



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE FAMILIAR EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS: A qualidade de vida dos cuidadores familiares de pessoas com demência.

Vânia Filipa Rodrigues Pedrosa Sebastião

Leiria, março de 2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE FAMILIAR EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS: A qualidade de vida dos cuidadores familiares de pessoas com demência.

Vânia Filipa Rodrigues Pedrosa Sebastião

Unidade Curricular: Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, sob a orientação da Professora Doutora Célia Jordão Simões.

Leiria, março de 2022

“Uma das maiores enfermidades é não ser ninguém para ninguém.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Estas palavras são de agradecimento a todos aqueles que tornaram possível a concretização de mais uma longa caminhada académica e profissional.

Agradeço, em primeiro lugar, à Professora Doutora Célia Jordão Simões, por estar sempre disposta a ajudar-me. Grata por todo o carinho que sempre manifestou.

A todos os enfermeiros que cruzaram o meu caminho no local de estágio e que, num momento de enorme adversidade, disponibilizaram o seu tempo, sem qualquer cobrança e sempre com enorme disponibilidade e simpatia. Obrigada por continuarem a acreditar na melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem.

Agradeço, em particular, à minha amiga de longa data, Marta Damião. Obrigado por todos os ensinamentos e contínua dedicação. Fico imensamente grata do tempo e da distância não serem um obstáculo para nós.

A ti, Rita Simões, o meu profundo e eterno agradecimento pelos momentos de partilha que vivenciamos juntas. Sem ti o desespero teria falado muito mais vezes.

Agradeço à minha família, ao meu marido Roberto e aos meus amigos por nunca me deixarem desistir, acreditando nas capacidades que eu julgava, muitas vezes, não existirem.

Por último, e não menos importante, agradeço a ti, meu maior tesouro que cresce no meu ventre, por me fazeres acreditar que melhores dias virão e por tornares a minha vida mais feliz e esperançosa.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população é considerado um fenómeno mundial. Com o aumento da esperança média de vida é expectável que haja um aumento da prevalência de condições crónicas e de dependência, como a demência. Para além das demências associadas à idade, deve ainda frisar-se que existem, também, síndromes demenciais em pessoas mais jovens. Esta realidade tem repercussões não só na vida da própria pessoa com demência como também nas pessoas que a rodeiam e que cuidam de si, levando a que ocorra uma crescente preocupação com os aspetos relacionados com a qualidade de vida dos cuidadores.

Objetivo: Identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores familiares da pessoa com demência.

Metodologia: Para a elaboração deste estudo bibliográfico foi realizada uma revisão sistemática da literatura que pretende reunir conhecimento científico já elaborado sobre esta temática, permitindo assim avaliar e sintetizar as evidências científicas.

Discussão: Foram analisados oito artigos que se incluíram na revisão mediante os critérios de inclusão e exclusão determinados seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*.

Conclusão: As evidências indicam que são vários os fatores que podem influenciar a qualidade de vida dos cuidadores familiares de pessoas com demência e que uma atuação sobre estes fatores pode incrementar a qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chave: demência, qualidade de vida, cuidadores familiares.

ABSTRAT

Introduction: Population aging is considered a worldwide phenomenon. With the increase in average life expectancy, it is expected that there will be an increase in the prevalence of chronic conditions and dependence, such as dementia. In addition to age-related dementias, it should also be noted that there are also dementia syndromes in younger people. This reality has repercussions not only on the life of the person with dementia but also on the people around them and who care for them, leading to a growing concern with aspects related to the caregivers' quality of life.

Objective: To identify the factors that influences the quality of life of family caregivers of people with dementia.

Methodology: For the elaboration of this bibliographic study, a systematic review of the literature was carried out in order to gather scientific knowledge already developed on this topic, thus allowing the evaluation and synthesis of scientific evidence.

Discussion: Eight articles that were included in the review were reviewed according to the inclusion and exclusion criteria determined following the Joanna Briggs Institute methodology.

Conclusion: Evidence indicates that there are several factors that can influence the quality of life of family caregivers of people with dementia and that acting on these factors can increase their quality of life.

