n.º 124/2015, Série II*, 17384-17391.
- Regulamento n.º 428/2018. (2018). *Diário da República*. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ribeiro, O., et al., 2021. The Modified Caregiver Strain Index: Portuguese version, *Journal of Health Psychology*, DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1359105319883933>
- Rico-Blázquez, M., López-Morales, J., Fernández-López, J., & Iglesias-García, C. (2022). *Factors influencing nurse burnout in a Spanish hospital: A cross-sectional study*. BMC Nursing, 21, 69. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00845-x>
- Riffin, C., van Ness, P. H., Wolff, J. L., & Fried, T. (2017). Family and Other Unpaid Caregivers and Older Adults with and without Dementia and Disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), 1821–1828. <https://doi.org/10.1111/JGS.14910>
- Rolland, J. (1994). *Families, illness and disability*. Basic Books.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2000). *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: Based on activities of living*. Churchill Livingstone.
- Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Penso Editora Lda. ISBN 9786071502912.

- Santos, K. T., Fernandes, M. H., Reis, L. A., Coqueiro, R. S., & Rocha, S. V. (2012). Depressive symptoms and motor performance in the elderly: A population based study. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16, 295-300.
- Schober M., Lehwaldt D., Rogers M., Steinke M., et al. (2020). Diretrizes sobre enfermagem de prática avançada. Conselho Internacional de Enfermeiros. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf [[Google Scholar](#)]
- Schulz, R., & Eden, J. (eds.) (2016). *Families Caring for an Aging America*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Schwartz, L. (2013). *Infidel Feminism: Secularism, Religion and Women's Emancipation, England 1830–1914*. Manchester University Press. DOI:10.7228/manchester/9780719085826.001.0001
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed.). LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2100305/Pages/default.aspx>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company.
- Shamali, M., Konradsen, H., Stas, L., & Ostergaard, B. (2019). Dyadic effects of perceived social support on family health and family functioning in patients with heart failure and their nearest relatives: Using the actor-partner interdependence mediation model. *PLOS ONE*, 14(6), Article e0217970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217970>
- Shamsikhani, S., Ahmadi, F., Kazemnejad, A., & Vaismoradi, M. (2022). Meaning of respect for older people in family relationships. *Geriatrics*, 7(3), 57. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7030057>
- Sibiya, M. N. (2018). Effective communication in nursing. In M. N. Sibiya (Ed.), *Effective communication in nursing*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.74995>
- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19-28. <https://doi.org/10.12707/RIII13105>

- Silva, R. A. C. P. da. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança].
- SNS. (2024). *Planos de Ação. BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Souza, J. E. V., Viana, E. R., Cruz, D. P., Silva, C. S., Rosa, R. S., & Siqueira, L. R. (2022). Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), e20210106. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>
- Susanti, I., Latuperissa, G. R., Souliissa, F. F., Fauziah, A., Sukartini, T., Indarwati, R., & Aris, A. (2020). The factors associated with successful aging in elderly: A systematic review. *Jurnal Ners, Special Issues*, 230-237. <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v15i2.19019>
- Taquette, S. R., Monteiro, D. L. M., Rodrigues, N. C. P., & Ramos, J. A. S. (2021). A invisibilidade da magnitude do estupro de meninas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 55, 103. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003439>
- Taquette, S. R., Siqueira, R. C., & Gomes, M. F. (2022). Title of the article. *SAGE Open Medicine*, 10, 1-8. <https://doi.org/10.1177/16094069221078731>
- Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de M., de Andrade, L. R., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Timonen, V., & Lolich, L. (2020). Dependency as status: Older adults' presentations of self as recipients of care. *SAGE Open*, 10(4). <https://doi.org/10.1177/2158244020963590>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Healthy People 2030*. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Retrieved August 1, 2024, from <https://health.gov/healthypeople>
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). (2024). Breve apresentação da ULSAM, E.P.E. - ULS do Alto Minho. Retrieved July 29, 2024, from <https://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/>

- Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). (2024). Missão, visão e valores. Retrieved from <https://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/>
- USF Tiago de Almeida. (2017). Retrieved July 6, 2024, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1160973/Pages/default.aspx>
- Viegas, L., & Rodrigues, F. (2022). Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 97-111. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.197>
- Vodovotz, Y., Barnard, N., et al. (2020). Prioritized research for the prevention, treatment, and reversal of chronic disease: Recommendations from the Lifestyle Medicine Research Summit. *Frontiers in Medicine*, 7, 585744. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.585744>
- Voltelen, B., Konradsen, H., & Østergaard, B. (2016). Family nursing therapeutic conversations in heart failure outpatient clinics in Denmark: Nurses' experiences. *Journal of Family Nursing*, 22(2), 172–198. <https://doi.org/10.1177/1074840716643879>
- Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience* (2nd ed.). Guilford Press.
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Carman, M. J. (2017). The Experience of Advanced Practice Nurses in US Emergency Care Settings. *Journal of Emergency Nursing*, 43(5), 426-434.e16. <https://doi.org/10.1016/J.JEN.2017.04.007>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107930>
- World Health Organization. (2017). *Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *Primary health care*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3rd ed.). São Paulo: Roca.
- Wright, M. L., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary: 4th Floor Press.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE KATZ

ESCALA DE KATZ

Escala que permite avaliar a Autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfincteres e Alimentação.

As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação direta do idoso e/ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Para cada ABVD o idoso é classificado como Dependente (0) ou Independente (1). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada ABVD, classifica-se como Dependente nessa atividade.

PONTUAÇÃO: A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

	PONTOS
Dependência Total	0
Dependência Grave	1-2
Dependência Moderada	3-4
Dependência Ligeira	5
Independente	6

1- Banho

1. Independente (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
0. Dependente (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

2- Vestir

1. Independente (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
0. Dependente (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

3- Utilização da Sanita

1. Independente (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
0. Dependente (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

4- Transferência (cama/cadeira)

1. Independente (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
0. Dependente (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

5- Continência (vesical/fecal)

1. Independente (controlo completo da micção e defecação)
0. Dependente (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

6- Alimentação

1. Independente (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
0. Dependente (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, EPE

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 82/2023 -CES	Pág. 1 de 2
---	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº84 de 23/10/2023 Assunto: "Famílias com pessoas idosas dependentes: um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar Especializada"	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Domitila Cristina Carvalho Teixeira Arieira aluna de >Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESS Viana do Castelo
--	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Estudo de investigação usando metodologia qualitativa, abordagem fenomenológica com o objetivo geral de "Otimizar o processo de cuidados de enfermagem familiar especializada com famílias com pessoas dependentes; e os objetivos específicos:

- 1- analisar a implicação que advém de cuidar do idoso dependente na estrutura familiar, nas relações interpessoais e nas atividades de lazer e laborais das família cuidadoras.
- 2- analisar as vivências que resultam do ato de cuidar de um idoso dependente;
- 3- analisar forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de enfermagem familiar especializada a famílias com pessoas idosas dependentes.

O instrumento para recolha de dados será a entrevista à família seguindo-se um questionário sócio-demográfico associado ao contexto do cuidar que está no processo. Decorrerá no âmbito da USF Tiago de Almeida em famílias cuidadoras de idosos com o diagnóstico "dependente" na plataforma Mim@UF e que na escala de Kazts apresentem dependência moderada, grave ou total no momento da avaliação.

Serão excluídos os institucionalizados, os que tenham apoio de cuidador formal 24h/dia, aqueles que na escala de Kazts apresentem independência ou dependência ligeira no momento da avaliação, famílias que tenham o idoso dependente em família de acolhimento e famílias não coabitantes com o idoso.

Para tratamento e análise de dados utilizar-se-á a análise de conteúdo segundo BARDIN 2016.

2. Fundamentação

Estão salvaguardados os princípios éticos de anonimato e confidencialidade, está garantido o preenchimento do consentimento informado antes da entrevista. Na recolha de dados a identificação far-se-á por código com os dados protegidos por palavra passe e respeitado o regulamento geral de proteção de dados pessoais, Reg nº 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril

3. Conclusão/parecer

Não apresenta pressupostos que impliquem a não aprovação por esta comissão

Nota: Referências bibliográficas:

Não foram apresentadas

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 82/2023 -CES	Pág. 2 de 2
---	--	-------------

Relator(es)	Carlos Ribeiro
Ratificado em reunião do dia	30/11/2023
Enviado parecer: / /	

30/11/2023

O Presidente da CES

30/11/2023
Atestado
Carlos Ribeiro



DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UNIDADE SAÚDE
FAMILIAR

Declaração

Eu, Renata Arantes Sousa, médica assistente em Medicina Geral e Familiar, com a cédula profissional 47475, na qualidade de Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida, declaro que autorizo a realização do estudo de investigação na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida, da ULSAM, EPE, com as famílias cuidadoras com pessoa idosa dependente inscritas na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida, de acordo com o protocolo em anexo.

Este estudo tem por objetivo determinar os fatores potenciais e dificultadores da família cuidadora à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente e identificar intervenções a desenvolver pelo enfermeiro de família na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida, podendo vir a ser uma mais-valia no conhecimento das dificuldades e necessidades destas famílias e idosos dependentes.

Para tal autoriza-se o acesso ao processo clínico e a realização de entrevistas com o utente.

Assinatura da Coordenadora



(Renata Arantes Sousa)

Viana do Castelo, 23 de Outubro de 2023

ANEXO IV - MATRIZ DE COMPETÊNCIAS

Matriz Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista			
Domínios	Competências	Ações	Objetivos
Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	C1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia Profissional.	Todas as ações	Garantir a tomada de decisão alicerçada na parceria com a pessoa e a família, nas suas necessidades e prioridades, na melhor evidência disponível, no conhecimento e experiência pessoal, assente nas normas legais, nos princípios éticos e deontológicos da profissão. Refletir sobre o processo de tomada de decisão, os conhecimentos adquiridos e prática diária. Assegurar a consultadoria na área da especialidade.
	C2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	Todas as ações	Demonstrar uma prática de cuidados especializada e garantir que as ações delineadas se pautem pela proteção e respeito dos direitos humanos (quanto ao acesso, confidencialidade e segurança de informação; à privacidade, escolha e autodeterminação; e aos valores, costumes e crenças) das pessoas e famílias.
Melhoria Contínua da Qualidade	C3 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Ação 2	Participar e dinamizar a (co)construção de projetos institucionais numa perspectiva de otimização de cuidados e de governação clínica.
	C4 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	Ação 1; Ação 3	Reconhecer a importância da avaliação das práticas e dos seus resultados para o planeamento e implementação de programas de melhoria contínua. Gerir e colaborar em programas de melhoria contínua.

1

Gestão dos cuidados	C5 - Garante um ambiente terapêutico centrado na pessoa e na família e promove um ambiente seguro. Garante um ambiente terapêutico e seguro.	Todas as ações	Promover um ambiente terapêutico centrado nas singularidades culturais e espirituais. Participar na gestão de riscos ambientais.
	C6 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	Todas as ações	Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, através da assessoria e articulação com outras equipas ou profissionais.
	C7 - Adota a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	Ação 1; Ação 2	Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. Fomentar um ambiente positivo e favorável à prática especializada. Usar os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	C8 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Todas as ações	Reconhecer a influência pessoal na relação profissional e interprofissional, os recursos e limites pessoais e profissionais.
	C9 - Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica	Ação 1; Ação 2; Ação 3	Atuar como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, incluindo a identificação de prioridades e a divulgação de resultados. Promover a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Assegurar o planeamento e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

2

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Na área de Enfermagem de Saúde Familiar		
Competência: C10 - Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.		
Considerar a família como unidade de cuidados, promover a sua capacitação e centrar-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.		
Unidades de competência	Ações	Objetivos
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	Ação 1; Ação 2; Ação 3	Construir o processo de cuidados com as pessoas e as famílias numa abordagem colaborativa e dinâmica, baseado nas suas forças e na consecução de objetivos negociados, no sentido de prevenir, manter e reforçar a saúde e bem-estar das mesmas.
Coleta dados pertinentes para o estado de saúde da família.	Ação 1	Identificar fatores ambientais que possam afetar o estado da saúde das pessoas e das famílias. Identificar crenças e cultura familiar que possam ter impacto na saúde. Identificar forças e vulnerabilidades na resposta familiar às transições de vida.
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.	Ação 1 e Ação 2	Reconhecer a influência das diferentes etapas do ciclo vital e desenvolvimento familiar e individual, e dos diversos fatores envolvidos na resposta a transições complexas.
Desenvolve a prática de enfermagem de família baseada na evidência científica.	Todas as ações	Proporcionar um ambiente seguro à reflexão e discussão de temas complexos. Considerar a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais na influência aos cuidados à família.
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	Todas as ações	Integrar e fomentar a investigação e evidências clínicas recentes nas intervenções de enfermagem familiar. Definir com a família estratégias que potenciem os processos adaptativos a situações complexas. Proporcionar ambientes seguros e saudáveis para as famílias.

3

Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.	Todas as ações	Promover o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de mudança. Explorar e negociar estratégias que promovam a dinâmica familiar saudável, facilitem o alcance dos objetivos. Analisar com a família os recursos necessários às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente, ao longo do ciclo vital.
Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	Todas as ações	Solicitar orientação que promova a melhoria contínua da prática em enfermagem de saúde familiar. Avaliar e refletir a prática especializada, enquanto enfermeiro de saúde familiar para o contributo de ganhos em saúde. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Demonstrar competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar especializada.
Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.	Ação 1 e Ação 2	Avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares. Integrar a investigação e a evidência científica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.
Competência: C11 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar		
Gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.		
Unidades de competência	Ações	Objetivos
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	Todas as ações	Promover a colaboração interdisciplinar, entre equipas, de saúde na prestação de cuidados de saúde à família. Referenciar a família em articulação com a equipa multiprofissional. Contribuir para a mudança dos sistemas organizacionais.

4

Gere o sistema de cuidados de saúde da família nos diferentes níveis de prevenção.	Todas as ações: Participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. Participar ativa e intencionalmente no desenvolvimento de medidas, relacionadas com a saúde e direitos da família.
--	--

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRAFICO E CONTEXTO DO CUIDAR

O presente questionário é composto por duas partes: a primeira relativa à caracterização do idoso dependente, a segunda refere-se à caracterização do contexto do cuidar.

O questionário pode ser preenchido pela família, caso necessite pode ser preenchido pela investigadora.

Em cada uma das questões, por favor rodeie o número da resposta que se adequa melhor à sua situação; escolha apenas uma opção exceto se na questão existir orientação contrária. Quando solicitado, responda por breves e simples palavras nos espaços e linhas em branco.

PARTE I

Caracterização do Idoso Dependente

1. Género:

1. Feminino
2. Masculino
3. Outro (especifique): _____

2. Idade: _____

3. Tipo de dependência (segundo a Escala de KATZ):

- 1) Dependência total (0)
- 2) Dependência grave (1-2)
- 3) Dependência moderada (3-4)
- 4) Dependência ligeira (5)
- 5) Independente (6)

4. Saúde Mental: Diagnóstico clínico de demência

- 1) Existente
- 2) Inexistente

PARTE II

Caracterização do Contexto do Cuidar

1. N° de coabitantes (de forma permanente): _____
2. N° de elementos da família que prestam cuidados diretos ao idoso dependente: _____
3. Existem outras pessoas dependentes a cargo da família?
 - 1) Sim. Quem? _____
 - 2) Não
4. Relação de parentesco com o idoso e Género (1- Feminino; 2- Masculino; 3- outro)
 - 1) Cônjuge _____
 - 2) Filho(a) _____
 - 3) Irmão (ã) _____
 - 4) Neto(a) _____
 - 5) Sobrinho(a) _____
 - 6) Primo(a) _____
 - 7) Outro. Qual? _____
5. Idade de cada um dos familiares:
 - 1) Cônjuge _____
 - 2) Filho(a) _____
 - 3) Irmão (ã) _____
 - 4) Neto(a) _____
 - 5) Sobrinho(a) _____
 - 6) Primo(a) _____
 - 7) Outro. Qual? _____
 - 8) Primo(a) _____
 - 9) Outro. Qual? _____

6. Habilitações literárias:

- 1) Não frequentou o sistema de ensino formal ____
- 2) 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe) ____
- 3) 2º Ciclo do ensino básico (Ensino preparatório/6.º ano) ____
- 4) 3º Ciclo do ensino básico (9.º ano) ____
- 5) Ensino secundário (12.º ano) ____
- 6) Curso médio ____
- 7) Ensino superior ____
- 8) Mestrado ____
- 9) Doutoramento ____
- 10) Outro _____

7. Situação profissional/ocupação dos elementos da família:

- 1) Empregado. Qual a sua profissão? _____
- 2) Desempregado
- 3) Doméstico
- 4) Estudante
- 5) Reformado. Profissão anterior? _____
- 6) Pensionista
- 7) Outra. Qual? _____

8. Há quanto tempo a família presta cuidados a este idoso dependente? _____ anos _____ meses.

9. A família cuida do idoso durante as 24h do dia?

- 1) Sim
- 2) Não

10. Se respondeu NÃO à pergunta anterior, refira quantas horas, em média, a família gasta acuidar do idoso _____ horas por dia

11. Há alguém na família que assuma mais os cuidados ao idoso (dispense mais tempo nos cuidados, mais responsabilidades, ...)?

- 1) Sim
- 2) Não

12. Se respondeu sim à pergunta anterior, refira qual o grau de parentesco:_____ e porque é que assume mais os cuidados _____

13. A família recebe algum tipo de apoio externo para cuidar do idoso em causa?

- 1) Sim
- 2) Não

Se respondeu SIM à pergunta anterior, refira de quem recebe ajuda/apoio?

(rodeie TODAS as opções que se aplicam à situação)

- 1) Outros familiares
- 2) Amigos
- 3) Vizinhos
- 4) Apoio Domiciliário
- 5) Outro (exemplo: idosos em Centro de Dia, Cuidador formal,...) Qual? _____

14. Que tipo de ajuda e apoio físico e emocional recebe?

(rodeie todas as opções que se aplicam à situação)

- 1) Alimentação
- 2) Banho e higiene pessoal
- 3) Posicionamento
- 4) Limpeza da casa
- 5) Vestir/Despir
- 6) Medicação
- 7) Compras
- 8) Marcação de Consultas
- 9) Higiene da Roupas
- 10) Acompanhamento a consultas
- 11) Reconhecimento e valorização pelo papel desempenhado
- 12) Desenvolvimento e reforço de laços afetivos
- 13) Apoio religioso e espiritual
- 14) Ajuda especializada (psicólogo, psiquiatra,...)

15. Qual(ais) o(s) motivo(s) que levaram a família cuidar da pessoa idosa?

- 1) Obrigação familiar
- 2) Retribuição
- 3) Solidariedade por laços familiares
- 4) Problemas económicos
- 5) Evitar a institucionalização
- 6) Falta de outra resposta no concelho
- 7) Valores morais e religiosos
- 8) Recusa de institucionalização por parte do idoso
- 9) Sem vaga na instituição

16. A família já cuidou de alguém dependente anteriormente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Grata pela colaboração da família!

Cristina Arieira

APÊNDICE II – GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Guião de entrevista semiestruturada

Estudo de Investigação: Famílias com Pessoas Idosas Dependentes: Um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar especializada

Questão de investigação «Quais as forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de enfermagem familiar especializada na perceção das famílias com pessoas idosas dependentes»

Objetivos geral:

- Otimizar o processo de cuidados de enfermagem familiar especializada com famílias com pessoas idosas dependentes.

Objetivos específicos:

- Analisar implicação que advém de cuidar o idoso dependente na estrutura familiar, nas relações interpessoais e nas atividades de lazer e laborais da família cuidadora;
- Analisar vivências que resultam do ato de cuidar de um idoso dependente;
- Estratégias utilizadas para ultrapassarem dificuldades e constrangimentos
- Analisar forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de enfermagem familiar especializada na perceção das famílias com pessoas idosas dependentes.

Objetivos	Questões a introduzir-Tópicos/ Questões
1 – Conhecer o contexto / dinâmica familiar face à situação de dependência	- Centrando-nos, podemos falar das dinâmicas familiares face à dependência? - Há quanto tempo/início coabita esta família? - Antes da situação da doença já coabitava? - Como descreve a vossa família? - Antes da situação de dependência do familiar: Como caracteriza a relação entre os diferentes membros da família? - Como é atualmente a relação entre a família?

2 – Identificar vivências e alterações na família, decorrentes do cuidar	- Podemos falar sobre as vivências da família no âmbito do cuidar? - Como é que a família está a viver esta experiência de cuidar? - Como se adaptaram à situação de família cuidadora? - Sentiram que houve alteração na relação entre os membros da família desde que iniciaram o processo de cuidar? - E na dinâmica da família? Como se reorganizaram? - Há momentos em que sentiram que deixaram de fazer as atividades que costumavam fazer em família pela necessidade de cuidar? Ou alterar a forma como são feitas? - O que mudou nas vossas rotinas? - Houve alterações no papel que cada um desempenha na família? Quais?
3 – Analisar preocupações e sentimentos associados e decorrentes do processo de cuidar	Falando um pouco de sentimentos e emoções: - O que sentiram quando a família foi confrontada com a necessidade de cuidar de alguém? <u>Sentimentos:</u> desconforto, medo, insegurança, incapacidade, ansiedade, tristeza, angústia, cansaço, desgaste.... - Identificam-se com alguma (s) destas palavras? - Ao falarmos destas palavras como se sente neste momento em que estamos reunidos relativamente ao papel da família enquanto cuidadora? <u>Preocupações:</u> - Sentiram alguma preocupação? Quais?
4 – A visão da família da pessoa de quem cuidam	- Como acham que se sente o vosso familiar? (ter atenção ao grau de dependência: capacidade para verbalizar, manifestar-se, emitir opiniões, sentimentos, emoções...)

5 – Identificar as Redes de Apoio e estratégias utilizadas pela família no processocuidar	- Para além de vocês, recebem algum tipo de apoio para cuidar do vosso familiar? - Têm conhecimento da rede de apoio da qual vocês e o vosso familiar podem beneficiar? - Quando necessitam de algo ou alguém que vos ajude, o que fazem?
6 – Identificar as necessidades e dificuldades da família e contributos do Enfermeiro Especializado na Família	- Sentem que necessitam de apoio? (ou de mais apoio e que tipo de apoio?) - Identificam alguma necessidade e/ou dificuldade para vocês enquanto família cuidadora e para o vosso familiar? - Como caracteriza a intervenção do EF no processo do acompanhamento enquanto família cuidadora? - Que importância atribui ao enfermeiro? - Como é que o Enfermeiro pode ajudar uma família ao longo de todo o processo de cuidador (sendo que cada indivíduo é único, e que o seu processo de “cuidar” na dependência tem um início e um fim)? - Focando-se na vossa família e no vosso familiar: de que forma é um enfermeiro especializado na Saúde Familiar que vos acompanhe poderia ajudar?
Agradecer a colaboração do entrevistado. Sintetizar tópicos da entrevista. Dar oportunidade de completar ou corrigir algum aspeto. Sugestões	

APÊNDICE III - CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito
“Famílias com Pessoas Idosas Dependentes: Um Desafio à Enfermagem de Saúde
Familiar Especializada”, realizado por Domitila Cristina Carvalho Teixeira
Arieira, a frequentar de Mestrado em Enfermagem de Enfermagem Comunitária
na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Viana
do Castelo, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e da forma como vou
participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca
da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei
incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias,
e de todas obtive resposta satisfatória.
Foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha
participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para
a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: __/____/ 2023

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável

Assinatura:

APÊNDICE IV - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA
ULSAM, EPE

	Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde	Pág. 1 de 9
---	--	----------------------------------

1) IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO / PROJETO

a) Título do Estudo / Projeto de Investigação:

Famílias com pessoas idosas dependentes: um desafio à enfermagem de saúde familiar especializada

b) Identificação do Investigador Principal:

Nome: Domitila Cristina Carvalho Teixeira Arieira Instituição: Ulsam

Serviço/Departamento: UCSP Darque Grupo profissional: Enfermeira_

E-mail: crisariera@gmail.com Telefone/telemóvel: 966816730_

c) Identificação do Orientador / Supervisor

Não se aplica ☐

Nome: Alexandrina Campos

Serviço: UCSP Tiago de Almeida Grupo profissional: _Enfermeira_

E-mail: alexandrina.campos@ulsam.min-saude.pt Telefone/telemóvel: 917412254

d) Identificação do Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino:

O mesmo que em c) ☐ Não se aplica ☐

Nome: Maria Carminda Soares Morais Instituição: IPVC

Departamento: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo Grupo profissional:

Professora

E-mail: carmindamorais@ess.ipvic.pt Telefone/telemóvel: 962497420

e) Classificação do Estudo / Projeto de Investigação:

i) Trabalho Académico de Investigação ☒

(1) Não conferidor de grau ☐

(2) Conferidor de grau ☐

(a) Licenciatura ☐

(b) Mestrado ☒

(c) Doutoramento ☐

ii) Projeto de Investigação ☐

iii) Ensaio Clínico ☐

(1) Medicamentos ☐

(2) Dispositivos médicos ☐

	Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde	Pág. 2 de 9
---	--	----------------------------------

- (3) Outros produtos ☐
Quais? _____
- iv) Outro tipo de estudo ☐
Qual? _____

f) *Versão:*

- i) Novo ☒
- ii) Modificação / Adenda ☐
- iii) Prolongamento ☐

g) *Nome da Entidade Promotora (se aplicável):*

- _____

h) *Serviço(s) hospitalar(es) onde será realizada a investigação:*

- Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida

i) *Existem outros centros, nacionais onde a mesma investigação será efetuada?*

- i) Sim ☐
- ii) Não ☒

j) *Descreva, sucintamente, os objetivos da investigação:*

Objetivo Geral

Otimizar o processo de cuidados de enfermagem familiar especializada com famílias com pessoas doentes dependentes

Objetivo Específico

- Analisar implicação que advém de cuidar ao idoso dependente na estrutura familiar, nas relações interpessoais e nas atividades de lazer e laborais da família cuidadora;
- Analisar vivências que resultam do ato de cuidar de um idoso dependente;
- Analisar forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de enfermagem familiar especializada a famílias com pessoas idosas dependentes.