Keywords: dementia, quality of life, family caregivers.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ARS – Administração Regional de Saúde
- BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
- B-On – Biblioteca do Conhecimento Online
- CGD - Caixa Geral de Depósitos
- CHL – Centro Hospitalar de Leiria
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- CTT – Correios e Telecomunicações de Portugal
- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
- DGS – Direção- Geral da Saúde
- EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
- ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- HTA – Hipertensão Arterial
- IDG – Índice de Desempenho Global
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- INR – *International Normalized Ratio*
- IPL – Instituto Politécnico de Leiria
- JBI – *Joanna Briggs Institute*
- MCIF – Modelo de Calgary de Intervenção na Família
- MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- MeSH – *Medical Subject Headings*
- MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
- NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
- OCDE – Organização Europeia de Cooperação Económica
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial da Saúde

PL – Pinhal Litoral

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SBC - Cuidar Baseado nas Forças

SMPS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRAT	V
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VI
ÍNDICE	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XI
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XI
INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	16
1.1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	16
1.1.1. <i>Localização e área</i>	16
1.1.2. <i>Geologia e hidrologia</i>	16
1.1.3. <i>Clima e vegetação</i>	17
1.1.4. <i>Património geográfico</i>	17
1.1.5. <i>Evolução recente da população</i>	18
1.1.6. <i>Composição e estrutura etária</i>	19
1.1.7. <i>Acessibilidade</i>	19
1.1.8. <i>Atividades económicas</i>	20
1.1.9. <i>Escolarização e nível de instrução</i>	20
1.1.10. <i>Associativismo</i>	21
1.1.11. <i>Turismo e festividades</i>	22
1.1.12. <i>Proteção e segurança</i>	23
1.1.13. <i>Serviços de utilidade pública</i>	24
1.2. CARATERIZAÇÃO DO ACES PINHAL LITORAL	25
1.2.1. <i>O ACES</i>	25
1.2.2. <i>Área de influência</i>	25
1.2.3. <i>Visão e Missão</i>	26
1.2.4. <i>Principais diagnósticos de morbilidade</i>	27
1.2.5. <i>Principais causas de morte</i>	27
1.2.6. <i>Índice de dependência de jovens</i>	27
1.2.7. <i>Índice de dependência de idosos</i>	28
1.2.8. <i>Índice de dependência total</i>	28

1.2.9. Índice de envelhecimento.....	29
1.2.10. Taxa bruta de natalidade.....	30
1.2.11. Taxa bruta de mortalidade	30
1.2.12. Taxa de mortalidade infantil	31
1.3. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	32
1.3.1. UCSP Norte	32
1.3.2. Missão, Visão e Valores.....	32
1.3.3. Espaço físico.....	32
1.3.4. Equipamentos e recursos materiais	33
1.3.5. Estrutura organizacional, organização e articulação interna.....	33
1.3.6. Horário de funcionamento e cobertura assistencial	34
1.3.7. Contactos e moradas	35
1.3.8. Recursos humanos	35
1.3.9. Acessibilidade	36
1.3.10. Circuito de utentes	36
1.3.11. Plano de Ação.....	37
1.3.12. Carteira de Serviços.....	37
1.3.13. Metodologia de trabalho da equipa de enfermagem.....	38
1.3.14. Cuidados domiciliários	39
1.3.15. Indicadores de saúde.....	40
1.3.16. Caracterização da população inscrita	41
1.4. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	42
1.4.1. Número de utentes.....	42
1.4.2. Indicadores de saúde por enfermeiro de família.....	44
1.4.3. Dados demográficos	46
1.4.4. Dados de morbilidade	47
1.4.5. Dados de mortalidade	48
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	49
2.1. FAMÍLIA	49
2.2. SAÚDE FAMILIAR	51
2.3. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	51
2.4. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR E INTERVENÇÃO FAMILIAR	54
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	57
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS.....	57
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	58

3.1.2. <i>Melhoria contínua da qualidade</i>	59
3.1.3. <i>Gestão dos cuidados</i>	61
3.1.4. <i>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</i>	63
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	64
3.2.1. <i>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</i>	65
3.2.2. <i>Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar</i>	70
3.3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	71
4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	74
4.1. INTRODUÇÃO	74
4.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	75
4.2.1. <i>Qualidade de vida</i>	75
4.2.2. <i>Demência</i>	76
4.2.3. <i>Cuidador familiar</i>	79
4.2.4. <i>Modelo de Calgary de Intervenção na Família</i>	80
4.3. METODOLOGIA	81
4.3.1. <i>Questão de investigação e Objetivo</i>	81
4.3.2. <i>Critérios de inclusão e exclusão</i>	82
4.3.3. <i>Estratégia de pesquisa</i>	82
4.4. RESULTADOS	83
4.5. DISCUSSÃO	89
4.6. CONCLUSÃO	93
4.7. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA	94
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	103
ANEXO I – CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “GESTÃO DE EQUIPAS E DE CONFLITOS”	104
ANEXO II – RESULTADOS DA PESQUISA (PRINT SCREEN DA LISTA DOS ARTIGOS)	106

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução recente da população da União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira	18
Gráfico 2 – Taxa de mortalidade infantil (‰) por local de residência (2000-2020).....	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Empresas sediadas na União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira (2017).....	20
Tabela 2 – Índice de dependência de jovens por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020).....	27
Tabela 3 – Índice de dependência de idosos por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020).....	28
Tabela 4 – Índice de dependência total por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020).....	29
Tabela 5 – Índice de envelhecimento por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)	29
Tabela 6 – Taxa bruta de natalidade (‰) por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020).....	30
Tabela 7 – Taxa bruta de mortalidade (‰) por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020).....	31
Tabela 8 – Síntese dos critérios de inclusão e exclusão da revisão	82
Tabela 9 – Palavras-chave, descritores, operadores booleanos e limitadores por bases de dados	83
Tabela 10 – Quadro síntese dos artigos revistos.....	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP Norte (março de 2021).....	41
Figura 2 – Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro de família.....	44
Figura 3 - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação.....	56
Figura 4 – <i>PRISMA Diagram Flow</i> com processo de seleção de artigos do estudo.....	84

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos utentes do ficheiro do enfermeiro de família por concelho e freguesia (fevereiro de 2021)	46
Quadro 2 – TOP de problemas UF- Médico (fevereiro de 2021)	47

INTRODUÇÃO

O foco da enfermagem é o cuidar. Como objeto de trabalho é indispensável que este seja eficiente, prestado de forma humanizada, sistematizado e holístico, a fim de promover a qualidade da assistência e o cuidado emocional (Batista, Moraes & Victor, 2006).

A enfermagem é uma das profissões, da área da Saúde, que maior relação direta cria com a família direcionando os seus cuidados de enfermagem, o que tem gerado, além de pesquisas, a disseminação, na literatura científica, de temas relacionados com a atuação dos enfermeiros para com a família. No entanto, sem incitar mudanças significativas na prática dos mesmos (Pinto, Ribeiro & Pettengill, 2010).

A capacidade de compreender a componente relacional da família constitui um dos pré-requisitos da proficiência profissional de enfermagem, que tem vindo a ganhar particular evidência, à medida que foram surgindo teorias para explicar a natureza e a prática dos cuidados (Carvalho, 2010).

O atual Plano Nacional de Saúde (PNS), na Revisão e Extensão a 2020, conta com o contributo dos cidadãos para maximizar a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis e, numa procura de trazer valor ao Serviço de Saúde Português, considera que a saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade. Preconiza, ainda, que, de entre as várias abordagens possíveis para compreender a saúde e planear as intervenções necessárias, devem adotar-se cuidados centrados na família tendo em conta o ciclo vital do utente, nomeadamente no que concerne aos estilos de vida e aos problemas de origem social, que permitem uma perceção mais integrada dos problemas de saúde e das prioridades que devem ser estabelecidas para os diferentes grupos etários, bem como nos desempenhos sociais que vão assumindo ao longo da vida (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

Cada vez mais, a família tem ocupado um lugar central na prestação de cuidados de saúde e na investigação dos enfermeiros que, não alheios a este rumo, colocam para segundo plano a investigação centrada no indivíduo e na doença (Hagedoorn, Paans & Jaarsma, 2018). Apesar de existir inúmera literatura sobre a família e a enfermagem de família, lamentavelmente, são poucas as horas sobre saúde familiar que são incluídas nos programas curriculares das escolas (Figueiredo, 2009).

No âmbito da Unidade Curricular Estágio III, que se insere no Plano Curricular do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), foi-me proposta a realização de um relatório crítico-reflexivo.

O Ensino Clínico III foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Norte (Arnaldo Sampaio) e teve como finalidade a integração das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das suas comunidades. O mesmo teve a duração de 162 horas de trabalho, iniciando-se a 4 de janeiro e terminando a 12 de março de 2021. Na sua totalidade o Estágio III apresenta 486 horas e detém como objetivos gerais:

G1. Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista;

G2. Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em diferentes contextos.

Quanto aos objetivos específicos:

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar;

E2. Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência;

E3. Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva;

E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e das competências desenvolvidas;

E5. Analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem saúde familiar;

E6. Redigir um relatório de caráter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde;

E7. Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica.