Mod. Q755.2 Ago/2020

	Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde	Pág. 3 de 9
---	--	----------------------------------

- k) *Data previsível de conclusão do Estudo / Projeto de Investigação:*
29/03/2023

(Após a conclusão do estudo/projeto de investigação deve comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos)

	Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde	Pág. 4 de 9
---	--	----------------------------------

2) RISCOS / BENEFÍCIOS

a) *A investigação envolve doentes?*

- i) Sim ☒
- ii) Não ☐

b) *A investigação envolve voluntários sãos?*

- i) Sim ☒
- ii) Não ☐

c) *Que benefícios poderão advir para os participantes?*

- Contribuir para a promoção da saúde na família coma pessoa idosa dependente, facilitando o seu empoderamento no processo de transição e na articulação com os recursos de saúde

d) *Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?*

- Não aplicável

e) *A investigação envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia)?*

i. Sim ☒ Em caso afirmativo, quais?

- Idosos dependentes_

Que razões justificam este envolvimento?

- Porque é um grupo constituinte da população alvo do estudo de investigação

ii. Não ☐

	Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde	Pág. 5 de 9
---	--	----------------------------------

3) CONFIDENCIALIDADE

a) *Serão realizados questionários aos participantes?*

- i. Sim ☒
- ii. Não ☐

b) *Indique como será garantida a confidencialidade dos dados obtidos?*

- Salvaguardam-se, em qualquer momento, os princípios éticos de anonimato e confidencialidade da família cuidadora e do idoso dependente, não expondo a sua identidade e garantindo o preenchimento do "Consentimento informado, livre e esclarecido", no momento da realização da entrevista. A participação dos sujeitos de investigação (pessoas capazes de decidir) terá de ser voluntária e livremente aceite. Será sempre acautelado o consentimento informado, esclarecido e livre pelos participantes. Apenas serão integrados no estudo aqueles que assim o desejarem, após clara explicação das fases do estudo, informação precisa acerca dos objetivos e métodos do estudo e que a recusa em participar não acarreta qualquer interferência ou prejuízo. Será assegurado o respeito pelos participantes em todas as fases do estudo, quer através da garantia da privacidade e a confidencialidade dos dados colhidos, quer do reconhecimento do direito dos participantes selecionados, mudarem de ideias a qualquer momento e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem um eventual abandono. A presente investigação, assim como o tratamento de dados, será realizada de acordo com a Declaração de Helsínquia. A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos. A recolha dos dados a identificação far-se-á por um código, não existindo em nenhum material de referência a dados de identificação. Os dados serão guardados num computador protegido por palavra-passe com acesso apenas pela equipa de investigação. Serão igualmente respeitadas as premissas do Regulamento Geral de Proteção de Dados Pessoais – Regulamento n.º 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril, referente aos "dados relativos à saúde". Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo, que não tem quaisquer interesses financeiros.

c) *Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente?*

- i. Sim ☒

Mod. Q755.2 Ago/2020

	Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde	Pág. 6 de 9
---	--	----------------------------------

Quem terá acesso ao processo clínico?

- Apenas a investigadora principal

ii. Não ☐

	Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde	Pág. 7 de 9
---	--	----------------------------------

4) CONSENTIMENTO INFORMADO

Está prevista a obtenção de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, contemplando a disponibilização de informação escrita para o participante, clarificadora dos objetivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes da sua participação no estudo/projeto de investigação, explicitando a sua inteira liberdade para decidir aceitar ou para decidir recusar a participação, garantindo que esta última opção está isenta de retaliação, afirmando idêntico grau de liberdade para, em qualquer momento do decorrer do estudo, poder anular uma decisão inicial de aceitação de participação – sem que lhe seja pedida justificação – com efeitos imediatos e sob a mesma garantia?

- i. Sim ☒
- ii. Não ☐
- iii. Não aplicável ☐

5) PROPRIEDADE DOS DADOS

a) *Havendo Promotor, os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva desta entidade?*

- i. Sim ☒
- ii. Não ☐

b) *Estão definidos critérios de publicação dos resultados da investigação?*

- i. Sim ☐
- ii. Não ☒

6) CUSTOS E FINANCIAMENTO

a) A investigação proposta envolve exames complementares?

i. Sim ☐ Quem suportará os seus custos?

• _____

ii. Não ☒

b) A investigação proposta envolve prescrição terapêutica?

i. Sim ☐ Quem suportará os seus custos?

• _____

ii. Não ☒

c) Este projeto é financiado?

i. Sim ☐ Qual é a entidade financiadora?

• _____

ii. Não ☒

d) Está contemplado qualquer ressarcimento ou remuneração aos doentes?

	Sim	Não	Não aplicável
i. Pela participação no estudo	☐	☐	☒
ii. Pelas deslocações	☐	☐	☒
iii. Pelas faltas ao serviço	☐	☐	☒
iv. Pelos danos resultantes da sua participação no estudo	☐	☐	☒

7) SEGURO

a) Este estudo/projeto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

i. Sim ☐

ii. Não ☒

	Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde	Pág. 9 de 9
---	--	----------------------------------

8) TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Domitila Cristina Carvalho Teixeira Arieira, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Diretiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Diretrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Diretrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001.

Viana do Castelo, 14 / outubro / 2023

O Investigador Principal

(Domitila Cristina Carvalho Teixeira Arieira)

APÊNDICE V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA COORDENADORA
DA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR

Ex^{ma}. Senhora
Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Tiago Almeida,
Dr.^a Renata Sousa

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo "Famílias com pessoas idosas dependentes: um desafio à enfermagem de saúde familiar especializada"

Eu, Domitila Cristina Carvalho Teixeira Arieira, Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Enfermeira na Unidade de Saúde Familiar de Darque, venho, por este meio, solicitar a V. Ex.^a a autorização para a realização do estudo supracitado.

Este estudo tem por objetivo analisar forças e fraquezas inerentes ao processo de cuidados de enfermagem familiar especializada a famílias com pessoas idosas dependentes na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida.

Face ao exposto, solicita-se autorização para realização do estudo de investigação na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida, da ULSAM, EPE, com as famílias cuidadoras com pessoa idosa dependente inscritas na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida, mais especificamente da lista de utentes da Enfermeira Tutora responsável pela minha orientação.

Grata pela colaboração.

Investigadora Principal,

Assinatura da investigadora:

(Domitila Cristina Carvalho Teixeira Arieira)

Viana do Castelo, 14 de outubro de 2023

APÊNDICE VI - UNIDADES DE ANÁLISE

UNIDADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS OBTIDAS ATRAVÉS DAS VOZES DAS FAMÍLIAS

1- Área temática – Dinâmica familiar na atualidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Coesão familiar		(...) É uma família unida, com muito amor, apoiamos sempre uns aos outros, e se calhar é por isso, por ser uma família que sempre teve muito amor (...) F1 (...) Boa família. Meus amigos. Portanto, tanto o filho, como a filha, como genro. Tenho um neto, também é amigo da gente. Eu acho que não posso dizer nada. (...) Somos unidos, muito unidos. (...) F2 (...) É uma família que se manteve unida bastante. E amorosa. Amor não faltou. Então da parte do marido, cuidou dela como cuidaria da mãe. (...) Mantém-se nada mais unida... Então, a minha filha está sempre a perguntar... mãe, o que é que precisas? e está sempre a perguntar (...) F3 (...) É uma família unida, (...) É. Que todos temos os nossos problemas, não é? Pronto. Há quem comece a dizer que a casa ralhada não é governada, mas proin. Algumas vezes lá temos as nossas... As nossas zaragatas (...) F4 (...) Nós aqui somos uma família muito unida (...) F6 (...) É mesmo assim, neste momento é mesmo assim. É saber que, olha, a esta hora não posso, estás tu. Às vezes vem a Margarida, outras vezes vem o Daniel, como ainda vão ontem e hoje. É assim. Somos nós, sabemos que naquela hora telefonámos uns para os outros. Ontem aconteceu. É, é isso mesmo. Não vai ser de outra forma, só se nós também... Não, é que eu queria o apoio domiciliário. Sim, mas neste momento ainda conseguimos (...) F7 (...) É uma família normal. Fazemos a nossa vida. Fazemos as nossas refeições todos juntos. Partilham as tarefas. Discutimos os pormenores da casa, o que é preciso para a casa, o que é preciso para a avó, tudo (...) F8 (...) A nossa família. É unida. Somos todos unidos. Sim (...) F9 (...) É boa, acho que é boa (...), os meus irmãos, lá está quando peço ajuda eles vêm. Então, podem vir, não é? Se não estiverem cá, podem estar a trabalhar fora do país é impossível vir (...) F10

		(...) Muito unida, muito amiga, muito, muito. Com muito amor, muito carinho, sempre tivemos juntos em tudo (...) F11 (...) Nós aqui somos uma família muito unida. Mas, claro, há momentos que também... Uma pessoa também está saturada. Porque não é fácil. Olhar pela minha mãe. Que é todos os dias. Não é fácil. Mas, como família, nós sempre fomos muito unidos. Muito. (...) F12 (...) Os meus filhos, comêdo-os, são unidos, os dois, que são os dois filhos que tenho... (...) Conosco, é a mesma coisa. São encaixáveis, (...) F13
Confinamento ao espaço doméstico		(...) A única coisa que mudou aqui agora é que temos mais, como é que eu hei-de explicar? Estamos mais presos, mais porque ela nunca pode ficar sozinha, se eu tenho que ir a algum lado, tem que ficar o meu marido para olhar por ela, ou se ele sair, tem que ficar, então fico eu, não é? Por norma, eu estou sempre. Quando tem que ir às compras ou ir a alguma coisa, sou que fico eu (...) F1 (...) Sim, mas... Sabe, como é? Não podemos ir dar uma volta. Podemos... Ficar mais... Eu tenho muito medo de a deixar sozinha. Porque ela agora... Ela não tem força, ela tem mais força do que eu. Ela agora atravessa-se na cama, contra a... a grade, destaca-se toda. Estava toda... Descoberta, estava (...) F2 (...) Tento fazer as minhas coisas também quando a Sara está em casa, porque há tardes que ela não tem aulas, não é? Às vezes, preciso de fazer alguma coisa, como comprar fraldas ou assiet, ou à farmácia, vou num instante e venho. Porque não tenho outra solução. (...) F6 (...) Não se pôde começar a sair aos fins-de-semana, estivemos sempre presos em casa (...) F11 (...) Olha, deixámo-la sair... Que eu não podia deixá-la sozinha. E depois também não tinha assim ninguém que viesse. (...) Eu estava sempre com cuidado com ela estava aqui 24 horas. Sempre. (...) F11 (...) O meu marido continua a sair. Ele, praticamente, é ele que faz as compras. E eu, praticamente, estou sem tempo. (...) Porque ela não pode estar sozinha. E eu não consigo deixar a minha mãe sozinha. Ela até me diz. Eu posso ficar sozinha, minha filha. Mas, eu digo, mãezinha. E não... hoje no almoço. Eu disse, mãezinha, se calis no chá. Não te levantas. Não, a minha mãe não pode ficar sozinha. Então, para mim, mudou muito. (...) Não tenho a mesma liberdade, não é? Não podemos passar férias. Não temos fins-de-semana. Que ele, de vez em quando, não é

		que ele possa tirar sempre, mas de vez em quando tirávamos. E pronto, isso é assim, é uma responsabilidade, não é? É o que é. Mas é a minha mãe e eu aí está decidido (...) F6 (...) Não, a minha mãe não pode ficar sozinha. Portanto, a nossa dinâmica em casa mudou totalmente. Então, para mim, mudou muito. Porque eu estou em casa. Estou sempre em casa (...) F12
Perda de emprego		(...) Agora não trabalho, porque tem que ter em conta, eu optei ou trabalhar ou tomar conta da minha mãe. É essa situação, depois de conversar com o meu marido, optámos eu por ela (...) F1 (...) Eu era costureira e depois tive a mióda. Comecei por ficar em casa. Ainda trabalhei em casa algum tempo. Mas deixei (...) F2 (...) Eu trabalhava, deixei de trabalhar (...) Eu fazia limpezas. Andava a dias. Eu já tinha deixado imensas coisas. Porque eu saía de manhã às oito da manhã e entrava às oito da noite (...) Depois cheguei a um ponto em que quando comecei a ter a minha mãe já com alguma demência e ela não fazia certas coisas que há aqui dentro de casa, eu deixei essas (...) F8 (...) Recriminação, porque ele não queria. Não é que ele expressasse assim, verbalmente, não quero. Sou contra. Não. Ele deixou o meu critério, não é? É a minha mãe, ele deixou o meu critério. Mas, notoriamente, eu, claro, entro menos dinheiro que entra em casa. Não é? Porque isto é assim mesmo, não é? O menos dinheiro para ele entra em casa (...) E pronto, isso é assim, é uma responsabilidade, não é? É o que é. Mas é a minha mãe e eu aí está decidido (...) A minha mãe é muito prática. Então, a minha mãe preocupa-se com o quê? Mãe, já tem 55. Como é que vai ser em termos de emprego? Está a perceber? Ela quer me chamar a atenção nessa parte (...) F6 (...) Tivemos que nos reorganizar, o principal foi eu, deixei de trabalhar, pronto, para cuidar dela e o meu marido continuou o trabalho (...) F11 (...) Ela que criava os meus filhos, que eu trabalhava. Ela que criava os meus filhos, ela que fazia a comida. Em tudo (...) Ela era costureira e depois teve a mióda. Comecei por ficar em casa. Ainda trabalhei em casa algum tempo. Mas deixei (...) Olha... vim para casa, fazíamos aqui o trabalho que tínhamos a fazer. Com a minha mãe. Foi assim a minha vida (...) F2

Retribuição afetiva		(...) A minha mãe nos deu amor, que agora também estamos a retribuir o amor que ela nos deu e que nós sentimos por ela (...) F1 (...) A minha mãe não é um peso para mim, é a ela estar a precisar e eu estar a colaborar e tento que isto não seja para ela ou que ela esteja a sentir (...) F2 (...) Foi, digamos que, uma coisa muito natural. Foi encarada como, há que o fazer, mas é muito natural, é com amor, com carinho, não há quem mais o faça e é a minha obrigação de filha (...) F3 (...) Eu vou-lhe retribuir o que ela me deu a mim. Pois, no fundo é mesmo isso. Uma retribuição com amor (...) F4 (...) E agora, quando olho para a minha mãe, o que eu sinto? Sinto que eu tenho que cuidar daquela pessoa o melhor que posso e sinto amor mesmo, amor, paixão mesmo (...) F6 (...) Ela é muito carinhosa, a minha mãe. Muito carinhosa. É muito querida mesmo (...) E em casa há carinho, há miminho, há... Pronto, olha, acho que ela merece, que eu penso sempre. Quem recebe estas coisas é porque merece, não é? Mas é tratada com muito carinho (...) F11
Adaptação ao papel de cuidadora	Stress familiar	(...) Tivemos que nos adaptar, ao princípio custou um bocado, porque... Tivemos que nos adaptar, custou muito (...) F1 (...) Não foi fácil (...) F2 (...) Pronto, agora no início mais, porque eu tinha que vir aqui ao fim de semana, porque não tínhamos o apoio domiciliar, começou a ser muito complicado (...) Um bocado complicado agora já me habituei já encarar, pronto, é assim tem que ser isto, mais cedo ou mais tarde uma pessoa podia nos acontecer (...) F4 (...) Para mim, no princípio, foi muito difícil e muito duro. Muito, muito duro. A adaptação. A adaptação. O deixar de ter a minha mãe, a deixar de andar, a não se mexer, e não ir aqui ou ali, ou a não fazer as coisas que ela normalmente fazia, bem ou mal, estragando ou não estragando (...) Não foi fácil, nada é fácil, mas tentámos nos ajudar uns aos outros (...) F7 (...) No princípio foi muito stressante para todos, o meu filho entrou numa depressão quando viu a avó a scamar e ainda hoje ele chora muito porque ele fica muito emocionado (...) F8

		Tivemos que nos reorganizar, não é? É, tá ali ao miniproço, depois o meu marido volta de trabalhar, quando eram mais compras, eu fazia uma lista, e ele ia ali ao continente, e pronto, e eram essas saídas assim. (...) F11 (...) Agora o David fez a cama... (...) mas ele fez a cama dele, lavou a louça do pequeno almoço. O almoço estava tudo arrumadinho. Quando eu cheguei a casa estava tudo limpinho. (...) Desde que a minha mãe agora ficou assim, é o meu marido que vai sempre às compras, sempre. (...) F12 (...) Eu vou fazer a comida. Faço a comida e ela depois começa a ver o preço certo. A comida está pronta, acaba o preço certo, vamos comer. (...) F13
	Manter a estabilidade emocional	(...) Sim. Falamos sobre os problemas com os meus filhos, o meu filho almoça e janta todos os dias connosco, fazemos companhia e a minha filha vem cá jantar todos os dias e falam sempre com a avó. (...) F2 (...) Mas também a contrapartida é boa, não é? Temos aqui, está aqui a minha mãe, não é? Presente, também sem que ver isso. (...) Ela é muito carinhosa, a minha mãe. Muito carinhosa. É muito querida mesmo. (...) F6 (...) Temos laços fortes (...) F7 (...) Tornámo-nos mais unidos e com mais tarefas (...) há mais tarefas que vamos dividindo entre nós (...) F8 (...) Ele é muito amigo da minha mãe. A minha mãe tem no como um filho. E ele é muito amigo da minha mãe. Muito. A minha mãe é muito amigável. (...) F12 A minha mãe tem muita sorte em ter um genro assim. (...) F12 (...) Eu disse-lhe, eu sou a avó. Ela é a avozinha, a avozinha, dá-lhe abraço, dá-lhe beijinhos. A avozinha sempre aquela... O meu filho também muito carinho com a avó, eu sempre a mantive muito bem cuidada (...) F11
Comunicação Comprometida		(...) O nosso diálogo é muito distante, é o necessário, só o necessário, quando precisa falar, quando não precisa não fala, e, portanto, é assim, F5 (...) Quando vi que eles se desgastaram assim da minha mãe... do meu pai. Eles eram tão amigos da minha mãe, e do meu pai e deixaram de telefonar e perguntar por eles, de certa forma também me desliguei deles, não é? As pessoas acabam por se afastar... Pronto, se me virem na rua não perguntam por ele... não há motivos, há algumas coisas que não entendo. Se puderem passar para o outro lado da rua para não falarem... eu vejo que o fazem.