No que diz respeito aos objetivos transversais:

T1. Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos;

T2. Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

Tal como outra disciplina, a Enfermagem, carece de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que poderá ser assegurado pela investigação, sendo um contributo fundamental à prática clínica, nomeadamente na identificação e nomeação de saberes inerentes à mesma, através de um processo de natureza indutiva e na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006).

Sendo o estudante o principal responsável pela sua aprendizagem e pelos momentos em que esta ocorre, foram propostas algumas atividades, para além daquelas que pudessem ser consideradas importantes, à luz dos objetivos pessoais e projeto pessoal de aprendizagem. Deste percurso fez parte a realização de um estudo de investigação.

Com base na vivência da minha prática de enfermagem em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), incluindo a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, deparei-me que, independentemente da idade, a demência é cada vez mais comum nas pessoas às quais presto cuidados. Além do impacto que a doença provoca no indivíduo, esta afeta, também, a família dos mesmos. Assim, o ponto de partida deste estudo surgiu da necessidade de saber quais os fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com demência. Neste contexto, considerei relevante aprofundar conhecimentos científicos nesta vertente e com foco na área da saúde familiar.

As metodologias utilizadas para a realização deste relatório basearam-se na pesquisa em livros técnicos e em artigos científicos relacionados com a temática em diferentes bases de dados.

A estrutura do presente trabalho escrito é composta por cinco capítulos. No primeiro capítulo é realizada a contextualização do ensino clínico que inclui os contextos da prática clínica, a caracterização do local de estágio e respetivo ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do qual faz parte e a caracterização detalhada do ficheiro do enfermeiro de família. No segundo capítulo é realizada uma breve fundamentação teórica que suporta o desenvolvimento da temática em estudo. No terceiro capítulo serão abordadas as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar divididas em dois subcapítulos: competências comuns e competências específicas. O quarto capítulo contempla a prática especializada na evidência onde é apresentada uma revisão sistemática da literatura (RSL) sobre a Qualidade de Vida dos Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência. Por fim, será realizada uma breve conclusão.

A produção do presente relatório segue as recomendações para a elaboração do relatório final da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista (OE, 2021).

Este trabalho encontra-se redigido em consonância com o novo acordo ortográfico e segundo as regras do guia orientador de elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

A formação isolada não concebe competências, produz apenas a aquisição de informação, de capacidades e de conhecimentos que numa fase posterior se transformarão em competências. Para um processo de produção e desenvolvimento de competências é necessário controlar a qualidade das ações posteriores à formação no sentido de confirmar as competências adquiridas (Hesbeen, 2001). Deste modo, o campo de estágio corresponde a um lugar singular e ideal para confirmar as competências adquiridas, uma vez que nele ocorre a implementação de atividades que contribuem para o desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

1.1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Com vista ao melhor conhecimento e compreensão do contexto de práticas de cuidados onde decorreu o Ensino Clínico III, será realizada uma breve caracterização da vila onde está inserida a UCSP Norte, a vila de Monte Redondo, concelho e distrito de Leiria.

1.1.1. Localização e área

Monte Redondo é uma povoação portuguesa do distrito e concelho de Leiria, na província do Pinhal Litoral (PL), integrada na região de Leiria, no Centro de Portugal. Tem 45,37 km² de área e uma densidade populacional de 96,9 habitantes por km², situando-se no extremo norte do concelho a cerca de 7 quilómetros da orla marítima (Digital, 2021). A vila é formada por 24 lugares e confina a Norte com a freguesia da Guia, a sul com a freguesia da Carreira, a Este com as freguesias de Bajouca e Souto da Carpalhosa e a Oeste com a freguesia do Coimbrão. Todas as freguesias acima referidas pertencem ao concelho de Leiria, exceto a Guia, que pertence ao concelho de Pombal.

1.1.2. Geologia e hidrologia

A morfologia da freguesia é homogénea, essencialmente plana e entrecortada por alguns cursos de água e, regista, no seu conjunto, os traços da Orla Sedimentar Ocidental onde se situa. Esta é composta por depósitos calcários, areias e outros sedimentos provenientes da erosão de rochas antigas e/ou transportadas pelo vento, marés e cursos de água. A consolidação dos terrenos arenosos foi conseguida com a arborização das dunas, o que veio simplificar o incremento da atividade humana junto da costa atlântica (Arroteia & Martins, 2019).

A rede densa de linhas de água que drenam os campos da vila é composta por uma rede hierárquica, traçada por terrenos de escoamento fácil e com nível freático outrora baixo. Esta é resultado de vários fatores: a composição geológica dos terrenos locais, onde predominam as rochas sedimentares com estratos de natureza argilosa e a sua topografia. Monte Redondo pertence à bacia hidrográfica do rio Lis. Nesta faixa litoral encontram-se marcas que indicam a formação recente da linha da costa e a presença marinha associada à natureza das dunas litorais e à formação de diversas lagoas, alimentadas pelas aquíferas locais, entre elas a Lagoa da Ervideira, a Lagoa dos Linhos, a Lagoa da Guia e a Lagoa de Monte Redondo. A principal linha de água que irriga o território local tem origem em Nasce-de-Água que corre para sul em direção à Sismaria onde inflete para poente, indo juntar-se ao rio Lis (Arroteia & Martins, 2019).

1.1.3. Clima e vegetação

Pela sua posição na orla do Atlântico, a freguesia de Monte Redondo está situada numa zona de transição do clima, onde as culturas dominantes traduzem a amenidade do clima temperado marítimo. Não obstante, as alterações climáticas em curso levam à variação das amplitudes térmicas anuais, à distribuição das temperaturas mais elevadas e à redução da precipitação. O regime dos ventos é predominantemente de Noroeste, eventualmente de Oeste para Norte, tal como sucede em todo o território português. Os ventos mais chuvosos sopram geralmente de Sudeste e do Sul. A disposição do relevo em torno da bacia hidrográfica do rio Lis, cercado por superfícies tendencialmente aplanadas e sujeitas à erosão progressiva, faz com que a humidade seja maior na sua parte terminal, reduzindo-se o teor de água no ar atmosférico nas áreas de charneca e de maior vegetação que a cercam (Arroteia & Martins, 2019).

A cobertura vegetal é composta, principalmente, pelo pinheiro marítimo. O espaço florestal, embora com grande intervenção do Homem, é dominado por áreas ocupadas pelo pinhal e eucaliptal, acompanhadas no estrato arbustivo e subarbustivo essencialmente por giestas, silvas e tojos, constituindo o habitat de suporte a algumas espécies de mamíferos, aves e répteis. O pinhal é formado por povoamentos densos e contínuos de pinheiro bravo. Em relação ao eucaliptal, este é dominado pelo eucalipto comum (Arroteia & Martins, 2019).

1.1.4. Património geográfico

É no Museu do Casal de Monte Redondo que se encontra a diversificada herança cultural da população local: as coleções de instrumentos relacionados com o pinhal e com o trabalho em madeira e os levantamentos sobre as atividades humanas e outros utensílios e

ferramentas agrícolas, silvícolas e de outra natureza. A sua preservação sugere a valorização e conservação deste património associado à mudança social e à evolução técnica que acompanha a história do território e dos seus moradores. Não obstante, é importante referir que existem outras iniciativas para preservar a herança da cultural local, nomeadamente: a consolidação dos “trilhos de memória” ligados aos moleiros, aos carreiros, aos almocreves e a outras atividades, à resinagem, à indústria moageira, às atividades comerciais e indústria e, por fim, à preservação do património natural do Cabeço. Este representa um bom exemplo do património geológico e simbólico deste pequeno cerro (e dos campos envolventes), das espécies vegetais e da sua fauna, das tradições locais e das lendas (Arroteia & Martins, 2019).

1.1.5. Evolução recente da população

A população residente na União das Freguesias de Monte Redondo e Carreira em 2011 era de 5182 habitantes e em 2021 a população era constituída por 5564 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021e). Os dados dos últimos sete anos (2014-2021) referentes à composição do movimento natural pelas suas componentes fundamentais: nascimentos e óbitos, demonstra que a freguesia, tal como o país no seu conjunto, o número de óbitos tem vindo a ser superior ao número de nascimentos, sugerindo novas perdas de habitantes.

No gráfico 1 está representada a evolução recente da população da União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira que demonstra isso mesmo: o número de óbitos/ano é, sistematicamente, superior ao número de nascimentos/ano (INE, 2021e).