		(...) Está bem, está. Passam aqui, que eu estou aqui muitas vezes a passar a ferro, passam aqui o a minha cunhada, a minha sobrinha, lá querem saber. E a minha irmã também. Sabem que aqui que a minha mãe que está muito bem cuidada, que está. Que está bem entregue. E é mesmo isso. É complicado. É. Se a enfermidade é complicada. (...) F12
Perturbação das atividades de lazer		(...) Olha, mudou que nunca passei (...) F2 (...) Podíamos sair e ter com alguém, com alguns amigos ou assim, mas vimos logo para casa. Nunca ficámos muito tempo fora, porque sabemos que ele precisa de ajuda (...) F9 (...) Deixámos de sair, de fazer certas coisas, porque agora temos que, ou tenho que ficar aqui em casa, ou todos temos que ficar aqui em casa, e por exemplo, nos anos, nas férias, no Natal, mudou tudo a rotina, no fundo até mudou a rotina (...) F1 (...) Eu não vou para os anos de ninguém e não vou deixar a minha mãe sozinha. Não isso, não é? Então, tivemos que nos reorganizar novamente o sistema da família, no fundo. (...) F1 (...) Nós saímos. Dávamos os nossos passeios. É claro. Sempre. Saímos. Constante (...) F12 (...) Oh, como é que vem fazer caminhadas? Parei um bocadinho, assim... Olha, é triste (...) F2 (...) Foi-me privando disso, daquilo e daquele outro, não é? E pronto, de uma forma, às vezes, com algum custo, muito honestamente, mas foi pondo as coisas nos seus lugares, fora. Primeiro isto, depois aquilo, depois aquilo outro. Foi traduzindo prioridades (...) F5 (...) Fim-de-semana estávamos a ir, fomos para o shopping, almoçávamos no shopping, tínhamos de preocupar com nada, tipo essas coisas, não é? Que as outras pessoas fazem. Íamos ao porto, íamos para ali, para lá, claro que isso tudo foi um bocadinho alterado, não é (...) F6 (...) No verão, ir à praia, ou ir assim. Agora é assim, (...) F7 (...) Agora é assim, eles vão, o meu marido saber alguma coisa que ele tenha que fazer, vai. Porque ele participa em certas coisas e não vai deixar de fazer só porque eu não consigo ir. Ele participa nas festas da Semana da Agonia, com os andores e tudo e isso tudo, e ele não vai ficar em casa para fazer só porque eu não consigo ir. (...) F8

2- Área temática – *Dinâmica familiar anterior à situação de dependência*

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Afeto		(...) Foi ela que os criou, e ainda hoje eles têm um amor por ela, que às vezes, quando acontece qualquer coisa, ela tem que ir para o hospital, e eles já ficam desorientados, que vão ser a última vez que a vão ver, ou coisa no gênero, e essas situações que às vezes, aí se nota o amor que há nesta família (...) F1 (...) Ah, era boa. Ela que criava os meus filhos, que eu trabalhava. Ela que criava os meus filhos, ela que fazia a comida. Era tudo. (...) F2 (...) Não, ela era uma pessoa amorosa, (...) fomos a qualquer lado, nunca ficou para trás, e sempre foi um prazer andar com ela (...) F3 (...) Muito honestamente, eu até posso dizer que, pá, eu gosto muito de a ter aqui, (...) F5 (...) Eles eram muito unidos, porque ela ajudou-o a criá-lo, para ele poder trabalhar. (...) F8 (...) O meu filho disse-me, não, mãe, você vem para a minha casa. E eu disse assim, eh... Só não quero que o levem para um lar. E ele disse, não, enquanto eu for vivo, não vai para o lar. Nem vai você, nem vai ele para o lar... Enquanto eu for vivo (...) F9 (...) E gosta de trazer para a minha mãe. Ele gosta muito... O miminho. Sempre. Sempre a trazer para a minha mãe. Ele... Olha, uma frutinha é melhor para a minha mãe. (...) F12 (...) Mas principalmente o mais velho é fora de sério. É um indivíduo... É uma joia. Mas o mais velho... E o mais novo também, mas o mais velho é o perfeitinho (...) Ele vem sempre todos os dias de manhã tomar o pequeno-almoço conosco. (...) F13
Desempenho profissional		(...) Quando a minha mãe não estava acamada, a gente podia, tinha outra vida, tinha uma vida mais livre, posso dizer, não é? E eu, por exemplo, ia trabalhar, estava a trabalhar (...) F1 (...) Eu era costureira e depois tive a minha. Comecei por ficar em casa. Ainda trabalhei em casa algum tempo, mas deixei. (...) F2

		(...) Eu estava a trabalhar. (...) F3 (...) Eu trabalhava, deixei de trabalhar (...) F8 (...) Trabalhava, só viaha à noite, aquilo era uma rotina entre todos, aquilo era só à noite e às vezes nem nos encontrávamos. Agora não, eu estou aqui ao meio-dia, estou sempre aqui. (...) F9
Interação social		(...) Andava no ginásio, quando tive aquela depressão, a tentei ir para o ginásio (...) F1 (...) É como tu digo, fomos à praia, eu não gosto de praia, fomos à praia com os miúdos, pronto, aí era assim, fomos às compras, porque ela estava bem, e o resto da minha vida foi sempre aqui presa. (...) F2 (...) Quando a minha mãe estava bem, fomos aos convívios e levávamos e pronto, a vida nunca foi diferente por ela vir para a nossa casa. (...) F3 (...) Nós saíamos. Dávamos os nossos passeios. É claro. Sempre. Saíamos (...) F6 (...) Fomos sempre dar caminhadas. Eu e o meu marido, fomos, olha, até a Ancora, por aí fora. Fomos sempre dar uns passeios. fomos à cidade. fomos sempre até à cidade. Agora, nada. fomos muito até Ponte de Lima. Dar as nossas voltas ao domingo. Olha, por acaso, ontem fomos a Ponte de Lima. Agora, pronto. Tínhamos, assim, estas dinâmicas. Queremos sair, passear. Gostávamos muito de sair a pé. Eu gostava muito de sair a pé (...) F6 (...) Ou sair, ou irmos dar uma volta, irmos até à cidade, ou se houvesse uma festa de anos ou qualquer coisa assim. Normalmente fomos sempre os quatro porque era quase sempre o convite feito à família (...) F8 (...) Andava com os amigos, saía um bocadinho, estava, tinha uma vida mais ou menos (...) F10

		(...) Ah, fazia nessa altura. Fazia umas caminhadas. (...) Depois fomos, nessa altura, fomos um bocadinho ao baile. Que o meu marido é o tesoureiro ali da sociedade, da associação. E fomos, eu gostava, fomos às vezes à noite no verão, fomos dar uma voltinha, coisa, e sim abdicámos disso tudo, (...) F11 (...) Eu gostava muito de ir a fazer as nossas caminhadas. O meu marido continua a sair. Ele, praticamente, é ele que faz as compras. E eu, praticamente, estou sem tempo. (...) F12 (...) Eu fui à Terra Santa oito dias. Fomos a... Mas já fui com uma bangala. Fomos a... A Barcelona, a Lourdes e a Madrid e tal. Outros oito dias... Fomos outros dias aos Açores. Depois terminou porque ela não (...) F13
Relações familiares comprometidas	irmãos	(...) Um certo choque de opiniões, é uma pessoa um, digamos, como se costuma dizer, teimosa, com... E, se calhar, também o serrei, não é? Também o serrei, não é? Confesso que sou... Com feição difícil. Difícil, é. E, portanto, chocamos muito, não é? E, portanto, para evitar, não é, choques e discussões e, enfim, situações desagradáveis, a gente evita-se. Estamos só o necessário, não é? (...) F5 (...) Iam para os escuteiros, só davam passeios de moto, gostavam muito das motos. Andavam não muito, tiveram uma educação para os mezinhas, andavam mais à solta. E as mezinhas é que trabalhavam. F10
	mãe	(...) A minha mãe sempre foi uma mãe distante, não é? Pronto. Mas isso não invalida que eu não seja agora um filho presente (...) F5

Área temática 3-Alterações face à situação de dependência

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Restrições	Restrição socio-afetivas	(...) Privam-me de muita coisa e atravesso algumas...E outras coisas, não é? A minha vida afetiva, não é? Que às vezes eu tenho...Sou um indivíduo capaz, não é? Sou um indivíduo com um potencial (...) F5. (...) São no saíremos juntos. O saíremos juntos é que terminou. Às vezes ainda saímos juntos, uma vez ou outra. Precisávamos sair juntos sempre. Por exemplo, um aniversário, ir a uma festa. (...) F8 (...) Estar isolada. (...) Não é? Se calhar pode dizer que também não casei foi esse motivo. Até podia ficar sozinha à mesma. (...) F10 (...) Arrumávamos, íamos sempre à nossa voltinha, íamos muitas vezes a dar um passeio... Deixávamos o carro na Praia Norte, íamos ali pela beira do rio... Passear, gostava muito de passear. A Santa Luzia, há dois anos que não vamos. Mudou muito a minha rotina, até para mim. Isso mudou muito. (...) F12
	Confinamento ao espaço doméstico	(...) Estamos mais presos, mais porque ela nunca pode ficar sozinha. (...) F1 (...) Não, a minha mãe não pode ficar sozinha. Portanto, a nossa dinâmica em casa mudou totalmente. Então, para mim, mudou muito. Porque eu estou em casa. Estou sempre em casa (...) F6 (...) Ficamos tipo o bicho-de-mato. As pessoas são fechadas dentro da casa. F10 (...) Não se pôde começar a sair aos fins-de-semana, estivemos sempre presos em casa. (...) F11
	Festividades	(...) Agora, desde que a minha mãe acabou, isso acabou, passou a ser tudo aqui na minha casa. Então, Natais... Ano... Natal... Ano novo, anos, ou seja, de quem fôr, festejam todos aqui. Porque? Porque a minha mãe não pode (...) Eu não vou para os anos de ninguém e não vou deixar a minha mãe sozinha. Não isso, não é? É. Então, tivemos que nos reorganizar novamente o sistema da família, no fundo (...) F1

		(...) Nas rotinas, nós deixámos de...Quer dizer, nós tivemos que deixar... Olha, deixámos de sair... De ir a encontros, de ir a batizados. De ir a festas, que eu não podia deixá-la sozinha. E depois também não tinha assim ninguém que viesse (...) F11 (...) Ele participa nas festas da Semana da Agonia, com os andores e bareo e isso tudo, e ele não vai ficar em casa para fazer só porque eu não consigo ir. (...) F8
Desvalorização do corpo		(...) Eu antes andava no ginásio, quando tive aquela depressão, a terminei ir para o ginásio e desde que entrou o Covid e a minha mãe também agravou mais, ficou a ser mais dependente ainda de mim, eu tive que deixar isso. Se calhar até me fazia bem (...) F1. (...) Gostava de fazer umas caminhadas. Gostava de ir para um ginásio, assim, não é? (...) F6 (...) Porque eu estava a ficar presa, estava a aguentar muito peso, eu estava a me sentir muito mal. (...) F8 (...) Foi então, tirei estas brancas, que eu tenho muitas brancas, que eu já andava com as brancas enormes. Hoje não dava, por causa da minha mãe. Agora também não dá, porque agora também não dá. De manhã nunca dá (...) F12.
Abandono do emprego		(...) Estava a trabalhar, agora não trabalho, porque tenho que tomar conta, ou optar ou trabalhar ou tomar conta da minha mãe (...) F1 (...) Tive que deixar de trabalhar (...) F2 (...) Deixei o trabalho (...) F3 (...) Eu trabalhava, deixei de trabalhar (...) F8. (...) Deixei de trabalhar, pronto, para cuidar dela (...) F11 (...) Agora, foi isso a escolha que eu fiz. ...Como é que vai ser em termos de emprego? Está a perceber? Ela quer me chamar a atenção nessa parte (...) F6 (...) Eu trabalhava, deixei de trabalhar (...) F8
Perturbações do sono		(...) Menos horas de descanso, porque acabou por dormir menos (...) F2 (...) Havia noites horríveis. Eu estava, sei lá, três, quatro horas da manhã, estava aqui a descer. (...) F5

		(...) Ela não consigo dormir uma noite sossegada (...) F6. (...) A noite é terrível (...) Mas é engraçado que eu já vim dormir com ela. E de noite, se nós dormimos à beira dela, ela não fala. (...) F7 (...) Eu já andava numa altura muito estressada porque a minha mãe estava a dormir muito pouco. E eu estava também a não dormir. Tinha o sono alterado. Estava com os sonhos muito alterados (...) F8 (...) Mas, por exemplo, eu não consigo dormir uma noite sossegada. (...) F12 (...) Porque de noite é que elas falam, é que elas sabem. Por muita medicação que faça, a noite é terrível. E as noites são muito grandes no inverno, no verão ainda se vai fazer. No inverno é terrível. E depois dormiam durante o dia. Pois, e depois durante a noite. E assim, ela não vai dormindo. Ela fala como se estivesse a viver a vida (...) F7 (...) Andava numa altura muito estressada porque a minha mãe estava a dormir muito pouco (...) E eu estava também a não dormir. Tinha o sono alterado. Estava com os sonhos muito alterados e andava muito frustrada (...) F8 (...) Eu sou alegre porque o meu médico também me dizia tens que tomar um comprimido para dormires melhor, porque às vezes era o caso de dormir mal (...) F11
Abandono dos estudos		(...) Deixei de fazer tudo. Não é? Para de estudar, não é? F10

Área temática 4-Sentimentos e emoções

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Cansaço		(...) Sinto cansaço, mas se calhar é... O sentimento supera muitas vezes o cansaço (...) F1 (...) Sinto-me cansada. (...) Só me apetece chorar. Às vezes vou lá para fora. Angar... anjo e vou chorar, ali para trás. É assim. (...) F2 (...) Cansaço (...) F5 (...) Sinto-me cansada (...) F6 (...) Há dias que uma pessoa está muito cansada (...) F9 (...) Cansada sim. Ai, cansada... Só queria ficar na cama. Um dia disse há minha cunhada, só gostava de ficar na cama (...) F10 (...) Desgaste, tristeza não... cansaço sim, eu sou alegre porque o meu médico também me dizia tens que tomar um comprimido para dormires melhor (...) F11 (...) Sinto-me cansada. (...) F12 (...) Cansada de sofrer. (...) F13
Afecto		(...) E ainda hoje eles têm um amor por ela (...) F1 (...) E ele entra no quarto, e ela pede-lhe beijinhos, e dá-lhe beijinhos. (...) F8 (...) É uma adoração por ela. F10 (...) As minhas netinhas, logo de bebés, era a avoizinha, ainda agora chamam-me. Eu disse-lhe, eu sou a avó. Ela é a avoizinha, a avoizinha, dá-lhe abraço, dá-lhe beijinhos. A avoizinha sempre aquela... O meu filho também muito carinho com a avó, eu sempre a mantive muito bem cuidada. (...) F11 (...) Eu acho que nunca dei tantos beijos há minha mãe, como dou agora, senhora enfermeira. (...) F12

Tristeza	(...) Às vezes muito triste. (...) É triste. Mas também para o lar não a levo. Para o hospital também não a levo. (...) F2 (...) Sinto-me triste por ela. Por ela não falar tanto. Não a conseguir perceber. Não termos diálogo (...) F3 (...) Tristeza clara mas temos que seguir a vida porque não eu acho que pronto isto acontece. (...) F4
Desgaste emocional	(...) Desgaste sim, desgaste sim (...) olhar para a pena dela, a enfermeira Margarida, sei lá, olha, está a ver a visão, não consigo. Aquilo mexe muito comigo emocionalmente. Afeta. Mexe, mexe, mexe, mexe muito mesmo, percebe? (...) F5 (...) O desgaste psicológico e físico (...) F7
Insegurança	(...) Eu estou sempre muito insegura. Muito. Eu estou sempre muito insegura (...) F6 (...) O papel de filha (...) muitas das vezes sem informação nenhuma. (...) A doutora disse-me como é que se faz a insulina, mas foi só dito assim de cor, agora faz. Como é que administra a insulina? F10 (...) Eu estou sempre muito insegura, com receio. Com certeza, com a idade vai agradando, não é? (...) F12
Preocupação	(...) Agora fiquei mais preocupada, porque estou sempre preocupada que pode acontecer alguma coisa, não é? (...) F4 (...) Faltou sempre preocupada. Preocupa-se demais. Muito preocupada. Eu estou sempre... F6 (...) Eu estou sempre muito preocupada, muito preocupada com a minha mãe. (...) F12
Medo	(...) Não podemos ir dar uma volta. Podemos... ficar mais... Eu tenho muito medo de a deixar sozinha. (...) F2 (...) E eu estou sempre com muito medo da minha mãe. Tenho muito medo da minha mãe (...) F6
Frustração	(...) Dá-me pena ao olhar para mim. E ver quem foi ... a senhora que foi, isso sim. Que me dói muito. (...) F3 (...) Sinto pena e frustração por ver a minha mãe como está (...) F8
Indiferença	(...) A pessoa já é indiferente. Indiferença. A pessoa já se acomodou a esta vida... F10

Área temática 5- Recursos mobilizados

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Família	irmãos	(...) A minha irmã me queria vir ajudar também não pode, porque ela, ao sábado, também trabalha, porque tem um estabelecimento dela. Sim. (...) Porque ela nos diz, ao domingo, por exemplo, diz ela assim, Paula, queres ir a algum lado? Vai, que eu fico com a mãe. Tem que ela vir para aqui, claro, porque ela não vai para a casa dela (...) há minha irmã, quando às vezes (...) F1 (...) Se precisar, sim. Só que eles têm um tempo limite. Chega aquele limite, têm de ir embora.F10
	filhos	(...) Os meus filhos também compreendem que, às vezes, quando eu preciso de ir a algum lado para festejarmos uma data, por causa da data de casamento, aniversário de casamento, eles vêm cá e estão aqui com a avó enquanto nós não estamos cá, pronto, para poder olhar por ela (...) Geralmente, recorro aos meus filhos para me ajudarem aqui, em alguma situação (...) F1 (...) A minha filha, nos dias que não tivermos aulas, colabora ela (...) F2 (...) Temos, a colaboração de todos os filhos estão aqui sempre. Se não for um, toca o outro e filha, vens cá e tal. Mais ou menos é assim. Ela está aqui nesta casa agora, nós também estivemos ali naquela. E pronto, é assim. Estamos todos a colaborar, somos uns e outros (...) F7
	pai	(...) Minis na parte, lá está, da alimentação, porque depois se eu não estiver e o meu pai ajuda a comer, já não tenho que cozer. Não tenho que fazer, é só ajudar a minha mãe a comer (...) F2
	conjugue	(...) Eu vinha e vestia-o. Ainda comia, dava-lhe a medicação, pedia-a comer, porque ela ia comendo alguma coisa pela mão, às vezes brincava mais do que outra coisa. E depois como eu não tinha tempo para terminar, o meu marido acabava de dar-lhe de comer, arrumava a louça (...) F3
Vizinhos		(...) Mas imaginemos que ela por qualquer motivo se virou ou eu tenho que a virar e me dar um jeito e fugo e coisa. Não vou esperar que venha a minha filha, tenho aqui a minha vizinha que está sempre...F3

		A vizinha, sem dívida. F3
Social	Apoio domiciliário	(...) Existe o serviço de apoio domiciliário em algumas situações podem vir ajudar na na higiene, ligaram-me há dias exatamente dos serviços não sei que tipo de serviços os cuidados paliativos. E depois pediram-me uma série de documento em que pronto, eu tinha que declarar os meios onde viviam as pessoas e os rendimentos as pessoas e tal. E depois de eu entregar toda essa documentação e inclusive as receitas médicas do mês... Mas não aceitei... F5 (...) O serviço de apoio domiciliário (...) F6
	Centro de dia	(...) Já os procurei. O centro do dia ... Sim, mas pronto, é preciso vagas e enquanto não há vagas e preciso recorrer aos familiares, alguém que venha a pagar, essas coisas (...) F3: (...) Já pedimos várias vezes para ir para Centros de Dia e ela está a falar. Ela tem receio de ir (...) F7
	Segurança social	(...) A Segurança Social e tinha que pedir aquele apoio familiar. Eu expliquei, ela sabia mais ou menos (...) F4
Equipamento de apoio	fraldas	(...) As fraldas, embora ele desça na mesma, não são? Mas pronto, é uma ajuda querida, não é? Claro que sim, tenho o direito (...) F1

Área temática 6- Estratégias de Superação

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Atitude positiva		(...) Que Deus me dê vida e saúde, pelo menos para também quero depois da minha mãe falecer, para também olhar para os meus netos, para os meus filhos, mas agora que me dê vida e saúde para poder olhar por ela (...) F1 (...) Ela tem muita sorte. Ela tem uma sorte... É assim que o senhor quer, assim a vontade seja feita. (...) F2 (...) Sou um indivíduo forte, sou um indivíduo positivo, não é? É realista e sou um indivíduo que... Enfim, procuro ser. Não quer dizer que o seja, assim, de uma forma tão... Tão determinada como eu estou a dizer, mas procuro ser, não é (...) F5 (...) O lado positivo, sim. Não pode ser tudo negativo, não é? Portanto, também temos que ver o lado positivo. Sim. Não é só o lado negativo, não é? Eu não vejo só as coisas negativas, não é? Eu também. Não posso ver só assim, não. Nós não podemos ter tudo, não é? É isso mesmo. Porque nós, assim, nós já temos uma coisa, temos outra. Não é? Nós não podemos ter tudo. Nós não podemos estar com os nossos pais e ter a nossa liberdade na mesma. (...) F6 (...) A família não anda de outra maneira, senão a gine ali em torno do idoso. Não, não. É o idoso que está em primeiro lugar. (...) F8 (...) E nós vemos sempre o terço, rezamos o terço na televisão. Os dois. (...) O que é melhor que isso? Está a perceber? Por isso, é que me dedico a ser... F13
Assegurar os autocuidados		(...)Jeu蓬bo-me a pé, tenho que ir logo, vou fazer a higiene à minha mãe, logo de manhã. Depois dou-lhe o pequeno-almoço, parece que não, mas ao fazer a higiene demora tempo, porque não faço a higiene em um quarto de hora, nem em 20 minutos. Porque tenho que ir a lavar, tenho que mudar a fraldinha, lavar o corpo, lavar essas coisinhas todas, pôe os cremes, isso tudo, depois dou-lhe o pequeno-almoço (...) F1 (...) Eu agora nem a tenho trazido à casa de banho e lavo-a no quarto. Mas ela ajudava, a segurar nela. O meu marido... Outras vezes é com a Clara. Mas agora nem a tenho trazido. Desde que me ficou outra vez aqui, nem a tenho trazido.

		Na quarta tinha dado banho de manhã na cama. Lavei a cabeça. Passei todo umquinho. Pus creme. (...) Tinha-lhe dado o banho e estava suja. E via, já estava suja. Já foi a terceira fralda que lhe pus. Hoje eram sete e meio da manhã. Já estava a fazer a cama dela. (...) F2 (...) Acurreta uma carga maior, por exemplo, para mim que não está com a minha filha em casa, tenho que ser eu a fazer, tratar da alimentação, portar o cozinhar, ir às fazer compras, tratar de roupas, cuidar de casa, isso acaba por ter que ser eu a fazer (...) F2 (...) Levantá-la e então eu meio-a no aparador para ela estar ali e coisa para fazer o que ela tem o xixi essa coisa e ela vira-me para mim e diz assim ...oh minha filha dos-te tanto trabalho... porque a minha mãe vê que é ela que está dependente de nós e ela vira-se para mim e diz assim eu dou muito trabalho... F4 (...) Eu dando todo e prestando todo o tipo de assistência, nomeadamente alimentar e de apoio a nível médico, medicamentoso e deslocações a todo nível, não é? (...) F5 (...) Eu deu-lhe banho, eu limpo-a, eu deito-lhe creme. E hoje eu vou-lhe dar banho. Já lhe disse ela que hoje vai dar banho. Tem a pele assim a ficar seca. Tem que deitar muito creme no corpo. E tem que lhe dar mais água. Depois ela bebe pouco. É, deita-lhe uma garrafinha à mão. Eu posho no cio para dar banho. Eu digo-lhe que quer água. Ah, não quero. Eu vou buscar (...) F6 (...) A lavo, que a ponho em condições, que a vou virando, que a vou pondo sentada quando consigo, porque ela é muito magrinha e dói-lhe imenso o rabinha. Portanto não consigo estar muito tempo sentada e eu vou gerindo isso tudo (...) F8 (...) Cuidar dele, do banho, do almoço, essas coisas (...) F9 (...) Dou o banhinho e assim o banho todo como ela não tinha feridas não tinha nada, banho todo completo mesmo dava-lhe duas vezes por semana e depois todos os dias lavava no meio das perninhas a carinha pronto quando era o banho completo. (...) F11
--	--	--

		(...) Eu deu-lhe banho, eu limpo-a, eu deito-lhe creme. E hoje eu vou-lhe dar banho. Já lhe disse ela que hoje vai dar banho. Tem a pele assim a ficar seca. Tem que deitar muito creme no corpo. E tem que lhe dar mais água. Depois ela bebe pouco.(...) F12
Memoórias passadas		(...) Olha, sou a sua filha, sou a Maria. E às vezes, então às vezes para ela comer e disse, olha, tem que comer, temos que ir à horta, temos que ir ao campo que ela conhecia lá. Temos que ir buscar aquela vaca, aquelas orelhas aqui. Tudo o que ela tinha, que ela na altura tinha é conversa que eu falo com ela. Porque na verdade é tudo o que eles se lembram. É o mundo onde eles estiveram e é o mundo que a gente tem que... E eu vejo que com essa conversa, vá lá, despache-se que eu quero...Porque às vezes já está ali, fica com a comida na boca, é preciso... Ah, vá, tem que engolir. Ela até de noite às vezes sosse-me para limpar a garganta e ouço. Porta aberta fica dela, fica a minha para poder ouvir. É pronto. E assim, então dando-lhe essa conversa assim ela... Ela consegue comer...F3 (...) Desta forma, é uma compensação aqui a minha filha porque o tem o fetiche da minha mulher é muito o fetiche dela. É um jatinho muito igual (...) F10
Observação dos cuidados dos enfermeiros		(...) Olha, a gente vai indo e vai aprendendo e vai... Vendo os outros, a enfermeira. Vendo os outros e no hospital. Quando a gente vai... O hospital dela o olho. E eu, sozinha, fui começando com o meu jeito. Talvez não prejudicando a minha mãe, mas prejudicando-me a mim. Por exemplo, a nível de coluna. Porque eu não estudei os métodos (...) F6 (...) Olha, a gente vai indo e vai aprendendo e vai... Vendo os outros, a enfermeira. Vendo os outros e no hospital. Quando a gente vai... O hospital dela o olho. E eu, sozinha, fui começando com o meu jeito. (...) F12
Brincar		(...) Olha, a minha filha brinca muito com ela. O meu filho é... Ela gosta mais do meu filho. Mas também gosta da minha filha. Claro, mas o meu Filipe. O meu Filipe. E a Clara brinca muito com ela. E pronto, fazemos tudo o que podemos por ela. (...) F2 (...) Eu costumo brincar e dizer-lhe assim. Ai vai o primeiro. Ora, agora este é um torpedo. Vamos embora que este é o grande. É o primeiro. E ela ri-se. Meio-lhe na boca e digo-lhe logo, engole. Olha que azeda muito. Engole. Sendo daqui a bocado tens a boca amarga. Não consegues. Ela... Lá... Engole. Há dias em que eu tento por mil e uma coisa que ela engole. E ela não engole. Então acabo o comprimido por derretar na boca e amargar. E eu vou metendo comida para ela tentar engolir. E ela acaba por engolir. Mas depois resmungo comigo. Quebra. É amargo. É azedo. E eu pronto digo-lhe. Tá, mas eu disse-te que tinhas que engolir e não... E vou... Eu vou brincando com ela e com a situação dos comprimidos e da comida porque... Para ela... E vai colaborando, não é? Para ela ir colaborando (...) F8