Evolução recente da população da União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira

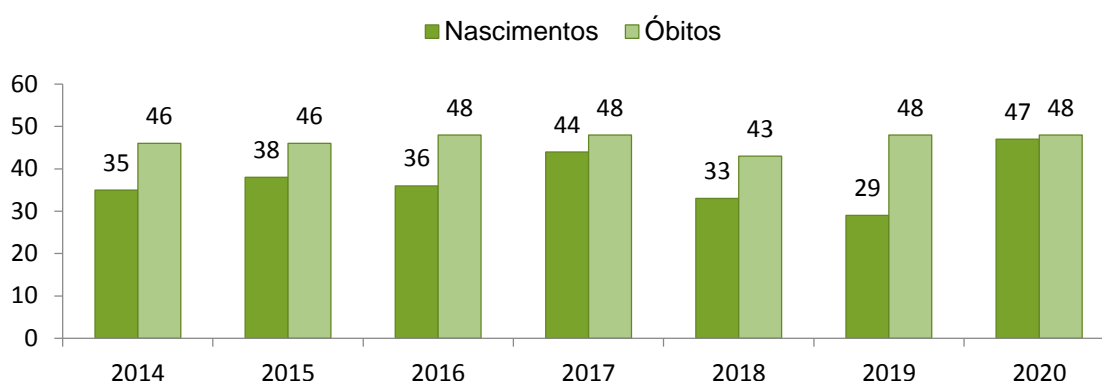


Gráfico 1 – Evolução recente da população da União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira
Fonte: INE, 2021e

1.1.6. Composição e estrutura etária

A evolução da população da freguesia ao longo dos anos deve ser completada com o conhecimento da sua composição por sexo e estrutura por grupos etários, atividades e nível de instrução. Estes elementos permitem compreender a ocorrência de outros fenómenos associados ao seu crescimento e variação, sobretudo aqueles que resultam de causas externas associadas aos movimentos migratórios, como por exemplo a composição da população que revela a maior intensidade na sua distribuição por sexos e grupos etários, bem como os seus reflexos na população residente. Em relação à estrutura, a análise dos dados confirma os desvios relacionados com composição por sexo e as quebras de determinados grupos etários decorrentes de movimentos naturais e dos movimentos migratórios.

A análise da pirâmide etária local demonstra, num passado mais remoto (1801-1878), a grande tendência para o rejuvenescimento da população e o seu envelhecimento mais recente (Arroteia, 2019). Este último acontecimento está expresso na pirâmide etária através da representação mais reduzida dos grupos etários mais novos, na base da pirâmide, e da representação mais amplificada dos grupos etários mais envelhecidos, no topo da mesma.

1.1.7. Acessibilidade

Monte Redondo localiza-se a 20 quilómetros a norte de Leiria e a 30 quilómetros a sul da Figueira da Foz.

A linha férrea do Oeste, aberta à exploração a 17/07/1888, desempenhou um papel fulcral no desenvolvimento da vila. Este melhoramento facilitou a criação de um parque industrial e a instalação de outras indústrias na freguesia do Coimbrão e noutros lugares vizinhos entretanto servidos pela construção de vias terrestres de acesso. A melhoria das condições de acessibilidade registou-se depois da construção da estrada de ligação entre Leiria e Figueira da Foz, a Estrada Nacional nº109, que veio substituir a Estrada Real nº58 (Arroteia, 2019).

A abertura da A17 na freguesia veio facilitar o rápido acesso ao Norte e ao Sul e do ponto de vista turístico proporcionou à mesma uma evidente vantagem estratégica, uma vez que a cerca de 1h de viagem de carro, os turistas podem encontrar um vasto leque de destinos turísticos culturais, tais como: Coimbra, Óbidos, Batalha, Fátima, Tomar e Alcobaça.

1.1.8. Atividades económicas

A ocupação mais antiga dos moradores de Monte Redondo assentava no amanho e trabalho agrícola necessário à obtenção das bases de subsistência e ao pagamento dos foros e das rendas devidas aos proprietários dos bens fundiários. Atualmente existe uma grande diversidade de setores de atividade na freguesia, totalizando quinze empresas sediadas na mesma. Segundo dados recolhidos pela autarquia relativos ao ano de 2017 e publicado em 2019 sobre as principais unidades empresariais, é possível afirmar que abrangiam, na sua totalidade, 749 postos de trabalho (Arroteia, 2019). A informação detalhada é apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Empresas sediadas na União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira (2017)

Empresas sediadas na União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira (2017)

Empresa	Número de trabalhadores
Ergsilva – Construção e Restauração de Edifícios	25
Germiplanta – Viveiros de Plantas, Lda.	55
Grazimac – Materiais de Construção, Lda.	25
Inoxnorma – Equipamentos de Agropecuária	20
Lusifrota – Transportes, S.A.	90
M.T. L. Madeiras Tratadas, Lda.	50
Moldhercus – Fabrico de Moldes Metálicos, Lda.	28
Normaco – Materiais de Construção, Lda.	13
Panicongelados – Massas Congeladas S.A.	221
Pedrosa e Irmãos, Lda.	60
Precisão Laser – Indústria do Corte, Lda.	20
Racentro – Fábrica de Rações do Centro, S.A.	60
S. Bernardo Tour, Lda.	24
Transportes Lurdes Amado, Lda.	32
Vidraria Dujoca, Lda.	26
Total	749

Fonte: União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira, 2019

1.1.9. Escolarização e nível de instrução

A referência à escolarização e ao nível de escolaridade dos habitantes da freguesia tornar-se importante tendo em conta o processo de democratização do ensino registado em Portugal, no decurso dos últimos cinquenta anos, acompanhado pelo alargamento da rede escolar, construção de novos equipamentos, formação de professores, investimento e participação de novas entidades privadas e das autarquias (Arroteia, 2019).

Atualmente, o Centro Escolar de Monte Redondo é composto pela Escola Básica de Monte Redondo, pelo Jardim de Infância de Monte Redondo e pelo Jardim de Infância do Casal Novo. A rede escolar da freguesia conta, também, com a Fundação Bissaya Barreto e com o Colégio Dr. Luís Pereira da Costa, estabelecimento privado aberto ao público no ano letivo de 1995/1996. Este apresenta oferta formativa ao nível do 2º e 3º ciclo do ensino secundário e tem vindo a contribuir para a melhoria dos níveis de instrução e qualificação dos seus alunos, para a sua mobilidade social e promoção das famílias e, por fim, para a valorização dos recursos humanos das empresas sediadas na sua área de influência. A carta escolar do município de Leiria inclui, na parte norte do território deste Município, a Escola Básica 2, 3 Rainha Santa Isabel, localizada na Carreira, e no seu topo norte a carta escolar do município de Pombal, que inclui a Escola Básica e Secundária da Guia (Arroteia, 2019).

Em 2001, Portugal Continental apresentava uma taxa de analfabetismo de 9,03%, no concelho de Leiria a taxa era de 7,92% e na freguesia de Monte Redondo o analfabetismo correspondia a 11,03% da população local (Arroteia, 2019). Este tipo de referências permite situar melhor os valores de escolaridade da população residente na freguesia. Através da análise dos censos de 2011 é possível corroborar que num total de 4,3 milhares de recenseados, 42 residentes com idade superior a 10 anos eram analfabetos e 431 não eram titulares de qualquer nível de escolaridade, sendo que a taxa de analfabetismo representava, assim, 7,12% do total da população. Tal como verificado em 2001, em 2011 a taxa de analfabetismo da freguesia manteve-se superior ao verificado no concelho de Leiria e em Portugal Continental, sendo 4,64% e 5,22%, respetivamente (INE, 2014).

Num levantamento realizado pela autarquia local, em 2017, foi possível conhecer detalhadamente a frequência e a distribuição dos alunos por estabelecimento de ensino. Assim, 630 dos 852 alunos matriculados em estabelecimentos da autarquia frequentavam o Colégio Dr. Luís Pereira da Costa 117 alunos frequentavam o Ensino Básico e 105 crianças frequentavam o ensino Pré-Escolar (Arroteia, 2019).

1.1.10. Associativismo

São várias as associações que fazem parte do panorama da freguesia de Monte Redondo. Estas entidades acompanham os ciclos de vida da sociedade local, as transformações que nestas tem vindo a experimentar, a capacidade de mobilização e a ação de diversos intervenientes, institucionais e individuais que souberam em prol da população residente na paróquia, na freguesia e nos lugares vizinhos.