Área temática –7- Necessidades sentidas e expressas

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Retribuição de afeto		(...) Eu deixo-me ir à beira dela, porque ela gosta. Está sempre a dizer, anda para a minha beirinha, anda para a minha beirinha. Vámes lá, vámes lá, para aqui para a beirinha. Para a minha beirinha. Então eu deito-me ali ao lado dela, na cama, ao lado dela, que ela já deitava, e estamos ali as duas. É importante. É. Olha, quer... Ela precisava de dar vida sem mais, eu acredito (...) F1 (...) E agora, quando olho para a minha mãe, o que eu sinto? Sinto que eu tenho que cuidar daquela pessoa o melhor que posso e sinto amor mesmo, amor, paixão mesmo. (...) F6
Informação acerca dos cuidados a prestar		(...) Gostava, pronto, de que houvesse alguém que, no fundo, elucidasse certas coisas, elucidasse e ajudasse, certas coisas que se calhar a gente têm direito, e que, no fundo, nós, não é por ignorância, é porque não nos dizem, não é? E não sabemos, se calhar até podia ajudar mais a minha mãe, e não sei (...) F1 (...) A gente não sabe se estamos a fazer bem (...) F7
Sem necessidades		(...) Mas neste momento sinto que não precisamos de apoio. Não, neste momento acho que não (...) neste momento não (...) F2 (...) Não. Eu. Não tenho necessidades... A minha mãe ainda está naquela fase, por enquanto, que, por exemplo, lá vou de manhã e ela depois vai à casa de banho, porque ela tem aquele apoio na sanita. E ela vai sozinha ali à casa de banho (...) F6 (...) Para já não preciso de nada. Não quer dizer que mais tarde eu não venha a precisar, mas para já não. Para já consigo (...) F9 (...) Como eu digo, eu já me habituei de tal maneira, que já nem sei o que a pessoa tinha para fazer. Sou eu que dou o banho ao meu pai. Dá-me prazer, satisfação tudo que faço pelo meu pai (...) F10 (...) Acho que não. Por enquanto, vamos fazendo. Nós os três vamos fazendo. Eu, o meu marido, o meu filho vai ajudando. Vamos fazendo. F12

		(...) Para já não estamos a sentir dificuldade de nada. O meu filho bota uma mão em alguma coisa que faça falta e está tudo... controlado (...) F13
Técnicas		(...) nós não temos apoio a nada nem à ambulância nem à fralda não temos nada a única coisa que eu consegui ter o apoio foi o distrito de multissus que agora a minha mãe (...) F4
Financeiras		(...) Fraldas, estas coisas que faz falta. Cremes. Que contribuíssem com cremes e com fraldas (...) F2 (...) O único apoio é que se eu não precisasse de pagar, seria bom. (...) F3 (...) Apoio à terceira pessoa (...) F8 (...) Mais apoio era numa parte financeira. Olha que se tem muitos gastos (...) F11

Área temática – 8-Dificuldades Percebidas

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Acceso a estruturas de apoio financeiro		(...) Há apoios, não há falta de apoios, não é? Há apoios, porque é assim, nós se quisésssemos poderíamos recorrer, por exemplo, a um centro de dia para vir a casa. Ao serviço de apoio domiciliário exatamente para dar o banho, esteja a banhar. Para vir a dar, fazer a higienização da casa, da pessoa, em questão neste caso a minha mãe, traga a alimentação, só que isso acarreta custos. E neste caso... E neste caso, os meus pais que não têm uma pensão muito baixa, não conseguiriam se calhar suportar as despesas (...) F2 (...) E não temos apoio nem nada. Eu acho que o trabalho é importante. Mas eu não digo tanto. A minha mãe acho que ainda é a mais importante. E eu se quero tomar conta da minha mãe. Porque é que a Segurança Social não nos ajuda nessa situação. É isso que eu não concordo. Mas eu vou até à última (...) F4 (...) Não há cuidador informal. Foi muito falado no decreto-lei que ia sair para ajudar dos cuidadores informais. Sim senhor, ficou no papel. Porque não há. Não há cuidador informal. Não há. Não há. Ou há o apoio à terceira pessoa. (...) F8
Preservar a atividade social		(...) Aquilo que eu me levantava, E me arranjava, E tomava o meu pequeno-almoço. E eu ia fazer as minhas coisas. Agora não. Tem uma pessoa que depende de mim. E que eu tenho que estar atento 24 sobre 24 horas. Neste caso. Não é? (...) F2
Apoio familiar		(...) E depois é assim, se eu tivesse uns irmãos, que até ao fim de semana, que eu já disse isso... Já foi dito duas vezes isso. Já disse isso a alguns irmãos. Nós somos cinco, mas eu só posso falar... dos outros dois? Nós somos cinco, mas eu só posso falar em dois. Que é essa minha irmã e o meu irmão que mora aqui em frente. Porque eu tenho um irmão, mas esse meu irmão que vive em Ponte Lima (...) E depois tenho esse meu irmão no Porto. Mas eu então já falei com este meu irmão que muitas vezes, eu não digo durante a semana, mas até ao fim de semana. Porque eu tenho um irmão que mora em Porto (...) Ao menos ao fim de semana vocês podiam tomar conta da mãe. Porque assim eu também ia leve-la a mãe para os meus filhos.

		aliviava um bocadinho a cabeça porque eu sinto-me muito cansada e sinto-me muito cansada fisicamente e mentalmente. Ah, pois é, pois é, a ver se um fim de semana, se eu vou buscar a mãe (...) lá querem saber. E a minha irmã também. Sabem que aqui que a minha mãe que está muito bem cuidada (...) F6
Cuidar de si		(...) Nunca. Às vezes até para tomar banho tem que ser a correr, corto o cabelo em casa, sou eu que o corto, não tenho amigos afastam-se todos, não entendem as pessoas, não ligam a perguntar como estamos, nem a família que é pequena, não querem saber, a minha mãe ia sempre à missa, nem as pessoas da igreja ... F10 (...) Foi ontem, tirar estas brancas, que eu tenho muitas brancas, que eu já andava com as brancas enormes. Hoje não dava, por causa da minha mãe. Agora também não dá, porque agora também não dá. De manhã nunca dá (...) F12,

Área temática 9- O cuidado de enfermagem na perspectiva dos cuidadores.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Forças	Informação	(...) Ele já nos tem dado algumas dicas... Dicas e... Certas coisas (...) F1 (...) Tem sido suficiente. Os cuidados prestados. Pronto porque sou uma pessoa que também temo ouvir conversas ou ler alguma coisa que apareça, não é? E isso também nos faz um bocadinho... Um bocadinho informados também, não é? E aí depois vamos vendo as necessidades que ela tem, vamos contando à médica, à enfermeira, vamos tendo retorno. Agora, há pessoas de idade, não é? E pessoas idosas que são idosas, mas que os familiares não têm tanta visão das coisas, não são? F3 (...) Ela também no início nos ajudou a comprar o colchão anti escaras orientou os meus coisas porque claro uma pessoa não conhecia então para adquirir o tipo o colchão a como (...) F4 (...) Também me está sempre a dar... Conselhos. Conselhos (...) F6 (...) Tem-nos elucidado. Sobre os cuidados. A prestar. E está sempre disponível. Para qualquer dúvida (...) F7 (...) Ouve-me e ajuda-me dá-me conselhos ou ajuda-me no conselho que eu lhe pedir naquilo que eu lhe pedi conselhos ela ajuda-me eu sei que entre a gente a médica e a enfermeira eu estou impregnada (...) F8 (...) Todas as orientações que a enfermeira dá em relação à alimentação, aos posicionamentos... Todos os cuidados... Acho que dá (...) F10 (...) Os conselhos dela a palavra dela tudo o que eu precisasse ela vinha logo eu nem tenho palavras para descrever a enfermeira, a sério eu adoro-a e rezo sempre por o marido e hei de-lhe rezar porque ela é muito impecável comigo, sempre me apoia sempre (...) F11 (...) E depois está bem assim... Também me está sempre a dar... Conselhos. Conselhos. É prestável. (...) F12 (...) Eu aqui ouço ela é muito atenta até vai ver se está correto é responsável há poucas como esta enfermeira é muito atenta (...) F12

	Ensinos de procedimentos	(...) Alertar para os posicionamentos (...) F4 foi ela que nos que falou com a assistente social entretanto eu fui assistente social foi assistente que arranjou a cama pronto que ajudou essas coisas e agora estamos à espera de cuidados continuados continuados parece que é isso acho que é uma equipa não é paliativos? Não é paliativos acho que é continuados para virem fazer um bocadinho de fisioterapia então é SCI pronto é SCI para fazer fisioterapia e também vem enfermeira vem fisioterapeuta pode vir uma fisioterapeuta uma enfermeira de reabilitação pode fazer falta a nutricionista pronto é isso estamos à espera de ver se conseguimos isso agora ia lhe perguntar como é que que importância tem para si a enfermeira (...) Na alimentação, ele disse tudo o que era para fazer, aliás, ele até foi ele que me indicou a proteína que devia dar, umas láias que se colocam para dar proteína para acrescentar na sopa, tanto no meio dia como à noite, que era para ajudar a minha mãe. Pronto, essas coisas ele disse, nos alimentos, que ela devia comer... Isso ele disse... Em relação aos posicionamentos (...) F4 (...) Estava assim mais frágil aconselhou-me aqueles suplementos que há na farmácia que ajudam e ajudaram até na cicatrização das feridas (...) F6 (...) É muito competente. Tem-nos elucidado. Sobre os cuidados a prestar (...) F7 (...) E está sempre disponível para qualquer dúvida, preocupação (...) F7 (...) quando a senhora doutora vem aqui a casa e a enfermeira Ela ouço os conselhos delas ou se aquilo que elas me dizem ou que eu devo ou não devo fazer se há mais alguma coisa que me possa aliviar na minha na minha dinâmica se há mais um creme se há mais uma almofada se devo usar mais uma almofada ou tirar uma almofada eu vou ouvindo o que elas me vão ajudando auxiliando quando vêm cá (...) F8
--	--------------------------	--

	Dedicação	(...) Mas, pronto, tenho da parte deles... Acabam por alertar... O cuidado, alertar o que faz falta, o que é que não faz e, portanto, estou (...) F1 (...) Ah, estou a 100% bem atendida. Sim, tanto ela como a médica, estou bem. É só ligar e mesmo com as medidas da Secretária (...) F3 (...) Tem sido, graças a Deus. Quer nas vacinas, quer nos tratamentos, quer nas orientações, tudo (...) F3 Mas, pronto, tenho da parte deles... Acabam por alertar... O cuidado, alertar o que faz falta, o que é que não faz e, portanto, estou... acho que é uma pessoa com grande competência e que... no caso a minha mãe tem acompanhado a minha mãe com... com alguma... para além da competência profissional a que já referi mas também alguma dedicação e alguma preocupação e até aconselhamento, não é? até aconselhamento (...) F5 (...) Muito atenciosa e depois está bem assim... É prestável (...) F6 (...) É a enfermeira Elsa sempre teve muita culpa para a minha mãe (...) E a enfermeira Elsa tem sempre um abraço. Um carinho. Uma palavra. Estou aqui... E está a sair. Está a dizer. Telefone-me se precisar. Se precisar de mim. (...) F8 (...) Nunca perguntei nada, porque eu acho que estou a fazer, que estou a fazer bem, e elas nunca me disseram o contrário. Quando elas vêm cá, está sempre tudo bem, pelo menos elas nunca... Mas para já também nunca precisei de perguntar alguma coisa para elas me ajudarem (...) F9 (...) Eu para já sinto-me satisfeita assim com a Elizabeth (...) F9 (...) A enfermeira Margarida, é exemplar (...) Muito atenciosa (...) F12 (...) Está sempre disponível. É como lhe digo, Mesmo o Rodrigo é outro moço incansável. É agradável. É uma família quase, compreende? É agradável. Eles respeitam. É uma família autêntica, compreende? É importante estar calor. É sincero. Portanto, por vezes sou-lhe franco. Até custa-me pedi-lhe alguma coisa a serviço. (...) F13
--	-----------	---

	Orientação para outros profissionais de saúde	(...) eu estava a engordar e ela arranjou-me logo o nutricionista, (...) F3 (...) Foi ela que nos que falou com a assistente social, entretanto eu fui assistente social foi assistente que arranjou a cama pronto que ajudou essas coisas e agora estamos à espera de cuidados continuados parece que é isso acho que é uma equipa não é polímeros? Acho que é continuados para virem fazer um bocadinho de fisioterapia vem uma enfermeira de reabilitação pode fazer falta a nutricionista pronto é isso estamos à espera de ver se conseguimos isso agora (...) F4 (...) Ela tentou que eu falasse com a assistente social. No centro de saúde. Eu fui à assistente social. Eu sabia que não ia dar em nada. Mas fui. Por causa da situação das fraldas (...) F8
Frequências	Disponibilidade de tempo	(...) Se calhar, se houvesse mais enfermeiros, acredito que se calhar, ao invés de vir estes dois dias, viria mais um ou outro dia, digo eu (...) F1 (...) Elas falam e estão a fazer o tratamento e vão-se embora. É de fugida. É de fugida? É de fugida porque têm muitos doentes para ver (...) F2 (...) Se passassem aqui e viessem ver às vezes como ela estava (...) F2 (...) o enfermeiro gostava que passassem mais vezes aqui (...) F6
	Cuidar a família/companhia	(...) trabalhar mais as famílias acredito que sim (...) ela vem cá faz o penso e vai embora pronto não faz mais nada (...) mas estar ali um bocadinho conversar (...) para poder estar com as pessoas se calhar até era com a família é o caso por exemplo das moças que vêm andar bem estão aqui meia hora conversam com a mãe isso tudo também é importante é importante a cada vez que conversam conseguimos perceber o que é que pode surgir enquanto que ajudam brincam enquanto que uma enfermeira brinca faz o penso e vai-se embora porque tem aqui 2 ou 3 ou 4 casos para ir para fazer e tem aquilo naquele dia depois não tem que ir fazer consultas no centro de saúde acredito não é sempre tudo a correr (...) F4

Área temática 10-sugestões de melhoria

CATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Maior número de enfermeiros para o acompanhamento da família	(...) Se calhar, se houvesse mais enfermeiros, acredito que se calhar, ao invés de vir estes dois dias, viria mais um ou outro dia, digo eu (...) F1 (...) Os serviços poderiam dar outro tipo de resposta era porque não é todos os dias portanto a enfermeira ela ainda veio ali uma altura que estava mais afilto mais grave ela ainda veio ali todos os dias mas eu compreendo que não conseguem todos os dias ficar mais gente como nós que elas tenham que fazer o apoio e eu nessa altura tive mesmo quando veio agora o Natal que foi sexta, sábado, domingo e segunda meteu muitos dias tivemos que pagar a enfermeira para vir cá os centros de saúde não trabalham como não trabalham os centros de saúde amanhã não há enfermagem em casa mas pronto isso é o sistema não é enfermeira em si ela só faz aquilo que manda.../64 (...) Única observação que eu fazia não sentindo que...poderia fazer mais...poderia...isso é era uma vez que ela está assim vir cá com...alguma...mais frequência? Sei lá duas em duas semanas (...) F5 (...) Mas deveria vir cá mais vezes.F10 (...) Ia vinha duas vezes por semana mas também na altura meteu-se o... Era muito calor e eu achava que... Era duas vezes por semana. Se fosse três vezes.../63

Existência de enfermeiro especialista no acompanhamento da família	(...) se calhar se viesse um enfermeiro especializado noutra coisa que pudesse vir, sei lá, acrescentar, dar ideias daquilo...que as pessoas podem pedir ou fazer... Se calhar. Em termos de... Já é melhor (...) F1. (...) Se calhar a mim não, porque estou bem servida, mas se calhar para outras famílias talvez pudesse ser importante, porque nem todos se calhar têm a mesma visão das coisas, não é? Sabe, e não terão a oportunidade de saber como é que se fazem, ou como é que... sei lá, mais esclarecidos, não é? E talvez aí fosse mais importante (...) F3 (...) Se calhar estava mais dentro do assunto não lidava com tantas coisas é não tinha tanto se calhar era especificamente tinha outros estudos no fundo a parte psicológica das pessoas trabalhar mais as famílias acredito que sim e dedicar se calhar mais tempo às famílias sim ela vem cá faz o peso e vai embora pronto não faz mais nada se fosse uma criança pronto tudo bem podia fazer o peso sem condições para isso mas estar ali um bocadinho conversar ter mais tempo para poder estar com as pessoas se calhar até era com a família é o caso por exemplo das moças que vêm andar bem estão aqui meia hora conversa com a mãe isso tudo também é importante é importante a cada vez que conversam conseguimos perceber o que é que pode surgir enquanto que ajudam brincam enquanto que uma enfermeira brinca faz o peso e vai-se embora porque tem aqui 2 ou 3 ou 4 casas para ir para fazer e tem aquilo naquele dia depois não tem que ir fazer consultas no centro de saúde acredito não é sempre tudo a correr (...) F4 (...) Deveria haver mais apoios sim, mas talvez pensarem um pouco mais nas pessoas que não têm reformas, que têm as reformas mais baixas e que não podem, se calhar, suportar este tipo de despesas, porque isso implica... e não, a minha mãe nem sequer usa fraldas, nem outras coisas, e isto também é uma situação que não se vai arrastar, se calhar, por muito tempo (...) F2 (...) Um especialista na área de saúde familiar é muito importante porque está articulado em várias situações, não é? Está preparado para várias situações, não é? Sim. Nessa parte, Sim, também faz falta às vezes, não é? Ter esse jogo de cintura, não é? Como eu costumo dizer, não é? Porque há famílias difíceis também, não é? Não é fácil. Há doentes muito difíceis com muitos problemas, não é? Não bem. Não bem. E há cuidadores que também têm problemas, não é? E às vezes lidar com isso também não é fácil, não é? (...) F6 (...) Faz diferença. Porque tem outras ferramentas. Que o enfermeiro de base não tem (...) F7 (...) Era conveniente que houvesse outro corpo de enfermagem ao lado. Que fosse sabendo a dinâmica da nossa família (...) E que fosse apoiando a família e a própria pessoa que acaba de chegar F8 (...) Mas claro que é bom também uma enfermeira com uma especialidade familiar. É muito bom. É assim no caso dele, eu acho que poderiam vir mais vezes (...) F9
--	---

Legislação laboral adaptada à família cuidadora	(...) Enquanto o familiar... Está vivo ele precisa de nós e não perder o vínculo. Como as pessoas que vêm do matrimônio para casa, no gênero. Também elas não perdem o vínculo à empresa, não é? Se uma pessoa agora vai usufruir de um benefício pequeno, que não deve ser grande, depois vamos para o desemprego? É isso que a nível nacional e a nível de... Pronto, dessas... Leis havia de mudar um bocadinho, porque há pessoas que realmente nunca trabalharam e que quase tem aquele bocado já lhes dá, mas quem deixou de trabalhar... Não é? (...) F3 (...) Porque agora é assim, ninguém vai deixar o seu emprego para cuidar do pai e da mãe. Mas se o Governo assegurasse, não é? Se assim, você vai para casa, mas olhe, nós em vez de dar a uma família de acolhimento do idoso X, dá-se-lhe assim e você vê que, se calhar, até eles davam duas vezes, não é verdade? (...) F6
Apoios e respostas sociais e financeiros	(...) Mais. Apoios. Para as famílias, Para os idosos podem estar. Junto da família (...) F4. (...) Quem deveria ter prioridade em termos de cuidados dos nossos idosos são a família. Mas para isso a família tem que ter condições para ficar com os idosos, não é? E muitas vezes eles preferem dar incentivos aos particulares, pagar aos particulares, Para ficar com os idosos. Isso é que está mal (...) F6 (...) dessem um ordenado mínimo, mas não são cento e oitenta e poucos euros que dão para complementar o ordenado de uma família, porque tem euros vão na farmácia. Fora as frações (...) F8

APÊNDICE VII - FOLHETO INFORMATIVO “CONSULTA DE PLANEAMENTO
FAMILIAR”

APÊNDICE VIII - ARTIGO INFORMATIVO DA CONSULTA DE PLANEAMENTO
FAMILIAR DA USF

Pensar com e na Família!

O QUE É...

... É um recurso disponível para assegurar o acesso a informação adequada e apropriada que permita às pessoas a vivência de sexualidades de forma segura e saudável e oriente as mesmas (família) para a tomada de decisões planeadas!

PARA QUÊ...

Promover comportamentos saudáveis e seguros para a vivência de sexualidades responsável (métodos contraceptivos gratuitos e adequados);

Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;

Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis, incluindo o planeamento para a gravidez;

Identificar, orientar e referenciar problemas de fertilidade;

Prevenir e reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências, a todos aqueles com uma vida sexual ativa;

Sensibilizar e orientar para diagnóstico precoce de doenças (rastreios do cancro do colo do útero e da mama).

PARA QUEM...

A **Consulta de Planeamento Familiar** destina-se a todas as pessoas em idade fértil e pode ser solicitada por:

- ❖ Mulheres até aos 54 anos
- ❖ Homens, sem limite de idade



Melhorar a Saúde e o Bem-estar das Pessoas e da Família!

São consultas totalmente **gratuitas**, disponibilizadas nos **Centros de Saúde**, prevalecendo o **direito à informação e à privacidade!**

COMO AGENDAR...

O agendamento da consulta pode ser feito por **e-mail**, por **telefone** ou **presencialmente**, na unidade de saúde onde está inscrito.

Aposte na prevenção e na promoção, opte por tomar decisões informadas e conscientes.

APÊNDICE IX - CARTAZ «PENSAR COM E NA FAMÍLIA!»

Pensar com e na Família!



CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

CORPOS, SEXUALIDADES E AFETOS

O QUE É...

... É um recurso disponível para assegurar o acesso a informação adequada e apropriada que permita às pessoas a vivência de sexualidades de forma segura e saudável e oriente as mesmas (família) para a tomada de decisões planeadas!

PARA QUÊ...

Promover comportamentos saudáveis e seguros para a vivência de sexualidades responsável (métodos contraceptivos gratuitos e adequados);

Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;

Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis, incluindo o planeamento para a gravidez;

Identificar, orientar e referenciar problemas de fertilidade;

Prevenir e reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências, a todos aqueles com uma vida sexual ativa;

Sensibilizar e orientar para diagnóstico precoce de doenças (rastreios do cancro do colo do útero e da mama).

PARA QUEM...

A **Consulta de Planeamento Familiar** destina-se a todas as pessoas em idade fértil e pode ser solicitada por:

- ❖ Mulheres até aos 54 anos
- ❖ Homens, sem limite de idade

São consultas totalmente **gratuitas**, disponibilizadas nos **Centros de Saúde**, prevalecendo o **direito à informação e à privacidade!**

Melhorar a Saúde e o Bem-estar das Pessoas e da Família!

COMO AGENDAR...

O agendamento da consulta pode ser feito por **e-mail**, por **telefone** ou **presencialmente**, na unidade de saúde onde está inscrito.

Aposte na prevenção e na promoção, opte por tomar decisões informadas e conscientes.

**APÊNDICE X - NOTA DE IMPRESSA «PENSAR COM E NA FAMÍLIA:
SEXUALIDADES E AFETOS PROMOVER COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS E
ACESSO À CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR»**

PROMOVER COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS E ACESSO À CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

A reduzida utilização da consulta e Planeamento Familiar (PF) dá origem a uma ação de promoção desta tipologia de consulta, um recurso disponível aos utentes em idade fértil para assegurar o acesso a informação adequada e apropriada, permitindo a vivência de sexualidades de forma segura, saudável e responsável e oriente a Família para a tomada de decisões planeadas.