No seu conjunto o bem-estar dos associados e da população em geral predomina em todas elas, com diversas especificações e valências, tais como:

- Atividades culturais e recreativas, associadas ou não, ao desporto: Associação Recreativa e Cultural do Grou; Associação Cultural, Recreativa, Desportiva e Cooperativa da Sismaria; Rancho Folclórico “Rosas da Alegria” da Sismaria; Grupo Desportivo e Recreativo do Casal Novo; Grupo Cultural e Recreativo “Os Magníficos” das Lavegadas; Associação Cultural, Recreativa e Desportiva “Os Moleiros” de Fonte Cova; Clube de Caça e Pesca de Monte Redondo e da Sismaria e o Grupo de Desporto Automóvel “*Tuning Brothers*” da Lezíria;
- Educação musical: Filarmónica N^a Sra. da Piedade – Monte Redondo;
- Atividades desportivas: Motor Clube de Monte Redondo;
- Defesa do património: Associação de Defesa do Património de Monte Redondo; Associação Ecológica “Os defensores” de Monte Redondo;
- Proteção civil e apoio às populações: 5^a Companhia dos Bombeiros Voluntários de Leiria;

Das entidades ligadas à vida paroquial, referem-se as seguintes:

- Solidariedade e ação social: Centro Paroquial N^a Sra. da Piedade – Monte Redondo; Conferência de S. Vicente de Paulo – Igreja de Monte Redondo;
- Formação da juventude: Corpo Nacional de Escutas (Agrupamento n^o1054) de Monte Redondo;
- Irmandades religiosas – Igreja de Monte Redondo.

1.1.11. Turismo e festividades

A vila está situada num ambiente predominantemente rural. Desde modo, Monte Redondo e as freguesias circundantes oferecem muitas oportunidades para desfrutar da Natureza. É possível realizar uma visita ao Cabeço de Monte Redondo que oferece aos visitantes a oportunidade de desfrutar de uma singular vista sobre o vale do Rio Lis. Nas freguesias envolventes podem ser visitadas e apreciadas o Vale do Rio Lis, a Praia do Pedrogão, a Lagoa da Ervideira e o Parque Nacional do Pisão, localizado na Bajouca. O pinhal que é característico da região permite, também, um belo cenário natural, apesar dos danos causados pelos incêndios ocorridos entre a Vieira de Leiria e a Lagoa da Ervideira, em 2016.

A Praia do Pedrogão corresponde a uma estância balnear que atrai muitos visitantes, principalmente no verão. Além da sua beleza natural, durante os meses de verão, ocorrem programas de atividades desportivas e culturais. Nesta praia a tradição da pesca Arte Xávega é de particular relevância e continua dinâmica com 2 barcos (Arroteia, 2019).

A região de Monte Redondo possui uma cultura e história interessantes, refletindo mais de 400 anos de idade como paróquia independente. A freguesia tem sido, tradicionalmente, muito proativa na organização de eventos com capacidade para atrair muitos visitantes. Várias atrações estão abertas aos visitantes, permanentemente ou sob pedido. O Museu do Casal de Monte Redondo, criado nos anos 80, tem realizado um excelente trabalho na recolha, tratamento e exibição de costumes sociais e atividades económicas passadas e atuais da freguesia. Apesar de não estar aberto de forma permanente, o pioneiro ecomuseu pode ser visitado com pedido de marcação. Também o município de Leiria organiza visitas ao museu para a população mais idosa.

Mensalmente, ao dia 29, ocorre a Feira dos 29. Além disso, na vila é organizada a Fesmonte – Feira de Gastronomia e Atividades Económicas, em setembro, de dois em dois anos. Este evento tem crescido substancialmente desde 2010, tendo a sua última edição em 2018, contado com 100 expositores e recebido cerca de 100 mil visitantes (Arroteia, 2019).

As associações locais têm efetuado contribuições importantes para o portefólio de eventos disponíveis para residentes e visitantes. O clube de futebol local, Motor Clube de Monte Redondo, além dos jogos regulares de futebol, organiza, também, outros eventos desportivos. O corpo de Bombeiros local organiza eventos de angariação de fundos, bem como alguns eventos de entretenimento, como por exemplo o Encontro de Motos e Motorizadas Antigas. A Associação Ecológica “Os Defensores” organiza, de forma regular, percursos pedestres e ciclismo, entre eles: prova de BTT e encontro de bicicletas pasteleiras.

1.1.12. Proteção e segurança

A segurança da freguesia está a cargo da Guarda Nacional Republicana (GNR) e o seu posto está localizado na Rua Dr. Luís Pereira da Costa, nº 7. Os seus serviços estão disponíveis 24/24h, 365dias/ano pelo telefone: 244 685 085.

A equipa é composta por vinte e sete militares e tem como missão, no âmbito dos sistemas de segurança e proteção, assegurar a legalidade democrática, garantir a segurança interna e os direitos dos cidadãos, bem como colaborar na execução da política de defesa nacional, nos termos da Constituição e da Lei (GNR, 2021).

Na freguesia existe, também, a 5