A consulta de PF destina-se aos utentes em idade fértil e, para além de informar sobre a utilização de métodos contraceptivos gratuitos e adequados, visa promover comportamento que ajudem o casal a regular a fecundidade, segundo o desejo, bem como preparar uma maternidade e paternidade responsáveis, incluindo o planeamento para a gravidez. São abrangidas as mulheres entre os 15 e os 54 anos e os homens sem limite de idade.

No âmbito desta consulta, o enfermeiro de família, ajuda a identificar, orientar e referenciar os problemas de fertilidade, promover comportamentos saudáveis de forma a prevenir e a reduzir a incidência das infeções sexualmente transmissíveis e as suas consequências, a todos aqueles com uma vida sexual ativa.

Relacionado com esta temática, está a preocupação em sensibilizar e orientar as mulheres para a importância do diagnóstico precoce de doenças, realizando rastreios do cancro do colo do útero e da mesma.

A consulta de Planeamento Familiar é totalmente gratuita e disponibilizada nos centros de saúde, prevalecendo o direito à informação e à privacidade.

Na USF Tiago de Almeida, o agendamento da consulta pode ser feito por e-mail (usf.tiagodealmeida@ulsam.min-saude.pt), por telefone (258 806 888) ou presencialmente, junto do secretariado, entre as 08H00 e as 20H00, de segunda a sexta-feira.

APÊNDICE XI - MANUAL DIRIGIDO À FAMÍLIA



**MANUAL DE APOIO À
FAMÍLIA E
À PESSOA IDOSA**

Rua Nova de Santana, S/N – 1º Piso
4900-530 Viana do Castelo
Telefone: 258 806 888
usf.tiagodealmeida@ulsam.min-saude.pt

Data de Elaboração: Março de 2024

Data de Revisão:

Validação: Aprovado em Conselho Geral a _____ de 2024





MANUAL DE APOIO À FAMÍLIA E À PESSOA IDOSA

Elaborado por: Cristina Arieira e Luísa Pimenta

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Março de 2024





Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e uma
das mais difíceis tarefas na grande arte de viver.

Henri Amiel

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	1
CAPÍTULO 1. À PESSOA IDOSA	3
1. À PESSOA IDOSA	4
1.1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA	4
1.2. O ENVELHECIMENTO E A VELHICE	9
1.2.1. AS MUDANÇAS QUE OCORREM	10
1.2.2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: COMO PREPARAR A LONGEVIDADE ..	12
1.2.3. APARECIMENTO DA DOENÇA CRÔNICA	14
1.3. PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO E RESPEITO À PRIVACIDADE ..	15
1.4. MAUS TRATOS E VIOLÊNCIA	16
1.5. SEGURANÇA E SEGURANÇA DO CUIDADO	21
CAPÍTULO 2. À FAMÍLIA	23
2. À FAMÍLIA	24
2.1. O PAPEL DA FAMÍLIA	24
2.2. VALORIZAR A COMUNICAÇÃO	25
2.3. O RESPEITO, A PRIVACIDADE E A SEGURANÇA	26
CAPÍTULO 3. À FAMÍLIA CUIDADORA	30
3. À FAMÍLIA CUIDADORA	31
3.1. O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA	31
3.2. O CUIDAR DO CUIDADOR... CUIDAR DE MIM!	31
3.3. A FAMÍLIA CUIDADORA E A EQUIPA DE SAÚDE	38
3.4. CUIDADOS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE	40
3.4.1. ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO	41

3.4.2. CUIDADOS À PELE E PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	48
3.4.3. CUIDADOS DE HIGIENE	50
3.4.4. PREVENÇÃO DE QUEDAS	55
3.4.5. POSICIONAMENTOS, MARCHA E LEVANTE	60
CAPÍTULO 4. REDE DE APOIO	67
4.1. APOIOS SOCIAIS	68
4.2. RECURSOS E RESPOSTAS SOCIAIS DA COMUNIDADE	78
4.3. CONTACTOS ÚTEIS	83
NOTA CONCLUSIVA	87
BIBLIOGRAFIA	88

NOTA INTRODUTÓRIA

O envelhecimento faz parte do percurso da vida. Envelhecer sem a presença de situações limitadoras da atividade diária é um desafio notável. O processo de envelhecer pode resultar em mudanças na vida da família e da pessoa idosa, com impacto na sua funcionalidade, mobilidade e saúde, trazendo, consequentemente, alterações valorizáveis de autonomia, de bem-estar e interferindo na qualidade de vida.

Com o aumento do índice de envelhecimento, e, simultaneamente, do grau de dependência da pessoa idosa, do aparecimento das doenças crônicas e incapacitantes associadas ao aumento da esperança média de vida, tem surgido a preocupação inerente aos cuidados à pessoa idosa e sua família. A importância de conhecer alguns aspetos básicos sobre o processo de envelhecimento e os cuidados necessários decorrentes do mesmo torna-se crucial.

Percebendo que, na maioria dos casos, os cuidados à pessoa idosa, relacionados com a sua idade e os problemas de saúde associados, são prestados pela família, esta assume a responsabilidade da prestação do cuidado diário, sendo o principal pilar de suporte à pessoa idosa, incluindo quando a dependência se instala.

Este Manual de Apoio destina-se à pessoa idosa, à família e à família cuidadora, com sugestões, orientações e esclarecimentos acerca de aspetos gerais da pessoa idosa, do processo de envelhecimento, da família e dos cuidados a prestar à pessoa idosa dependente, estimulando o envolvimento

entre a família, a pessoa idosa e a equipa de saúde, com vista a promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de ambos.

A presença da família é importante para que o processo de envelhecimento seja um percurso saudável!



CAPÍTULO 1.

À PESSOA IDOSA

1. À PESSOA IDOSA

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerada pessoa idosa aquela que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, essa etapa da vida começa oficialmente aos 65 anos, vendo o idoso simplesmente como uma pessoa, com potencialidades, vontades e especificidades, num estágio do seu ciclo de vida onde, cada vez mais, há mais pessoas a viver com plenas capacidades para gerirem a sua pessoa e a sua vida de forma livre e autónoma (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2014). A pessoa idosa representa, hoje, uma parte importante da população com implicações diretas na estrutura familiar e social (Hespanhol & Santos, 2022), sendo fundamental a preocupação com o seu bem-estar, o seu conforto e a sua segurança.

1.1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA

A pessoa idosa tem os mesmos direitos que qualquer outra pessoa, independentemente da sua idade, devendo ser respeitada a autonomia na gestão da sua vida e integrando as suas especificidades no plano de cuidados de saúde, no apoio social e no enquadramento familiar. Segundo o artigo 72º da Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional, 1976):

A pessoa idosa tem direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social e respeitem a sua autonomia

pessoal, oferecendo oportunidades de criar e desenvolver formas de realização pessoal através da participação ativa na sociedade.

Os 11 direitos da pessoa idosa em Portugal

Direito à Participação:

- Permanecer integrada na sociedade, participar ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam diretamente o seu bem-estar, transmitir e partilhar aos mais jovens conhecimentos e habilidades;
- Aproveitar e procurar oportunidades para prestar serviços à comunidade, trabalhando como voluntário, de acordo com seus interesses e capacidades;
- Poder formar movimentos ou associações de idosos.

Direito à Saúde:

Direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, com direito a cuidados e tratamentos dignos e respeito pelas decisões que toma sobre o seu cuidado e a qualidade da sua vida!

- Desfrutar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade;
- Ter acesso a serviços de saúde, tendencialmente gratuitos, que ajudem a manter e/ou recuperar a qualidade de vida e a prevenir e/ou retardar o aparecimento da doença;
- Ter apoio económico e bonificação na comparticipação nas despesas com medicamentos e fraldas;

Direito à Auto-realização:

- Aproveitar as oportunidades para o completo desenvolvimento das suas capacidades e potencialidades;

- Ter acesso aos recursos educativos, espirituais, culturais e recreativos que a sociedade oferece.

Direito à Dignidade:

Todos os direitos da pessoa idosa devem ter, na sua base, o **respeito pela dignidade humana!**

- Poder viver com dignidade e segurança, livres de exploração e de maus tratos físicos e/ou mentais;
- Ser tratada com justiça e dignidade, qualquer que seja a idade, sexo, raça ou etnia e deficiências, independentemente da condição económica ou outros fatores.

Direito à Informação:

O exercício destes direitos **não pode ser impedido ou limitado por qualquer tipo ou forma de censura!**

- Ter direito à expressão e divulgação livre do seu pensamento pela palavra, pela imagem ou por qualquer outro meio;
- Ter o direito de informar, de se informar e de ser informado, sem impedimentos nem discriminações.

Direito à Alimentação:

- Ter direito a receber pensão de alimentos dos filhos ou outros descendentes, desde que não possuam meios próprios de se sustentar (em situação total de carência, precaridade e abandono).

Direitos na Justiça:

O sistema de acesso ao direito e aos tribunais destina-se a assegurar que **não seja dificultado ou impedido às pessoas**, em razão da condição social ou cultural ou por insuficiência de meios económicos, **o conhecimento, o exercício ou a defesa dos seus direitos!**

Direitos Sociais:

Direito à Segurança Social. Direito a **Prestações Sociais:** prestações e complementos que visam compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência e/ou de **combate à pobreza** à pessoa idosa (com 65 ou mais anos).

- **Pensão Social:** pensão atribuída às pessoas com pelo menos 66 anos e 4 meses de idade em 2024, com baixos rendimentos e que não efetuaram descontos, que não tenham direito à pensão de velhice nem auferiram rendimentos de outra natureza.
- **Pensão de velhice:** é um valor pago mensalmente, destinado a proteger os beneficiários do regime geral de Segurança Social, na situação de velhice, que reúnam as condições exigidas (66 anos e 4 meses de idade em 2024), substituindo as remunerações de trabalho.
- **Complemento de Dependência:** é uma prestação paga mensalmente aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana (pode ser requerida em adição à pensão).
- **Complemento Solidário para Idosos:** é um apoio pago mensalmente aos idosos de baixos recursos, com pelo menos 66 anos e 4 meses de idade e residentes em Portugal.
- **Benefícios Adicionais de Saúde:** é um apoio à pessoa idosa que receba o Complemento Solidário para Idosos e que reduz as despesas com a saúde.

Direito à Independência:

- Ter acesso à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário, à saúde, ao apoio da família e da comunidade;
- Ter oportunidade de trabalhar ou de ter acesso a outros meios de obter rendimentos e de decidir o momento de se afastar do mercado de trabalho;
- Ter acesso à educação permanente e a programas de (re)qualificação profissional;
- Poder viver em sua casa pelo tempo que entender e for possível;
- Poder viver em ambientes seguros e adaptáveis à sua preferência pessoal, que sejam passíveis de mudanças.

Direito ao Trabalho:

- Exercer a atividade profissional, com respeito pelas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas;
- Ter direito à retribuição e à prestação pelo trabalho efetuado;
- Trabalhar em condições de higiene e segurança.

Direito à Assistência:

- Beneficiar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade de acordo com os valores culturais da sociedade;
- Ter acesso a cuidados de saúde que ajudem a manter ou a readquirir o bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o aparecimento de doenças;
- Ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a sua autonomia, proteção e assistência;

- Gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais, enquanto residente de qualquer lar ou instituição, que garantam o respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade;
- Ter direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade da sua vida.



1.2. O ENVELHECIMENTO E A VELHICE

O envelhecimento e a velhice são dois processos naturais da vida, que devem ser vistos como processos de mudanças progressivas que se desenvolvem e manifestam ao longo do ciclo da vida. Facto descrito no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da Direção Geral da Saúde, que caracteriza esta etapa como um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Direcção-Geral da Saúde, 2006, p.5).

O envelhecimento traduz-se num processo dinâmico e progressivo que tem o seu próprio ritmo e que é influenciado por vários fatores, desde genéticos

às condições de saúde física e mental e condições ambientais e sociais de acordo com o desenvolvimento de cada indivíduo (Kreuz & Franco, 2017). Assim, o maior desafio neste processo relaciona-se, não apenas no viver mais e na maior longevidade, mas viver de forma saudável e com qualidade de vida (Mari et al., 2016).

Por sua vez, **a velhice** é considerada uma das fases do ciclo de vida, tal como a infância e a fase adulta e deve ser compreendida no seu todo englobando todas as suas dimensões. Tal como o envelhecimento, não diz só respeito às alterações físicas presentes no corpo, mas também aos aspetos sociais e culturais, que causam impacto nesta etapa de vida (Kreuz & Franco, 2017).

Certo é que o envelhecimento e a velhice, apesar de serem conceitos muito familiares, não têm uma definição simples, englobando uma série de alterações, adaptações e vivências ao longo de uma vida.

O desejável é que ambos os processos sejam vividos, enquanto possível, de forma autónoma, saudável e independente!

1.2.1. AS MUDANÇAS QUE OCORREM...

O envelhecimento, tal como já foi descrito, é um processo contínuo e gradual, com alterações naturais que começam no final da idade adulta. Durante este processo, verifica-se um declínio progressivo no funcionamento dos órgãos e sistemas do corpo, ou seja, o envelhecimento de uma pessoa corresponde ao envelhecimento das suas células (Portal Idoso, 2024)!

O corpo muda com o envelhecimento... E essas mudanças resultam em mudanças na função e na aparência (Stefanacci, 2022).

Mas, envelhecer é inevitável, faz parte do percurso da vida! A mudança do corpo, o envelhecimento das células e dos órgãos e todas as alterações físicas, funcionais e psicológicas decorrem do processo de evolução da espécie humana (Lifestars Cuidadores, 2020).

O avançar da idade pode ser associado à diminuição e perda progressiva da capacidade intelectual, da capacidade de aprendizagem, da capacidade de raciocínio e da memória. A pessoa idosa tende a ter rugas, algumas manchas na pele, mudança da cor do cabelo para cinza ou branco, diminuição da capacidade visual e auditiva, alterações na percepção do sabor e do cheiro, diminuição dos reflexos, perda de habilidades (Portal Idoso, 2024)!



Todas estas alterações que surgem do processo natural de envelhecimento podem ser minimizadas adotando um estilo de vida saudável, refletindo-se no aumento da qualidade de vida da pessoa idosa e sua família.

1.2.2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: COMO PREPARAR A LONGEVIDADE

O **envelhecimento saudável**, associado ao envelhecimento ativo, é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para a **melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas** (World Health Organization, 2015)!

A adoção de estilos de vida saudável, desde o início da vida, é o melhor investimento para que o processo de envelhecimento seja o mais natural possível, como contributo à manutenção da saúde e à prevenção das doenças crónicas. Maximizando as capacidades individuais da pessoa idosa proporciona um acréscimo significativo da funcionalidade, independência e autonomia da mesma (World Health Organization, 2015).

Claro que, a promoção de hábitos saudáveis, que incluem a alimentação e atividade física, a prevenção e controlo do tabagismo e a redução do consumo abusivo de álcool, assim como a ação de fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde nas várias fases do ciclo de vida constituem medidas essenciais. Medidas essas capazes de manterem a capacidade funcional da pessoa idosa, para que esta possa dar continuidade ao seu desenvolvimento pessoal e ao seu papel ativo na sociedade (Ministério da Saúde, 2017).

A oportunidade de manter essas capacidades funcionais, à medida que se envelhece, permite à pessoa idosa saber prevenir e lidar com determinadas situações do seu dia-a-dia, destacando-se exemplos de capacidades, que

mantidas nesta fase da vida, promovem a integração e a participação da pessoa idosa:

- Capacidade de satisfazer as necessidades básicas;
- Capacidade de aprendizagem, desenvolvimento e tomada de decisão informada;
- Capacidade de se movimentar;
- Capacidade de fazer e manter relacionamentos;
- Capacidade de contribuir para as suas famílias e comunidades.

É importante que a pessoa idosa e a família consigam identificar atividades preferidas e que tenham condições para realizar, como:

- Dedicar tempo à leitura;
- Desenvolver atividades e trabalhos manuais;
- Procurar cozinhar;
- Adotar um animal de estimação;
- Sair com os amigos, tomar café, ir à feira, ir ao teatro;
- Praticar exercício físico regular em grupos de ginástica, entre outras...



O autocuidado inclui todas estas atividades do dia-a-dia que a pessoa idosa pode fazer para proteger e/ou cuidar da sua própria saúde e das suas necessidades, com ou sem o apoio de profissionais de saúde, cuidadores, familiares e amigos.

Envelhecer de forma ativa e saudável permite à pessoa idosa e sua família prepararem-se para o envelhecimento ao longo da vida, e, para além de todos os benefícios de saúde que pode ter, permite também que a pessoa idosa se mantenha autónoma por mais tempo, socialmente ativa e participativa (APAV, 2020).

1.2.3. APARECIMENTO DA DOENÇA CRÓNICA

Tendo em conta o descrito nos pontos anteriores deste manual de apoio, consegue-se perceber que, atualmente, a maioria das pessoas idosas tendem a ser mais saudáveis. Facto devido quer à melhoria e aposta no sistema de saúde quer ao avanço da tecnologia e dos medicamentos nos últimos anos.

A verdade é que ter uma ou mais doenças consideradas crónicas pode fazer parte do processo de envelhecimento (Ministério da Saúde, 2023). É comum a pessoa idosa ter, por exemplo, o diagnóstico de diabetes, de hipertensão, de insuficiência cardíaca ou de doença de Alzheimer, isoladamente ou ao mesmo tempo, implicando o aumento das complicações associadas a estas doenças e, por vezes, traduzido num aumento da dependência física. Daí a importância e o desafio de entender as particularidades de cada uma dessas doenças.

O aparecimento de complicações pode requerer e aumentar as idas aos serviços de saúde, causando desconforto para a pessoa idosa e para a família. A vigilância e o tratamento adequado das doenças existentes torna-se fundamental.

1.3. PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO E RESPEITO À PRIVACIDADE

Na sociedade atual, percebe-se que existe preconceito face à pessoa idosa. Como resposta a este julgamento desfavorável e antecipado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2021, definiu este preconceito associado à idade como idadismo.

O idadismo refere-se, segundo a OMS (2021), à forma de pensar (estereótipo), de sentir (preconceito) e de agir (discriminação), direcionada a outros ou a si mesmo com base na idade, podendo começar na infância e reforçada à medida que a idade avança.

O **idadismo** pode interferir negativamente, com consequências sérias e a longo prazo na saúde, no bem-estar e nos direitos humanos das pessoas, nomeadamente da pessoa idosa.

Este preconceito associado à idade é a terceira causa de discriminação mais comum no mundo. Na pessoa idosa pode estar associado, também, a uma expectativa de vida mais curta, a uma pior saúde física e mental, a uma recuperação mais lenta na doença, a um aumento da solidão e do isolamento social, a uma maior insegurança financeira e a diminuição da qualidade de vida (Silva, 2022).

A consideração pela pessoa implica o respeito pela sua privacidade e intimidade. Esta consideração corresponde a ter em conta as necessidades profundas da pessoa e não diminui com a idade. Daí a importância que deve ser dada à preocupação e delicadeza em tudo o que se prende com a privacidade e intimidade da pessoa idosa.

A pessoa idosa merece, assim, uma atenção especial nomeadamente no que respeita às suas necessidades básicas, às relações que estabelece com os outros e a todos os problemas e questões pessoais e familiares (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, s.d.).

1.4. MAUS-TRATOS E VIOLÊNCIA

A violência contra a pessoa idosa é, atualmente, uma realidade que se verifica em diferentes países, independentemente do seu nível de desenvolvimento. É um problema social grave que afeta milhões de idosos em todo o mundo. Este tipo de violência pode ocorrer nos mais diversos ambientes, seja na casa da própria pessoa idosa, na casa de familiares, ou até mesmo nos lares, quer sejam abusos psicológicos, financeiros ou físicos.

TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A violência pode surgir de variadas formas e pode ser um ato isolado ou ser repetido por diversas vezes. Em particular na pessoa idosa, tendo em conta a sua vulnerabilidade, esta torna-se menos capaz de reagir contra possíveis situações mais violentas e de maus tratos, tornando-se, assim, um potencial alvo para a prática deste crime.

Na maioria dos casos, a pessoa idosa mantém-se em silêncio, por medo e/ou vergonha, podendo mesmo viver anos em sofrimento sem nunca denunciar o abuso e a violência (Stannah, 2024).

Existem inúmeras razões pelas quais a pessoa idosa não denuncia os abusos que sofre...

- Não compreender que está a ser negligenciado e vítima de violência;
- Sofrer de perda de memória ou demência;
- Não ter conhecimento dos seus direitos e saber que tais práticas de violência, inclusive a psicológica, são crime;
- Viver isolado e sem contacto com outras pessoas que possam ajudar e intervir, denunciando a situação;
- Medos de denunciar os maus tratos e vir a sofrer represálias por parte do agressor, caso as autoridades competentes falhem na sua proteção.

A violência contra a pessoa idosa pode, assim, assumir várias formas e implicar a prática de diferentes crimes.

Violência física:

Qualquer ato que resulte na agressão física é considerada violência física. Para além dos crimes de ofensa à integridade física e/ou maus tratos físicos, o sequestro ou intervenções/tratamentos médicos injustificados ou sem razão.

Violência psicológica:

Entende-se por violência psicológica qualquer comportamento, verbal ou não verbal, que cujo propósito é causar dor, medo, desespero, recorrendo a insultos, ameaças, humilhação, intimidação, isolamento social, proibição de realizar atividades como sair de casa e conversar com outras pessoas.

Violência sexual:

É um tipo de violência na qual o agressor abusa do poder que tem sobre a vítima para obter gratificação sexual, sem o seu consentimento, sendo a vítima induzida ou obrigada a práticas sexuais com ou sem violência. Para além das práticas sexuais, é também considerado violência sexual quando o agressor obriga a pessoa idosa a assistir a pornografia, a presenciar atos sexuais ou a despir-se sem o consentimento da mesma.

Negligência e abandono:

A negligência ou abandono da pessoa idosa, como o ato de omissão de auxílio do responsável pela pessoa idosa em providenciar as necessidades básicas, necessárias à sua sobrevivência constitui uma grande parte dos crimes denunciados contra a pessoa idosa.

Violência financeira:

Este tipo de violência centra-se na prática de qualquer exercício que visa a apropriação ilícita do património de uma pessoa idosa, seja esta realizada por familiares, profissionais cuidadores ou meros conhecidos.

Reconhecer os sinais de alerta de maus tratos à pessoa idosa

Os sinais de alerta de violência ou maus tratos à pessoa idosa nem sempre são fáceis de serem reconhecidos e detetados, pois alguns dos sinais estranhos que a pessoa idosa possa apresentar podem ser associados à sua fragilidade ou a possíveis doenças suscetíveis de aparecerem com o aumento da idade. Por outro lado, a justificação que o potencial agressor dá pode ser convincente e desviar a atenção referindo que seria incapaz de

atentar contra a integridade física ou psicológica da pessoa idosa (Stannah, 2024).

Este tipo de argumento é frequentemente usado por agressores que são também familiares da vítima, como filhos, netos, sobrinhos.

No entanto, existem alguns sinais a que se deve estar atentos!

Sinais de violência física:

- Lesões sem explicação como feridas, nódoas negras ou cicatrizes recentes;
- Fraturas;
- Armações de óculos partidas;
- Marcas que evidenciam o ato de ser amarrado (ex.: marcas nos pulsos)

Sinais de violência psicológica:

- A pessoa idosa encontra-se emocionalmente perturbada;
- Medo de estar na presença de outras pessoas;
- Receio de falar;
- Depressão;
- Recusar participar nas atividades diárias sem explicação;
- Depreciação do seu bem-estar e baixa autoestima.

Sinais de violência sexual:

- Nódoas negras nos seios ou genitais;

- Doenças transmitidas sexualmente ou infecções genitais inesperadas;
- Hemorragia genital ou anal sem explicação;
- Roupa interior rasgada, manchada ou com sangue.

Sinais de negligência ou abandono:

- Perda de peso, má nutrição, desidratação;
- Falta de condições de higiene, como encontrar-se sujo ou sem banho tomado;
- Roupa ou agasalhos inadequados para a estação do ano;
- Falta de condições de segurança em casa (falta de aquecimento, infiltrações, etc.);
- Desaparecimento da pessoa idosa em local público.

Sinais de violência financeira/económica:

- Tomar decisões abruptas sobre o próprio património;
- Levantamentos bancários significativos da conta da pessoa idosa;
- Mudanças suspeitas de beneficiários de testamentos, seguros ou de bens.



DIREITOS DA PESSOA IDOSA...

Independentemente da idade e/ou da situação de dependência, a pessoa idosa tem os mesmos direitos que outra pessoa.

A pessoa idosa é cidadã com plena capacidade para reger a sua pessoa e os seus bens de forma livre e autónoma. Em qualquer circunstância, deve ser respeitada a sua autonomia na gestão da sua vida e património não permitindo que, seja quem for, a substitua sem que lhe sejam autorizados poderes legais.

1.5. SEGURANÇA E SEGURANÇA DO CUIDADO

O processo de envelhecimento corresponde a uma etapa da vida que exige cuidados especiais e contínuos quer pelas necessidades acrescidas que a pessoa idosa possa apresentar quer pela maior debilidade associada à idade. Assim, é necessário uma maior atenção e a adoção de medidas de segurança que proporcionem um dia-a-dia mais tranquilo à pessoa idosa, assegurando maior conforto e bem-estar nesta fase da vida (Guardiões de Vidas, 2018).

A segurança da pessoa idosa é um fator fundamental para garantir o bem-estar e prevenir acidentes, com algumas adaptações que devem ser feitas, nomeadamente no ambiente físico da pessoa idosa e da família (KDCare, 2024). Ter em atenção especialmente a:

- Adaptação da casa: garantir uma boa iluminação; não deixar objetos soltos pela casa; remover tapetes; ter corrimão nas escadas; utilizar camas baixas.
- Medicação: ter atenção às indicações da dose e horários corretos da toma da medicação; esclarecer as dúvidas que possam surgir com os profissionais de saúde; ter cuidados com a interação entre os medicamentos.
- Ao sair à rua: ter suporte ao caminhar (ex: companhia de outra pessoa ou uso de bengala); não levar objetos de valor; levar os documentos e números de contacto.

Muitos dos acidentes e incidentes podem ser evitados com medidas simples, o que favorece a **segurança e garante o bem-estar da pessoa idosa**.

A segurança do cuidado à pessoa idosa transcende a própria pessoa, contemplando a família, a pessoa idosa e a intervenção especializada da equipa de saúde, incluindo do enfermeiro de família.



CAPÍTULO 2.

À FAMÍLIA

2. À FAMÍLIA

A Família, enquanto unidade e um todo (Figueiredo, 2012), tem um papel fundamental ao longo do ciclo de vida, uma vez que a saúde de um elemento afeta toda a função familiar e, reciprocamente, a saúde da família também afeta o elemento.

Mas, quando se trata da pessoa idosa, esse papel torna-se ainda mais importante, quer pela fase da vida em que se encontra quer pela maior vulnerabilidade que apresenta, visto que muitas vezes pode necessitar de cuidados e atenção especiais.

Perante o idoso, a família assume um papel crucial e preponderante!

2.1. O PAPEL DA FAMÍLIA

Perante a pessoa idosa, a família assume, assim, um papel essencial, quer no acompanhamento das transformações naturais, quer no processo de saúde/doença que surgem ao longo desta fase da vida.

Com a fragilidade que acompanha o processo de envelhecimento, é comum surgirem alterações, necessidades de apoio e adaptação, incluindo o reajustar de papéis entre filhos e pais, passando a pessoa idosa a exigir novas responsabilidades e maiores cuidados. Cabe à família entender as transformações de vida da pessoa idosa, conhecer melhor suas fraquezas e modificar a visão e as atitudes face ao envelhecimento, colaborando para

que o elemento idoso mantenha o seu lugar no grupo familiar e na sociedade (Morada do Sol, 2020).

Muitas vezes a rotina precisa ser adaptada. O respeito pelas fragilidades, necessidades, desejos e expectativas da pessoa idosa, pode ser facilitador cativar a sua atenção e a colaboração, fomentando o seu protagonismo no núcleo familiar.



2.2. VALORIZAR A COMUNICAÇÃO

Estabelecer uma boa comunicação é fundamental para que a família e a pessoa idosa possam atingir um estado de completo bem-estar físico e psicológico. Uma particular atenção na comunicação com a pessoa idosa passa por permitir que esta possa desfrutar dos efeitos benéficos de uma comunicação significativa e saudável com a família, os amigos e os seus cuidadores (Ministério da Saúde, 2023).

Estar presente pode fazer a diferença na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa idosa!

Alguns aspetos a ter em conta:

- Expressão da face, gestos e tom de voz;
- Nunca fazer promessas que não se possam cumprir;
- Não dar falsas esperanças;

- Não fazer julgamentos do que o idoso refere ou faz e tentar não mudar de assunto para o próprio não se sentir desvalorizado;
- O idoso necessita de afeto e compreensão: o toque, o abraço, o segurar da mão e acariciar, são formas de o demonstrar;
- Cumprimentar a pessoa idosa utilizando palavras e gestos simples;
- Perguntar sobre a forma como a pessoa idosa gosta de ser chamada;
- Demonstrar empatia e manter uma escuta ativa (saber escutar);
- Posicionar-se de frente à pessoa idosa e à mesma altura;
- Falar de forma calma e clara; utilizar frases curtas e simples;
- Ser paciente e aguardar que a pessoa idosa conclua o seu pensamento;
- Utilizar mensagens escritas;
- Programar atividades com antecedência;
- Respeite o tempo e as alterações corporais da pessoa idosa;
- Ficar atento a sinais de desconforto corporais e faciais.

Cuidar é perceber o outro como ele se mostra...nos seus gestos e palavras, na sua dor e na sua limitação!

2.3. O RESPEITO, A PRIVACIDADE E A SEGURANÇA

A pessoa idosa deve ser sempre tratada pelo seu nome e com respeito, evitando constrangimentos e desconfortos. Ações como: pedir em vez de assumir, pedir em vez de ordenar e oferecer escolhas sempre que possível,

podem ser algumas das formas de minimizar esses constrangimentos e de potencializar a força e o envolvimento ativo da pessoa idosa (Ministério da Saúde, 2023).

O respeito e a proteção dos direitos denominados “fundamentais” visam garantir que a pessoa idosa exerça, em condições de igualdade, o seu protagonismo na sociedade.

Garantir o respeito no cuidado com a pessoa idosa dependente...

- Respeitar a independência, a liberdade da pessoa idosa e personalizar a sua atenção;
- Deixar que a pessoa idosa faça as suas próprias escolhas;
- Respeitar os objetos pessoais, pois têm valor afetivo e contam histórias de vida;
- Respeitar a inteligência e a experiência da pessoa idosa;
- Dedicar tempo a escutar as propostas, experiências e histórias das pessoas idosas.
- Respeitar os horários. A pessoa idosa aprecia uma rotina e hábitos diários;
- Comprometer-se. Para realizar o cuidado de qualidade, é importante estar comprometido com esse trabalho, ter boa vontade para apoiar e Ser compreensivo;
- Não tratar a pessoa idosa de maneira infantil. Cumprimentar e reconhecer a pessoa idosa, oferecendo-lhe confiança;

- Demonstrar interesse e escutar de maneira atenciosa, mesmo que seja algo repetido ou uma história que já ouvida antes;
- Ser um bom “escutador” de histórias, de sonhos e de desejos.

Compreender a pessoa idosa e conhecer a sua história de vida, garante o seu respeito e a sua privacidade!

A falta de privacidade no cuidado com a pessoa idosa dependente resulta em...

- Vergonha, embaraço e humilhação;
- Exposição do corpo e falta de confidencialidade, ou seja, não se devem discutir questões e problemas pessoais em locais inadequados ou na presença de pessoas que não tenham proximidade com a pessoa idosa e a confiança dela;

Quando a pessoa idosa se torna vulnerável e necessita de cuidados é crucial preservar a privacidade, a dignidade e o respeito, pois são aspetos de importância acrescida para a manutenção da qualidade de vida. Deve ser, também, assegurado um meio de interação acolhedor que favoreça e preserve a sua privacidade e a sua identidade (Henkes & Areosa, 2019).

Garantir a segurança no cuidado com a pessoa idosa dependente...

O ambiente onde a pessoa idosa vive ou circula pode não ser muito seguro e por em risco a sua saúde e o bem-estar, daí a importância de adaptar os locais de forma a garantir a segurança dos mesmos, prevenindo lesões e situações que se possam torna ainda mais complicadas.

A pessoa idosa não pode ser deixada sozinha, pelo risco acrescido que tem em se envolver em acidentes, dentro ou fora de casa. A família, em especial da pessoa idosa já com limitações e défices físicos e cognitivos, deve ter em atenção algumas estratégias que garantam segurança e conforto (Ministério da Saúde, 2023):

- Guardar em local seguro objetos pontiagudos, cortantes, quebráveis, pesados ou muito pequenos;
- Não deixar a pessoa idosa sozinha a executar atividades na cozinha;
- Não deixar ao alcance da pessoa idosa medicamentos ou produtos tóxicos. Devem permanecer em armários fechados.
- No armário do quarto de banho, guardar apenas os objetos de higiene de uso diário, como pente, escova de dentes e sabonete;
- Deixar no mesmo lugar os objetos de uso frequente, sendo mais fácil de encontrá-los quando forem precisos;
- A cama deve estar encostada à parede e, se possível, ter uma proteção lateral.

A segurança da pessoa idosa vai para além dos cuidados prestados, passa também pela supervisão dos cuidados e pela prevenção de acidentes, com o principal enfoque na melhoria da qualidade de vida da pessoa e da família.



CAPÍTULO 3.

À FAMÍLIA CUIDADORA

3. À FAMÍLIA CUIDADORA

3.1. O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA

A percepção de qualidade de vida passa pelas oportunidades que a pessoa idosa dependente tem de se envolver e participar nas atividades do dia-a-dia.

O papel da família, enquanto cuidadora, é essencialmente de suporte, promovendo um ambiente seguro, reforçando a autonomia da pessoa idosa e respeitando as suas escolhas, interesses e preferências. Não substituir a pessoa com maior dependência, dar-lhe tempo para desenvolver as atividades, observar as suas dificuldades e, em conjunto, tentarem ultrapassá-las recorrendo a estratégias de adaptação (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.a).

3.2. O CUIDAR DO CUIDADOR... CUIDAR DE MIM!

Quando alguém muito próximo, algum elemento da família, adoece ou fica dependente, numa situação que se pode prolongar no tempo sem que seja previsível a duração do cuidar, exige que a família se reorganize, se adapte e redefina os seus papéis e atividades do dia-a-dia para que responda à situação de dependência que se instalou.

O familiar que cuida, que passa a ter o papel de cuidador da pessoa idosa dependente, pode ficar e sentir-se sobrecarregado, pois, muitas vezes, assume sozinho a responsabilidade dos cuidados. Soma-se a esta responsabilidade a sobrecarga emocional da transição para um processo de doença e maior debilidade, que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Perante esta situação é comum o familiar cuidador passar por cansaço físico, psicológico, por vezes depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e da família, modificando por completo a sua rotina diária e interferindo na qualidade de vida pessoal e familiar, o que exige uma fase de mudança, adaptação e reorganização (Ministério da Saúde, 2023).

Assim, quando o familiar se envolve nos cuidados à pessoa idosa, precisa de adotar novas rotinas que permitam cultivar um bom estado de saúde física e emocional para cuidar de si e da outra pessoa.

Por isso, cuidar de si próprio não é um luxo, torna-se indispensável para sustentar o seu envolvimento no cuidado da pessoa idosa dependente, a médio e longo prazo...

O QUE PRECISO FAZER PARA ME CUIDAR?

Ao Familiar Cuidador

Manter-se saudável exige uma adaptação e atenção diárias. Optar por realizar algumas mudanças pode criar condições para uma vida de maior qualidade.

Até os fatores mais simples do dia-a-dia afetam o bem-estar e a saúde. Além da saúde física, é preciso cuidar de necessidades psicológicas e sociais (Losada, 2017), nomeadamente decidir partilhar algumas responsabilidades com outros elementos da família, procurar momentos de distração e diversão com amigos, praticar algum exercício físico regular.

É importante aceitar que para poder continuar a cuidar do seu familiar dependente, não se pode esquecer de cuidar de si próprio... Assim, veja ou reveja alguns conselhos dos cuidados que deve ter para consigo!

Vigilância da Saúde:

- Compareça às consulta programadas pela sua equipa de saúde;
- Cumpra o esquema da medicação prescrita;
- Mantenha a sua situação vacinal actualizada;
- Participe nos rastreios de saúde preconizados pelo Serviço Nacional de Saúde e pela sua Unidade de Saúde.

Alimentação:

- Faça uma alimentação saudável, equilibrada e completa; comer alimentos diversificados, de acordo com as quantidades aconselhadas, e beber água;
- Não fique mais de três horas sem comer. Não salte as refeições. Para sobremesa prefira fruta;
- Reduza o consumo de sal, de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcares;
- Comece o seu dia com a toma do pequeno-almoço e, se possível, tome-o ao mesmo tempo que a sua família;

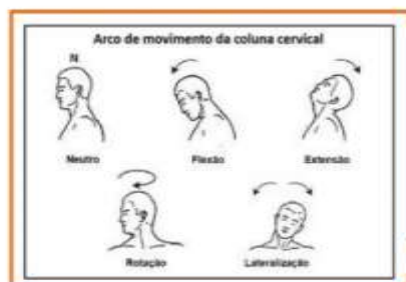
- Prepare refeições completas para toda a família, cumprindo o horário das mesmas;
- Quando cozinha, faça sempre mais quantidade de comida do que o necessário para essa refeição, para ficar com sobras;
- Escolha refeições leves e saudáveis, como frutas e bolachas integrais, para os momentos em que está mais ocupado e precisa de se alimentar;
- Beba pelo menos 1,5 litros de água; as infusões de chá também são uma ótima escolha.

Atividade física e relaxamento:

Atividade Física

Durante o dia-a-dia, o familiar que cuida pode realizar alguns exercícios para ajudar a manter-se em forma como os seguintes exemplos demonstram:

Exercícios para a coluna cervical (pescoço):



- Faça flexão da cabeça até encostar o queixo no peito, em seguida estenda a cabeça para trás como se estivesse olhando o céu.
- Gire a cabeça, primeiro para um lado e depois para o outro.
- Incline a cabeça lateralmente, para um lado e para outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.

Exercícios para os ombros:

- Enchendo os pulmões de ar, levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, depois fazendo movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.



Exercícios para os braços:

- Rode os braços esticados para frente e para trás, fazendo círculos.

Exercícios para o tronco:

- Na posição de pé, coloque uma das mãos na cintura ou, se achar mais fácil apoie-se numa cadeira, levante o outro braço passando por cima da cabeça, inclinando lateralmente o seu corpo. Vá repetindo este movimento alternadamente.



Exercícios para as pernas:



- Deitado de barriga para cima, apoie os pés na cama com os joelhos dobrados. Mantendo uma das pernas nessa posição, segure com as mãos a outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por alguns segundos e volte para a

posição inicial. Faça o mesmo exercício com a outra perna (Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia [SPGG], 2014).

Faça atividade física, como caminhadas e alongamentos, ajuda a reduzir o cansaço e melhora a sua saúde física e mental.

Relaxamento

- Assista a programas do seu interesse nas horas em que se encontra com mais disponibilidade; Enquanto assiste televisão movimente as mãos e os pés, estimulando a circulação;
- Sempre que possível faça massagens a si próprio ou solicite a colaboração de outra pessoa;
- Dedique algum do seu tempo à leitura;
- Escute música da sua preferência enquanto dedica cuidados ao seu familiar, promovendo relaxamento para ambas as partes;
- Convide um amigo ou familiar para tomar café e mudar de ambiente, partilhando histórias agradáveis; se não for possível sair de casa, convide-o para ir a sua casa;
- Se o seu familiar tiver capacidade de sair leve-o consigo numa cadeira de rodas quando for às compras e aproveite para usufruir das zonas verdes envolventes;
- Sorrir e rir são ótimos exercícios de relaxamento que lhe proporciona uma sensação de bem-estar;
- Solicite a ajuda de familiares, vizinhos ou amigos para participarem na prestação de cuidados quando se sentir mais cansado;

- Fale com a sua enfermeira de família ou a sua médica se se sentir muito cansado ou esgotado, pois existem outros recursos de apoio na comunidade.

Gestão das Emoções:

Quando se começa a prestar cuidados à pessoa idosa dependente é normal ter sentimentos negativos?

Sim. Por vezes a família cuidadora sente frustração ou desânimo em relação às rotinas de cuidar ou em relação à pessoa idosa de quem se cuida (Ferreira et al., 2017).

Estes sentimentos não significam que seja um mau cuidador ou que seja uma pessoa sem valores, podem ser indícios de sobrecarga emocional e física. Quando surgem, devem ser vistos como um sinal de alerta e devem despertar para a necessidade de se reorganizar nos cuidados prestados ao seu familiar dependente, podendo ser necessário dividir a responsabilidade do cuidado com outras pessoas para que esses sentimentos sejam atenuados (Ministério da Saúde, 2023).

Algumas sugestões que podem ajudar a lidar e ultrapassar esses sentimentos:

- Identifique os sentimentos que sente mais frequentemente e com maior intensidade de forma a conseguir lidar com os mesmos;
- Partilhe e desabafe os seus pensamentos e sentimentos;
- Reconheça a importância do seu papel enquanto familiar cuidador;

- Dedique tempo para si próprio e crie rotinas conciliando o tempo dedicado ao familiar dependente e conseguindo cuidar de si mesmo, usufruindo das atividades que mais gosta;
- Mantenha os seus contactos sociais e a ligação com a restante família, pois esta também necessita de si, podendo dar-lhe apoio sempre que necessário;
- Pesquise e coloque em prática técnicas que lhe ajudam a aliviar a tensão causada pela situação de cuidar do seu familiar (fazer uma caminhada, telefonar a uma pessoa amiga);
- Procure falar com famílias cuidadoras de forma a não se sentir sozinho e aprender novas competências e ferramentas para lidar com as suas emoções.

Aprender a colocar-se em primeiro lugar não é egoísmo, nem orgulho. É Amor Próprio.

Charles Chaplin

3.3. A FAMÍLIA CUIDADORA E A EQUIPA DE SAÚDE

A Família Cuidadora designada como a família responsável pelo cuidado à pessoa idosa, maioritariamente representada pelo elemento que cuida quando se instala um quadro de maior dependência e quando para tal for solicitado. Esta pessoa, geralmente escolhida pelo seio familiar, assume funções para as quais, na maioria das vezes, não se sente preparada. É

importante, por isso, que a equipa de saúde tenha sensibilidade e disponibilidade para acompanhar, apoiar e sustentar a família cuidadora.

A USF Tiago de Almeida faz um acompanhamento contínuo de todos os seus utentes, incluindo os mais dependentes e suas famílias no domicílio, com visitas domiciliárias feitas pela equipa de enfermagem ou a equipa de saúde (médico/enfermeiro de família), sempre que necessário.

Quando o cuidador pode procurar ajuda?

A dificuldade de cuidar de outra pessoa não é constante e pode aumentar repentinamente. Como reconhecer quando precisa de ajuda:

- O seu apetite sofreu alterações, aumentou ou perdeu peso?
- Sente-se deprimido, irritado, sem esperança?
- Tem dificuldades em adormecer e relaxar?
- Recorre ao uso de álcool ou de medicação para adormecer?
- Adoece com maior frequência?
- Perdeu o interesse em se relacionar com familiares e amigos?
- Sente-se quase sempre exausto, física e emocionalmente?
- Não sente interesse em cuidar do seu familiar, como fazia antes?
- Sente-se irritado e saturado com as responsabilidades de cuidar?
- Não se importa mais com o seu familiar?

Onde posso encontrar ajuda?

- Pode recorrer aos seus familiares e amigos que estejam mais disponíveis e que possam colaborar um pouco mais.

Nem sempre é possível contar com a colaboração dos familiares, pois também trabalham e podem não ter disponibilidade. Quando essa colaboração for insuficiente, por parte dos familiares e amigos, considere outras possibilidades:

- Recursos e redes de apoio domiciliário.
- Sempre que necessário a família cuidadora cuidador pode solicitar colaboração ao seu enfermeiro e médico de família.
- Se necessário, a pessoa idosa dependente, será referenciada para outras especialidades.

CUIDE DE SI...E SÓ ASSIM, CUIDARÁ BEM DO OUTRO...

3.4. CUIDADOS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE

A pessoa idosa dependente deve ter a oportunidade de participar nas atividades diárias promovendo a sua autonomia individual, integração e realização pessoal, ou seja, tem o direito a viver uma vida tão normal quanto possível. Incentivar a pessoa idosa dependente a auto cuidar-se: a fazer a sua higiene, a vestir-se e a realizar levante diário são boas maneiras de se exercitar, manter a função do corpo e da mente, e de ser mais independente. Assim, deverá ser estimulada a realizar todas as atividades que seja capaz.

A família deve fornecer-lhe a ajuda mínima necessária, pois é a atividade normal diária que a manterá ativa e manterá a sua capacidade física e mental por mais tempo.

Acreditar nas capacidades da pessoa idosa e acreditar em si e no poder das suas intervenções...

Aplauda os pequenos ganhos!

Estimule a autoconfiança!

Estimule a independência!

Ajude a pessoa idosa a adaptar-se às suas incapacidades!

3.4.1. ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Uma alimentação variada e equilibrada tem influência no bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção e tratamento de doenças das pessoas idosas.

A família deve proporcionar uma alimentação saborosa, colorida e equilibrada, respeitando as preferências individuais. Em situação de doença e maior debilidade é frequente a perda de apetite, assim como a perda de peso, independentemente da variedade e quantidade dos alimentos ingeridos. É importante seguir as orientações dos profissionais de saúde que orientam e ajudam a definir a dieta adequada (Queirós, 2017).

A dieta da pessoa idosa deve ter por base a roda dos alimentos e as suas necessidades específicas. Deve ser rica em proteínas, vitaminas, minerais e fibras, moderada em hidratos de carbono e relativamente baixa em gorduras.

A água é muito importante, recomenda-se 6 a 8 copos de água por dia.



Cuidados a ter com e na alimentação:

- Ter presente que a pessoa idosa pode não ter noção das horas e ficar sem se alimentar, pois, por vezes, esquece-se dos horários das refeições;
- Fornecer as refeições a horas certas, em vez de esperar que a pessoa idosa se lembre de as pedir;
- Na hora das refeições, a pessoa idosa deve estar acordada; colocá-la na posição de sentada com a cabeça bem elevada, se a refeição for no leito (as almofadas podem ajudar no posicionamento);
- Permitir, sempre que possível, que a pessoa idosa se alimente sozinha, mesmo que seja necessário auxílio para o corte dos alimentos;
- Após todas as refeições, a pessoa idosa deve manter-se sentada, durante cerca de 30min para facilitar a digestão;

- Se no decorrer das refeições a pessoa idosa tossir ou se engasgar com frequência, não insistir e perguntar à sua equipa de saúde / enfermeiro de família se é seguro continuar a alimentá-la;
- Antes de servir os alimentos, estar atento à temperatura dos mesmos. A pessoa idosa pode ter alguma alteração na sensibilidade que dificulte a perceção da temperatura;
- Observar se as refeições estão a ser bem toleradas, caso contrário, procurar apoio junto da sua enfermeira/médico de família para conhecer outras alternativas de dieta;
- A dor altera o apetite. Certificar que a pessoa idosa está medicada com a terapêutica prescrita pelo médico para que a dor não comprometa a alimentação;
- Oferecer sempre pequenas quantidades de comida e permitir que a pessoa idosa escolha entre várias opções de alimentos;
- No caso da pessoa idosa com problemas na mobilidade dos braços, lembrar sempre de colocar os alimentos e a água próximos do lado não afetado.

Como proporcionar uma alimentação variada e equilibrada:

- Ter presente os alimentos favoritos da pessoa idosa e apresentá-los de forma apelativa;
- Ao longo do dia, servir cinco ou seis pequenas refeições;
- Os alimentos devem ser servidos em pratos, em pequenas quantidades;
- O pequeno-almoço deve ser uma refeição reforçada, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;

- Preferir alimentos fáceis de mastigar;
- Se a pessoa idosa estiver muito magra, dar alimentos calóricos como sumos de fruta, batidos, leite-creme, gelados e pudins;
- Fornecer líquidos ligeiramente espessos, se a pessoa idosa tiver dificuldade em engolir, como batidos de leite, de fruta ou iogurtes;
- Durante as refeições da pessoa idosa, usar uma colher na sua alimentação para evitar ferimento com os dentes do garfo;
- Procurar que a pessoa idosa beba cerca de 6 a 8 copos de água por dia, oferecendo-a nos intervalos das refeições mesmo que ela não os solicite. É muito importante manter a hidratação oral;
- Se a pessoa idosa recusar água pode ser oferecida gelatina;
- Antes e após as refeições, lavar a boca da pessoa idosa.

Alguns conselhos para a dieta da pessoa idosa

Ser variada e equilibrada, dividida em 4 a 6 refeições durante o dia.

Ter pelo menos, uma refeição quente por dia.

Ter comida saborosa e bem apresentada (atrativa na cor e textura) para estimular o apetite.

Ser fácil de mastigar e de fácil digestão.

De preferência ter alimentos cozidos, assados ou grelhados, evitar os fritos e o sal (usar gotas de limão ou ervas aromáticas, para dar mais sabor aos alimentos), evitar o picante e os condimentos fortes.

Ser limitada e restritiva em açúcares.

Conter alimentos com alto teor em fibra (farelo de trigo, aveia, arroz integral, pão integral, frutas, vegetais frescos e legumes).

CUIDADOS A TER COM A ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA

A entubação nasogástrica consiste na introdução de uma sonda através de uma narina até ao estômago e realiza-se para permitir a administração de alimentos, líquidos e medicamentos à pessoa idosa que se encontre incapacitada de deglutir (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.a).



Preparação dos alimentos

- Os alimentos devem ser bem passados e de consistência líquida para não obstruírem a sonda;
- Os alimentos devem estar mornos para evitar as queimaduras.

Antes da refeição

- A pessoa idosa deve ficar na posição de sentada (elevar a cabeceira da cama ou apoiar com almofadas);
- Se não for possível, deve-se deitá-la de lado (para evitar aspiração dos alimentos para os pulmões);
- Verificar se a sonda está bem posicionada, se o adesivo está bem colocado e se a sonda é visível no interior da boca;

- Se a sonda estiver mais de 5 cm deslocada da medida estabelecida, contactar a equipa de saúde;
- Verificar se a sonda está no estômago. Com a seringa da alimentação, tentar aspirar a sonda e, se fluir conteúdo, é porque esta está bem colocada e pode alimentar a pessoa idosa;
- Verificar o volume/quantidade de conteúdo aspirado:
 - Se este for igual ou superior à última refeição administrada, introduzir novamente o conteúdo e esperar cerca de 1 hora;
 - Recomeçar a alimentação com um chá e verificar se foi bem tolerado ao fim de 1 hora, depois pode progredir para alimentos mais consistentes.
- Sempre que se tirar a tampa da sonda deve-se fechar (clampar) a sonda com a mão para não entrar ar nem sair líquido.

Durante a refeição

- Fornecer a refeição lentamente;
- A seringa da alimentação deve ser colocada acima da cabeça da pessoa idosa para facilitar a descida dos líquidos;

Após a refeição

- Após a refeição por sonda a pessoa idosa deve permanecer sentada cerca de 30 minutos para facilitar a digestão;
- No fim da refeição introduzir uma seringa de água para lavar a sonda.
- Ao longo do dia deve-se administrar água (6 a 8 copos) pela sonda para manter a hidratação da pessoa idosa;
- O intervalo entre as refeições não deve ser superior a 3 horas.

Cuidados especiais com a sonda nasogástrica

O adesivo do nariz deve ser mudado sempre que necessário, preferencialmente todos os dias, tendo o cuidado de não retirar a sonda do sítio.



Dar atenção à higiene diária do nariz da pessoa idosa.

Fazer os cuidados de higiene à boca da pessoa idosa, mesmo que a pessoa idosa seja alimentada apenas por sonda nasogástrica.

Se a sonda nasogástrica sair do sítio (exteriorizar) não se deve voltar a introduzir. Entrar em contacto com a equipa de saúde para que possa verificar o seu posicionamento e funcionalidade.



Se tiver dificuldades ou dúvidas sobre os cuidados a serem prestados, entre em contato com a equipa de saúde da sua USF. O profissional de saúde/enfermeiro de família poderá orientá-lo.

...Saiba que a equipa de saúde da USF Tiago de Almeida está sempre presente e disposta a atender os seus utentes da melhor maneira possível!

3.4.2. CUIDADOS À PELE E PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

A pele deve estar sempre limpa e sem humidade! Ter especial atenção e observar se existem zonas de pressão onde a pele aparece ruborizada (avermelhada).

Caso se observe zonas do corpo avermelhadas, talvez haja necessidade de providenciar um colchão anti escaras e protetores de pura lã para os calcanhares! Pedir orientações e sugestões à equipa de enfermagem, pois a partilha de informação pode ser útil para um apoio e suporte mais adequados (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.c).

As **zonas de pressão** e, numa fase mais avançada, as **úlceras de pressão** surgem quando a pessoa idosa fica mais dependente e não consegue movimentar-se, permanecendo por longos períodos na mesma posição. No entanto, existem fatores que contribuem para o aparecimento e agravamento das mesmas, incluindo se a pessoa é muito magra ou se tem excesso de peso, se não controla os esfíncteres (urina e fezes) ou se transpira muito...

Medidas para prevenir as úlceras de pressão:

- A pele deve permanecer bem limpa e seca;
- Massajar a pele com creme hidratante;

Se a pessoa idosa apresentar uma zona da pele vermelha que, após o alívio da pressão, não desaparece, poderá indicar o início de uma úlcera de

pressão e, neste caso, a massagem pode causar danos. Massage apenas a zona envolvente.

- Sempre que mobilizar a pessoa idosa, esta deve ser levantada e nunca arrastada na cama (a fricção causa lesões na pele);
- Posicionar o idoso de 2/2 h;
- Recorrer às almofadas para aliviar as zonas de pressão do corpo.

A família e/ou o familiar cuidador deverá contactar a Equipa de Enfermagem caso a pessoa idosa apresente úlceras de pressão, mesmo que todos os cuidados adequados se cumpram e permaneçam.

Locais comuns de úlceras de pressão em **posição de decúbito dorsal**:

- Cabeça;
- Cotovelos;
- Cóccix (base da espinha);
- Calcânhares.



Locais comuns de úlceras de pressão em **posição de decúbito lateral**:



- Orelha;
- Ombro;
- Anca (quadril);
- Joelhos;
- Tornozelos.

Estas zonas devem ser vigiadas com regularidade, por exemplo durante os cuidados de higiene e no banho...

3.4.3. CUIDADOS DE HIGIENE

É importante, para a pessoa idosa, ser capaz de participar mesmo nas mais pequenas atividades como: segurar no sabonete, lavar a cara, segurar no espelho, colocar o lenço na cabeça. A participação nos cuidados pessoais e de higiene é uma forma de exercício e de promoção do bem-estar, da dignidade e da autoestima (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.a).

Higiene oral

A higiene oral é uma parte fundamental nos cuidados de higiene, não só mantém o doente mais confortável como:

- Previne infeções, cáries e aftas;
- Elimina restos de alimentos e microrganismos;
- Estimula a circulação do sangue;
- Evita o mau hálito.

Quando realizar?

Após as refeições: ao pequeno-almoço, almoço e jantar, tenha o idoso dentes naturais ou prótese dentária e mesmo que não se alimente pela boca (uso de sonda).

Qual o material necessário?

- Toalha de rosto;
- Pasta dentífrica ou solução antisséptica e fio dentário;
- Escova de dentes ou espátula envolta em compressa;
- Copo com água;
- Recipiente para água suja;

- Hidratante para os lábios (vaselina líquida ou batom de cieiro);
- Escova de dentes, sem uso anterior, para limpeza de próteses ou coroa.



Procedimento:

- Colocar a pessoa idosa na posição de sentada, ajudá-la a levantar a cabeça (a higiene oral nunca deve ser realizada na posição de deitada pelo risco de asfixia);
- Colocar uma toalha seca por baixo do queixo;
- Fornecer à pessoa idosa um pouco de água para humedecer a boca;
- Utilizar ou fornecer uma escova de dentes com dentífrico e escovar suavemente os dentes, bochechas, gengivas e língua (onde a escova não for possível chegar, utilizar o fio dentário);
- Se a pessoa idosa usar prótese dentária, retirar a mesma e lavar com água morna e pasta de dentes ou um produto adequado (água muito quente pode danificar a prótese). Se a pessoa idosa apresentar feridas na boca, colocar a prótese apenas na hora das refeições;
- Fornecer um pouco de água morna à pessoa idosa para bochechar e cuspir para a bacia;
- Se a pessoa idosa estiver inconsciente, passar suavemente uma espátula com uma compressa embebida em desinfetante oral (elixir) nos dentes. Evitar elixires com álcool;

- Hidratar os lábios com batom do cieiro ou vaselina;
- Se a pessoa idosa morder a escova ou a espátula, não tentar retirá-la à força, o maxilar acabará por descontrain.

O Banho

O banho proporciona conforto físico e emocional à pessoa idosa e reforça os laços entre a pessoa idosa cuidada e a pessoa cuidadora, sendo um dos cuidados de higiene mais importante, evitando as irritações da pele e prevenindo o corpo contra o aparecimento de futuras infeções.

Facilite o ato de tomar banho com o mínimo de ajuda!

Adapte a casa de banho às necessidades da pessoa idosa... Para que esta seja um espaço seguro!

Quando realizar?

Proporcionar diariamente o banho. A higiene das partes íntimas e das mãos deve ser realizada sempre que necessário.

Respeitar a preferência da pessoa idosa, no entanto, pode ser dado a qualquer hora do dia, preferencialmente pela manhã que é quando a pessoa tem mais energia.

Onde realizar?

O familiar cuidador deve optar sempre pelo banho de chuveiro, deixando o banho no leito apenas para a pessoa idosa mais dependentes e com dificuldade em sair da cama.

BANHO DE CHUVEIRO:

- Se a pessoa idosa permanecer muitas horas deitada, é importante deixá-la sentada por alguns minutos antes de a levar para a casa de banho;
- Podem ser necessárias algumas adaptações do ambiente para prevenir quedas e acidentes no percurso ou durante o banho;
- Em caso de dificuldade na mobilidade, usar uma cadeira para apoio durante o banho;
- Ajudar sempre a pessoa idosa a entrar e a sair do chuveiro/banheira.



BANHO NO LEITO:



- Antes de iniciar o banho explicar sempre à pessoa idosa o procedimento que se vai realizar e dar a possibilidade de fazer as suas necessidades fisiológicas (quando existe controlo);
- Se possível, elevar a cama, para diminuir o esforço nas suas costas;
- A privacidade da pessoa idosa é muito importante, recorrer a um lençol para a cobrir e destapar e lavar uma parte do corpo de cada vez;

Qual o material necessário?

- Dois recipientes com água morna, um deles com sabonete ou gel de banho dermoprotetor e com pH neutro;

- Esponja e toalhas;
- Creme hidratante;
- Roupa: pijama ou fato de treino;
- Fralda, se necessário;
- Escova de dentes macia, copo, pasta dentífrica e elixir;
- Pente ou escova do cabelo;
- Saco plástico (para colocar o material a eliminar após utilização);
- Forro de plástico e de pano para proteger a cama.

É importante manter a temperatura agradável no quarto e assegurar que não há correntes de ar. Lavar as mãos antes de prestar qualquer cuidado.

Procedimento:

- Deve-se iniciar o banho pelo rosto (sem esquecer olhos e orelhas) e prosseguir até aos pés (lavar o cabelo sempre que necessário);
- Utilizar gel de banho neutro, tendo o cuidado de o remover por completo;
- Em movimentos suaves, secar todas as zonas do corpo tendo especial atenção às pregas do corpo (as mamas, axilas e entre os dedos) e secar bem os cabelos recorrendo ao secador;
- Observar e avaliar o estado da pele e do cabelo;
- Manter as unhas cortadas a direito e limpas, recorrendo a uma lima ou ao corta-unhas;

- Após terminar o banho, massajar o corpo com um creme hidratante de forma suave, incidindo nas zonas de maior pressão (ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares);
- Ajudar a pessoa idosa a voltar-se de lado para lhe lavar as costas;
- A zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho, da frente para trás. Se a pessoa idosa for homem, puxar cuidadosamente a pele que cobre pénis, lavar e secar;
- Trocar a água das bacias sempre que esta estiver suja ou fria, deixando a pessoa idosa numa posição confortável e segura;
- Vestir a pessoa idosa e colocá-la numa posição confortável.



3.4.4. PREVENÇÃO DE QUEDAS

Com o envelhecimento surgem mudanças na forma como o corpo reage à informação do meio, estas mudanças refletem-se na capacidade para ajustar os movimentos corporais às situações do seu dia-a-dia. Com o avançar da idade, surge diminuição da visão, da audição, da força muscular, do tempo de reação e do equilíbrio, aumentando o risco de queda. As quedas na pessoa idosa, nomeadamente com maior dependência, são responsáveis por muitas das mortes acidentais e acidentes graves, daí ser essencial proporcionar ambientes seguros e adotar hábitos de vida saudáveis (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.b).

Fatores de Risco

Para prevenir as quedas, para além de alterar alguns estilos de vida, pode haver necessidade de fazer pequenas alterações em casa.

Quais os principais motivos de queda na pessoa idosa?

Motivos relacionados com o próprio:

- Alteração da marcha e postura inadequada;
- Diminuição da visão;
- Diminuição da força muscular e do equilíbrio;
- Aparecimento de doenças (osteoarticulares, cardíacas);
- Ansiedade e depressão;
- Estado demencial;
- Negação da fragilidade;
- Uso de medicamentos.

Motivos devido a fatores relacionados com o meio:

Calçado e roupa

- Sapatos não adaptados;
- Roupa demasiado comprida, cintos soltos.

Chão

- Superfícies escorregadias;
- Objetos dispersos pelo chão;
- Tapetes soltos;
- Escadas com tapetes e sem corrimão.

Casa de banho

- Piso escorregadio;
- Ausência de barras de apoio.

Mobília

- Móveis instáveis;
- Camas muito altas ou baixas;
- Cadeiras baixas sem apoio para braços;
- Mobília fora do sítio.

Auxiliares de marcha (andarrilho, cadeira de rodas ou bengala)

- Inadequados ou mal adaptados.

Iluminação

- Insuficiente e/ou inadequada.

Complicações das Quedas

As quedas, na pessoa idosa, podem provocar várias lesões... Fraturas, traumatismos cerebrais e lesões nos músculos que, por sua vez, dificultam a capacidade da pessoa idosa de se movimentar e realizar as suas atividades diárias, diminuindo a sua qualidade de vida!

Por outro lado, podem também provocar efeitos psicológicos na pessoa idosa, como alteração da autoimagem e da autoconfiança, medo, vergonha, depressão.

Na família cuidadora a queda poderá ter também impacto, levando, muitas vezes, a necessidade de reajuste da dinâmica familiar, encargos adicionais,

sobrecarga emocional, física e económica, sentimentos de culpa e desgaste da mesma (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.b).

Prevenção de Quedas

Observar o tipo de calçado e roupa:

- Os sapatos ou chinelos devem ter calcanhares reforçados e estarem presos ao pé;
- Os sapatos e as meias devem apresentar solas antiderrapantes;
- As calças e os roupões devem ter a altura certa para que não tropece, assim como retirar também os cintos dos roupões.

Em casa, verificar o ambiente:

No interior da casa

- A iluminação é suficiente?
- Os interruptores estão acessíveis?
- As luzes de presença noturna são suficientes?
- As beiras dos tapetes são lisas e retas?
- O chão encontra-se livre de objetos?
- As cadeiras/sofás têm a altura adequada para permitirem uma transferência segura?
- As cadeiras têm braços de apoio?

Na casa de banho

- Existem tapetes antiderrapantes na banheira e no polibã?
- Os tapetes estão em bom estado de conservação?

- Existem barras de apoio?
- Existe cadeira/banco no polibã?
- O chão é antiderrapante?

Nas escadas

- Têm iluminação adequada?
- Apresentam corrimão bilateral?
- O corrimão está bem firme?
- Os degraus estão em bom estado?
- As beiras dos degraus estão marcadas para permitir boa visibilidade?
- Os degraus estão livres de tapetes?

MEDIDAS DE PREVENÇÃO RESULTAM EM QUALIDADE DE VIDA E CONTRIBUEM PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL!

O exercício físico ajuda a que a pessoa idosa se movimente melhor e que tenha menor risco de queda, contribui para aumentar a mobilidade sem comprometer a sua autonomia.

O ambiente deve estar adequado às necessidades da pessoa idosa, tendo em consideração as outras pessoas (família) que vivem na casa. A segurança é mais importante que a estética...

3.4.5. POSICIONAMENTOS, MARCHA E LEVANTE

Como familiar cuidador, ao mobilizar a pessoa idosa com maior dependência, ter em atenção a própria postura antes de realizar os movimentos e posicionamentos.

Cuidar da postura do(s) familiar(es) cuidador(es)... E evitar lesões:

- Adotar uma postura correta para que o peso seja distribuído por todos os músculos do corpo;
- As costas devem estar direitas;
- Os joelhos devem estar dobrados e os pés separados um do outro cerca de 30 cm;
- O corpo deve estar perto do corpo da pessoa idosa e orientado para a direção do movimento que se vai realizar;
- Os posicionamentos devem ser realizados devagar.

Como sugestões:

- Pedir colaboração à pessoa idosa, dentro das suas capacidades, e explicar todos os passos que se vão dar;
- Sempre que possível pedir a colaboração de outra pessoa de forma a fazer corretamente os posicionamentos necessários, evitando lesões para quem cuida e para quem está a ser cuidado.

POSICIONAMENTOS DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE NA CAMA

A mudança de posição da pessoa idosa na cama, com ou sem colaboração, de acordo com as necessidades individuais tem muitos benefícios (Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, s.d.a):

- Melhora a capacidade respiratória;
- Ajuda a prevenir complicações circulatórias, estimulando a circulação;
- Regula o trânsito intestinal;
- Previne a perda muscular;
- Facilita a mobilidade das secreções;
- Previne posições viciosas;
- Previne lesões na pele (úlceras de pressão);
- Proporciona conforto e bem-estar.

Mobilizar para a cabeceira da cama

Aspetos a ter em conta no posicionamento:

- Manter o corpo alinhado;
- Posicionar com movimentos firmes e sem arrastar o corpo;
- Utilizar um lençol dobrado ao meio “como elevador” para auxiliar nos posicionamentos;
- Proteger as zonas de proeminência óssea (locais do corpo com os ossos mais salientes);
- Sempre que possível, pedir colaboração a outro familiar;
- No caso de cama com barras laterais, estas devem ser baixadas;
- Remover as almofadas da cama;

- Baixar a cabeceira e pés da cama;



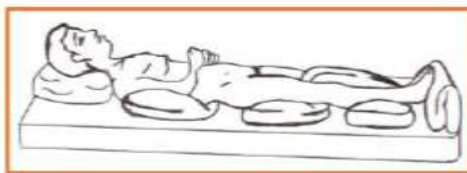
- O(s) familiar(es) cuidador(es) deve estar posicionado(s) ao lado da cama;
- Se for possível, colocar as pernas da pessoa idosa com os joelhos dobrados;
- Segurar no resguardo com as mãos, perto do corpo da pessoa idosa;
- Ao mesmo tempo, levantar o resguardo e puxar para cima;
- Verificar o alinhamento do corpo;
- Aproveitar este momento para observar o estado da pele nas zonas de pressão;
- Colocar almofadas para evitar as zonas de pressão e para apoiar o corpo nos posicionamentos;
- Proteger as zonas avermelhadas com almofadas, protetores de cotovelos e calcanhares tipo pele de carneiro.



Posição de decúbito dorsal (deitado de costas)

Aspetos a ter em conta no posicionamento:

- Firmar os seus pés, bem separados;
- Dobrar os joelhos da pessoa idosa;
- Colocar uma mão nas costas e outra nas coxas da pessoa idosa e elevá-la no sentido da cabeceira da cama;
- Proteger os calcanhares com uma almofada, de maneira a que não toquem no colchão.
- Retirar as almofadas suplementares;
- Utilizar o resguardo para mobilizar a pessoa idosa, tendo o cuidado de a levantar e não arrastar para não provocar feridas por fricção.

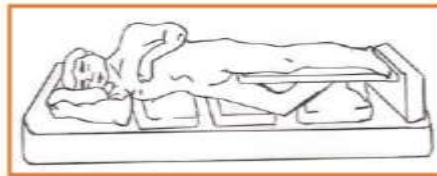


Posição de decúbito lateral (deitado de lado)

Aspetos a ter em conta no posicionamento:

- Colocar a mão no ombro e na anca da pessoa idosa e fazer rolar o corpo na sua direção. Deste modo, a pessoa idosa, começará naturalmente a virar-se;
- Colocar uma almofada nas costas da pessoa idosa e dobrar a mesma confortavelmente contra ela para lhe dar mais apoio e conforto;

- Verificar se o braço e o ombro de baixo estão numa posição confortável; o braço e a mão de cima podem ficar mais confortáveis se forem colocados sobre uma almofada;
- Posicionar a perna que fica por cima ligeiramente para a frente, para evitar que fique pousada sobre a de baixo e colocar uma almofada ao longo da coxa;
- Colocar outra almofada ao longo da perna para evitar zonas de pressão na pele e para apoiar bem. A almofada deve ir um pouco além do pé, para que o tornozelo e o pé não fiquem desapoiados.



Transferir da cama para a cadeira de rodas

Aspetos a ter em conta no levantar:

- Vestir a pessoa idosa com calças e calçado bem adaptado ao pé e com sola antiderrapante;
- Posicionar a cadeira de rodas ao lado da cama;
- Remover o braço da cadeira do lado da cama;
- Remover os pedais da cadeira de rodas; Travar a cadeira!
- Verificar se todos os obstáculos e barreiras foram retirados do caminho;



- Antes do levantar, sentar a pessoa idosa na beira da cama e verificar se apresenta tonturas;
- Posicionar-se à frente da cadeira e voltado para a pessoa.



- Dar indicação, à pessoa idosa, para onde se vai mobilizar para que os movimentos sejam iguais;
- Se a pessoa idosa colaborar, contar até três para que todos se mexam ao mesmo tempo;
- Ajudar a pessoa idosa a sentar-se com as pernas para fora da cama.

- Segurar a pessoa idosa pela cintura, pela parte de trás das calças;
- Se a pessoa idosa colaborar, pedir que incline o tronco para a frente;
- Ao rodar para fazer a mobilização da pessoa idosa, rodar também os seus pés ao mesmo tempo que o corpo, de modo a prevenir lesões na coluna e joelhos;
- Se a pessoa idosa começar a cair não resistir à queda. Acompanhá-la suavemente e protegerem-se ambos para não se magoarem. Proteger a cabeça dela para que não bata no chão.



A família da pessoa idosa deve...

Assegurar que a pessoa idosa permanece alternadamente entre a cama e a cadeira.

Posicionar a pessoa idosa na cama com frequência, idealmente de 2 em 2 horas, posicionando-a sobre o lado esquerdo e o direito e de costas alternadamente.

Contactar a equipa de saúde / enfermeiro de família se verificar que a pele da pessoa cuidada tem zonas avermelhadas e de maior pressão.

Utilizar um colchão de pressões alternas ou almofadas que evitem a pressão, conforme as indicações da equipa de saúde / enfermeiro de família.

Sempre que a roupa da cama represente um peso significativo, utilizar mecanismos (ex: caixa de cartão) para que a mesma não faça pressão nos pés.



CAPÍTULO 4.

REDE DE APOIO

4.1. APOIOS SOCIAIS

Sempre que necessário, a família e a pessoa idosa podem solicitar e usufruir dos apoios que existem a nível da Saúde e da Segurança Social, como uma fonte de apoio e ajuda, daí a importância de procurar aconselhamento e esclarecimentos junto dos profissionais e das instituições adequadas para fornecerem informação útil, atualizada e oportuna de acordo com as necessidades apresentadas.

APOIOS SOCIAIS – SAÚDE

Atestado Médico de Incapacidade Multiusos

O Atestado Médico de Incapacidade Multiusos é um documento que comprova a existência e o grau de incapacidade, física ou mental, da pessoa, podendo ser permanente ou temporária, prevendo a atribuição de vários benefícios sociais, fiscais e económicos, consoante o grau de incapacidade (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Este atestado é atribuído a pessoas com deficiência ou em situação clínica grave. Assim, tanto pode ser emitido a cidadãos reformados ou com atividade profissional ativa, desde que apresentem em junta médica, doenças e problemas de saúde documentados com relatórios médicos e exames auxiliares efetuados, que permitam ponderar um grau de incapacidade global, que sendo igual ou superior a 60%, pode dar acesso a direitos, medidas e benefícios como:

- Isenção de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde;
- Atendimento prioritário
- Transporte não urgente de doentes;
- Acesso a material de apoio que previna, compense e alivie as incapacidades, as limitações e as restrições;
- Benefícios fiscais de IRS (Autoridade Tributária);
- Isenção do Imposto único de Circulação – IUC (Autoridade Tributária);
- Cartão de estacionamento para pessoas cuja incapacidade condicione a sua mobilidade (IMT);
- Isenção de IVA na aquisição de triciclos, cadeira de rodas (com ou sem motor) e automóveis ligeiros de passageiros (Autoridade Tributária);
- Subsídio de Renda (Segurança Social);
- Desconto em algumas empresas de energia e telecomunicações (incapacidade associado ao baixo rendimento económico);
- Entre outros.

O pedido para obtenção do Atestado Médico de Incapacidade Multiusos deve ser entregue no Gabinete do Cidadão da ULSAM, após preenchimento de um impresso próprio, disponível no referido Gabinete do Cidadão, acompanhado dos relatórios médicos e exames que fundamentem esse pedido.

Para começar a usufruir dos direitos do Atestado Médico de Incapacidade Multiusos, a cópia do mesmo deve ser entregue no local de trabalho, na Repartição de Finanças e na Segurança Social da área de residência.

Reembolso de Fraldas

Crítérios para obter o reembolso de fraldas, cumulativamente (Circular Normativa Conjunta, 2017):

- Atestado Médico de Incapacidade Multiusos, com incapacidade igual ou superior a 60%;
- Isenção de taxas moderadoras por insuficiência económica.

Como pedir o reembolso:

- Pedir prescrição médica (receita) ao Médico de Família das fraldas, não sendo necessária a apresentação do orçamento das mesmas;
- Adquirir comprovativo do IBAN;
- Reunir os comprovativos / recibos de pagamento, isolados das restantes compras, com o NIF do beneficiário;
- Entregar no balcão da Unidade de Saúde Familiar (USF) esses comprovativos / recibos de pagamento.

Banco de Produtos de Apoio

O Banco de Produtos de Apoio, da responsabilidade do Serviço Social do Centro de Saúde de Viana do Castelo, destina-se ao empréstimo gratuito de produtos de apoio (PA) a utentes com deficiência ou incapacidade, inscritos nas diferentes Unidades Funcionais de Saúde do Centro de Saúde, mediante pedido efetuado pelo utente/família/cuidador ou pela equipa prestadora de cuidados, de acordo com critério clínico.

Este recurso dispõe de equipamentos cuja atribuição é efetuada mediante a disponibilidade dos mesmos e validade com a assinatura do Termo de Responsabilidade.

Relativamente ao procedimento de atuação, compete ao Serviço Social da Unidade de Saúde:

- Validar a informação / pedido do PA junto da equipa de saúde;
- Avaliar a disponibilidade do mesmo no banco de PA para cedência imediata ou para ficar a aguardar em lista de espera;
- O utente/família/cuidador é responsável pela recolha e posterior devolução de todo o material no CS;
- O período de empréstimo é definido, aquando da avaliação, pelos profissionais de saúde e posteriormente comunicado à pessoa responsável;
- Nas situações de indisponibilidade do PA, compete ao Serviço Social orientar para as diferentes alternativas existentes na comunidade.

APOIOS SOCIAIS – SEGURANÇA SOCIAL

Complemento por Dependência

O Complemento por Dependência é uma prestação social paga mensalmente aos pensionistas que se encontram numa situação de

dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente:

- Realização das atividades domésticas
- Apoio na alimentação
- Apoio à locomoção / deambulação (deslocação)
- Apoio nos cuidados de higiene.

O complemento por dependência **não pode acumular** com:

- Rendimentos do trabalho
- Cursos de formação
- Outra prestação para o mesmo fim
- Subsídio de apoio ao cuidador informal principal.

Quem pode requerer

A pessoa dependente, os respetivos familiares ou outras pessoas ou instituição que lhe preste ou se disponha a prestar-lhe assistência.

A situação de dependência é certificada pelo Sistema de Verificação de Incapacidades da Segurança Social.

Como requerer

Através do formulário **Mod.RP5027-DGSS**, disponível na “Documentação relacionada” da Segurança Social Direta ou em qualquer serviço de atendimento da Segurança Social, e dos documentos necessários anexar ao formulário. O formulário preenchido e os documentos anexos devem ser entregues:

- Nos serviços de atendimento da Segurança Social;

- Nas instituições previstas nos instrumentos internacionais aplicáveis e, na sua falta, nos serviços da instituição gestora da pensão a que a pessoa dependente tenha direito, no caso de beneficiária residente no estrangeiro.

O Complemento por Dependência pode ser requerido conjuntamente com a pensão (Segurança Social, 2024).

Estatuto do Cuidador Informal

O Estatuto do Cuidador Informal regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada. Começou por avançar em projetos-piloto experimentais, em janeiro de 2022 foi alargado a todo o País. No entanto, algumas medidas de apoio ao cuidador informal precisam ainda de regulamentação, assim como os direitos laborais dos cuidadores informais não principais (DECOPROTeste, 2024).

Quem é considerado Cuidador Informal?

A lei permite que seja considerado cuidador informal o **cônjuge da pessoa dependente ou em união de facto**, assim como um parente ou afim (familiar do cônjuge) até ao quarto grau (filho, neto, bisneto, irmão, pais, tio, primo, tio-avô, sobrinho-neto) ou outra pessoa que, mesmo não tendo laços familiares com a pessoa cuidada, viva com ela, a acompanhe e cuide dela regularmente. A partir de março de

2024, também os progenitores com regime de guarda partilhada da pessoa cuidada poderão ser considerados cuidadores informais não principais.

Cuidador informal principal...	Cuidador informal não principal...
Alguém que viva com a pessoa dependente e cuide de forma permanente, mesmo que a pessoa cuidada frequente alguma instituição, uma resposta social de natureza não residencial (Ex: Centro de Dia), ou receba outro apoio similar.	Alguém que acompanhe regularmente a pessoa dependente, mas não de modo permanente.

A lei permite que cada pessoa cuidada tenha só um cuidador informal principal e o máximo de três cuidadores informais não principais.

A lei não define um limite máximo de pessoas cuidadas por cuidador principal, ainda que cada pedido só possa dizer respeito a uma. Quanto ao cuidador não principal, não há impedimento legal a que um cuidador preste cuidados a mais do que uma pessoa.

O cuidador não principal poderá, ou não, auferir remuneração de atividade profissional, ou até pelos cuidados prestados à pessoa cuidada.

Como pedir o Estatuto de Cuidador Informal?

O Estatuto de Cuidador Informal pode ser solicitado nos serviços da **Segurança Social** ou através do portal da **Segurança Social Direta**. Seguir os passos indicados e assinalar o tipo de estatuto que solicita: cuidador informal principal ou cuidador informal não principal.

Se possível, a pessoa dependente deverá assinar consentimento informado. Este consentimento é revogável a qualquer momento.

Para o reconhecimento do estatuto de cuidador informal, o cuidador tem de reunir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

- Residência legal em território nacional;
- Idade superior a 18 anos;
- Condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada;
- Cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada.

Para ser **cuidador informal principal** tem também de reunir as seguintes condições:

- Viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada;
- Prestar cuidados de forma permanente;
- Não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada;
- Não se encontrar a receber prestações de desemprego;

- Não auferir remuneração pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

A cessação da coabitação é um dos casos que determinam o fim do reconhecimento, mas também o será a desistência ou a morte do cuidador ou do cuidado, ou até a invalidez permanente e definitiva do cuidador.

APOIOS SOCIAIS – MUNICÍPIO

Serviço de Ação Social do Município de Viana do Castelo

A Divisão de Coesão Social da Câmara Municipal de Viana do Castelo disponibiliza um serviço de atendimento social aos Municípios, para orientação e apoio social a pessoas e famílias em situação de carência ou outras dificuldades, mobilizando recursos próprios ou comunitários, encaminhando para programas, equipamentos, serviços ou prestações pecuniárias (apoio monetário).

Com este apoio pretende-se contribuir para que as famílias e os seus elementos aumentem a sua autoestima, melhorem a capacidade de construção de respostas adequadas aos problemas e situações da vida quotidiana, pessoal e profissional; estruturam hábitos promotores de estilos de vida mais saudáveis, melhorem as competências familiares e domésticas, com maior autonomia e iniciativa na área inserção/trabalho e

independência de apoios/subsídios de Serviços e Instituições (Câmara Municipal de Viana do Castelo, 2023).

Academia Sénior - IPVC

A Academia Sénior do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2023) é um projeto do IPVC, direcionado a cidadãos com mais de 50 anos que queiram aprofundar conhecimentos e investir numa melhor qualidade de vida, alicerçados nos princípios da cidadania e nos deveres da solidariedade, visando a construção, ampliação e consolidação das bases da cultura e do saber.

Este projeto concretiza-se num programa de desenvolvimento técnico-científico, cultural e lúdico, com o propósito de promover as capacidades e a desenvolver a autoestima dos cidadãos, incluídos na faixa etária estabelecida, como combate à solidão e exclusão e contribuindo para afirmação de uma cidadania ativa.

Trata-se de um espaço privilegiado de inserção e participação social da população mais velha na instituição de ensino superior, a fim de investir e promover **ANOS COM MAIS VIDA!**

4.2. RECURSOS E RESPOSTAS SOCIAIS DA COMUNIDADE

Instituição: Centro Social e Paroquial de Afife

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Afife

Morada: Estrada Pedro Homem de Mello, nº 1232, 4900-012

Contacto: 258981786

Email: cspafife@sapo.pt

Instituição: DomusVi Villa Carolina

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Areosa

Morada: Rua do Mirante, nº 85, 4900-837

Contacto: 2588369390

Email: geral@domusvi.pt

Instituição: Centro Social e Paroquial de Areosa

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Localidade: Areosa

Morada: Largo da Liberdade, nº 36, 4900-813

Contacto: 258835221

Email: cspa.vc@gmail.pt

Instituição: Centro Social e Cultural da Paróquia de Cardielos

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Cardielos

Morada: Avenida da Igreja, nº 4, 4925-344

Contacto: 258831815

Email: centrocardielos@sapo.pt

Instituição: Centro Social e Cultural de Carreço

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Carreço

Morada: Avenida Nossa Senhora da Graça, nº 530, 4900-279

Contacto: 258835043

Email: cscarreco@sapo.pt

Instituição: Páginas da Vida Lda (Privado)

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Meadela

Morada: Rua João Martins Viana, Bl. C, nº 105, 4900-746

Contacto: 258845419

Email:

Instituição: Centro Social e Paroquial da Meadela

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Meadela

Morada: Rua Padre Alfredo Guerreiro, nº 59, 4900-763

Contacto: 258843797

Email: cspmeadela@mail.telepac.pt

Instituição: Congregação Nossa Senhora da Caridade

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Santa Maria Maior

Morada: Rua dos Bombeiros, 4900-533

Contacto: 258808010

Email: servicoscentrais.caridade@gmail.com

Instituição: Centro Social e Paroquial Nossa Senhora de Fátima

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Santa Maria Maior

Morada: Rua da Bandeira, nº 637, 4900-561

Contacto: 258823029

Email: centrosocial@paroquiafatima.pt

Instituição: Lar de Santiago (SCM Viana do Castelo)

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Praça General Barbosa, nº 99, 4900-037

Contacto: 258808510

Email: geral@scmviana.pt

Instituição: Lar Santa Teresa

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Largo das Carmelitas, 4900-463

Contacto: 258809140

Email: lar.s.teresa@mail.telepac.pt

Instituição: Lar da Piedade (SCM Viana do Castelo)

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Rua Mateus Barbosa, nº 7, 4900-532

Contacto: 258827925

Email: geral@scmviana.pt

Instituição: Oldcare – Serviços Gerontológicos

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Rua Padre Himalaia, nº 57, 4900-926

Contacto: 273324125

Email: viana.do.castelo@oldcare.pt

Instituição: HG Residences Viana (Hotel Geriátrico – Privado)

Valências: Estrutura Residencial para Idosos / Lar de Idosos

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Passeio das Mordomas da Romaria, 4900-532

Contacto: 258824905

Email: geral@hgviana.com

Instituição: ARPVC – Associação dos Reformados e Pensionistas do Distrito de Viana do Castelo

Valências: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia

Localidade: Viana do Castelo

Morada: Rua do Assento 4900, 4900-350

Contacto: 258820257

Email: arpvc.sad@gmail.com

4.3. CONTACTOS ÚTEIS

APAV – Apoio à Vítima

116 006, chamada gratuita, dias úteis das 08h às 23h

800 219 090, Linha Internet Segura, dias úteis das 08h às 22h

Bombeiros Voluntários de Viana do Castelo

258 800 840, Central de Atendimento

258 800 844, Serviços Administrativos, das 09h às 17h

bombeiros.viana@ahbvvc.com

Câmara Municipal de Viana do Castelo

258 809 300 (custo de chamada para a rede fixa)

cmviana@cm-viana-castelo.pt

Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação do Alto Minho, Viana do Castelo

258 821 821

962 752 575

Extensão de Saúde Dr. Tiago de Almeida – SLAT Viana do Castelo

258 823 324 (fins de semana e feriados, das 08h às 20h)

Guarda Nacional Republicana – Comando Territorial de Viana do Castelo

258 840 470

ct.vct@gnr.pt

Hospital de Santa Luzia – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

258 802 100

Hospital Particular de Viana do Castelo – Grupo Saúde

258 808 030

hospart@hospitaldeviana.com

Junta de Freguesia de Afife

258 981 610

geral@jf-afife.com

Junta de Freguesia de Amonde

258 951 482

amonde.geral@gmail.com

Junta de Freguesia de Areosa

258 835 145

presidente@jfareosa.pt

Junta de Freguesia de Carreço

258 835 185

jfcarreco@sapo.pt

Junta de Freguesia de Freixieiro de Soutelo

258 951 152

geral@jf-freixieirodesoutelo.com

Junta de Freguesia de Lanheses

258 733 280

geral@jf-lanheses.pt

Junta de Freguesia da Montaria

258 733 363

jfmontaria@gmail.com

Junta de Freguesia de Outeiro

258 829 316

juntaouteiro@sapo.pt

Junta de Freguesia de Santa Marta de Portuzelo

258 830 605

junta@santamartadeportuzelo.pt

Polícia de Segurança Pública – Comando Distrital de Viana do Castelo

258 809 880

258 822 022

(Chamada para rede fixa nacional)

Segurança Social – Centro Distrital de Viana do Castelo

300 522 675

União de Freguesias de Cardielos e Serreleis

258 832 094

jfcardieloseserreleis@sapo.pt

União de Freguesias de Nogueira, Meixedo e Vilar Murteda

258 732 481

jfnmvm.vcastelo@gmail.com

União de Freguesias de Torre e Vila Mou

258 733 378

geral@torrevilamou.pt

União de Freguesias de Viana do Castelo – Santa Maria Maior, Monserrate e

Meadela

Meadela

258 841 284

meadela@ufvc.pt

Monserrate

258 826 534

monserrate@ufvc.pt

Santa Maria Maior

258 824 185

santamariamaior@ufvc.pt

Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida – Viana do Castelo

258 806 888

usf.tiagodealmeida@ulsam.min-saude.pt

NOTA CONCLUSIVA



Ser família é cada vez mais um desafio!

Ser pessoa idosa um desafio ainda maior! Saber ter qualidade de vida e optar por um envelhecimento saudável pode tornar-se um propósito de vida...

Ser família cuidadora, para além do desafio confronta-se com todas as exigências inerentes ao cuidar e ao cuidado!

A elaboração e a divulgação deste Manual de Apoio à Família e à Pessoa Idosa pretende chegar a todas as famílias, a todas as pessoas idosas dessas famílias e a todas as famílias que cuidam... pretende tornar-se um contributo para a formação, informação e capacitação de cada um, com a finalidade de contribuir para o aumento da qualidade de vida e bem-estar de todos os intervenientes. Este Manual tem como propósito ser um recurso válido para o leitor, não querendo substituir as informações e orientações dos profissionais de saúde, mas consolidar e sustentar essas mesmas orientações, com uma leitura calma e atenta.

O Enfermeiro de Família é um dos elos de ligação com a restante equipa de saúde. Recorra no caso de alguma dúvida e quando necessário!

BIBLIOGRAFIA

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV (2014). *Direitos da Pessoa Idosa*. <https://apav.pt/pessoasidosas/index.php/direitos-da-pessoa-idosa>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV (2020). *Portugal Mais Velho: Por uma sociedade onde os direitos não têm idade*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos De Saúde Pública*, 19(3), 733–781. <https://www.scielo.org/pdf/csp/2003.v19n3/733-781/pt>
- Câmara Municipal de Viana do Castelo. (2023). *Atendimento Social*. <https://www.cm-viana-castelo.pt/viver/coesao-social/atendimento-social/>
- Carvalho, M. S., Duarte, A., Fonseca, M., Gomes, F. & Prata, M. (2014). *Manual do Cuidador*. Unidade de Saúde Familiar Anta.
- Circular Normativa Conjunta n.º 28/2017 - Regras de reembolso de produtos de apoio usados no corpo para absorção de urina e fezes no SNS – Esclarecimento. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Circular-Normativa-Conjunta_28_ACSS_DGS_INFARMED_SPMS.pdf
- Cruz, F. (2019). *Manual do Cuidador da USF ALPHA*. USF ALPHA.

DECOPROTeste. (2024). *Cuidadores Informais:Ç mRTegras e condições para pedir o estatuto.*

<https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/cuidadores-informais-regras-condicoes-pedir-estatuto>

Dias, M. & Viegas, A. (2023). *Avaliação do Idoso: Guia prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar*. GESI – Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF.

Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direcção Geral da Saúde.

Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. (s.d.a). *Manual do Cuidador - cuidados à pessoa dependente: promoção do autocuidado e lazer*. Governo Regional dos Açores.

Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. (s.d.b). *Manual do Cuidador – prevenção de quedas em idosos no domicílio*. Governo Regional dos Açores.

Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. (s.d.c). *Manual do Cuidador – prevenção de úlceras por pressão*. Governo Regional dos Açores.

Ferreira, C. M.; Queluz, F. N.; Ximenes, V. S.; Isaac, L. & Barham, E. J. (2017). P3Es e a diminuição da sobrecarga em cuidadores: Confirmando efeitos em curto e longo prazo. *Revista Kairós Gerontologia*. 20(3), 131-150.
<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p131-150>

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Guardiões de Vidas. (2018). *Guia completo de segurança para idosos*. <https://guardioesdevidas.com/03/09/2018/guia-completo-de-seguranca-para-idosos/>
- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social. CID – Crianças, Idosos e Deficientes. (s.d.). *Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Instituto da Segurança Social, I.P.
- Henkes, R. & Areosa, S. V. C. (2019). Sentidos e Significados da Vida Institucionalizada na Visão de Idosos. *Revista Universo*, 1(1), 60-80.
- Hespanhol, A. P. & Santos, P. (2022). As pessoas idosas e os seus direitos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38, 135-136. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13515>
- KDCare. (2024). *Segurança do idoso: o que você precisa saber*. <https://www.kdcare.com.br/seguranca-do-idoso-o-que-voce-precisa-saber/>
- Kreuz, G. & Franco, M. H. P. (2017). Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas e cuidados com as pessoas. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 117-133. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p117-133>

- Lei Constitucional n.º 86/1976 – Decreto de Aprovação da Constituição da República Portuguesa. Diário da República I Série, de 1976-04-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49472575>
- LifeStars Cuidadores. (2020). O processo de envelhecimento e as mudanças no corpo. <https://lifestars.com.br/blog/2020/09/09/o-processo-de-envelhecimento-e-as-mudancas-no-corpo/>
- Losada, A. (2017). Theories of stress and coping in caregivers. In *Encyclopedia of Geropsychology*. (pp. 2276-2285). Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_121
- Maisquecuidar. (2020). *Saiba quais são os 11 direitos dos idosos em Portugal*. <https://www.maisquecuidar.com/direitos-dos-idosos-em-portugal>
- Malva, J., Pinto A. M. & Veríssimo, M. (2019). *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual de Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Mari, F. R.; Alves, G. G.; Aerts, D. R. & Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 35-44. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>
- Mendes, C. I. G. (2020). *Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33508>

- Ministério da Saúde. (2017). Despacho n.º 12427/2016. *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. Serviço Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral (2023). *Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa*. (1ª ed.). Ministério da Saúde.
- Morada do Sol. (2020). *A importância da família na Terceira Idade*. <https://casadepousoemsaopaulo.com/blog/cuidado-com-idosos/familia/>
- Novo Cuidar. (2022). *Como ajudar a prevenir situações de violência contra os idosos?* <https://novocuidar.pt/como-prevenir-a-violencia-contr-os-idosos>
- Portal Idoso. (2024). *O envelhecimento: mudanças físicas e cognitivas*. <https://idoso.com.br/dicas/o-envelhecimento-mudancas-fisicas-e-cognitivas>
- Portugal. Ministério Público. (1991). *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*. Procuradoria-Geral da República.
- Queirós, A. (2017). *Manual do Cuidador: Manual de Apoio ao Cuidador de Pacientes Dependentes*. USF de Valongo.
- Vicente, R. S. & Rodrigues, D. (2021). *Manual do Cuidador Informal*. USF Villa Romana.
- Segurança Social. (2024). *Complemento por dependência*. <https://www.seg-social.pt/complemento-por-dependencia>

- Serviço Nacional de Saúde: SNS24 (2023). *Atestado Médico de Incapacidade Multiuso*. <https://www.sns24.gov.pt/servico/atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/#o-que-e-o-atestado-medico-de-incapacidade-multiuso>
- Silva, S. M. (2022). Causas Sociais: Idadismo, a discriminação invisível. *Gerador*. <https://gerador.eu/idadismo-a-discriminacao-invisivel/>
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. (2014). *A Cuidar Consigo*. Lindor Care Ausonia.
- Stannah. (2024). *Violência contra idosos: identifique os sinais e perceba como ajudar*. <https://blog.stannah.pt/cuidador/violencia-contraidosos-identifique-os-sinais-e-perceba-como-ajudar/>
- Stefanacci, R. G. (2022). Considerações gerais sobre o envelhecimento. *Manual MSD, Versão Saúde para a Família*. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/quest%C3%B5es-sobre-a-sa%C3%BAde-de-pessoas-idosas/o-envelhecimento-corporal>
- World Health Organization. (2015). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva.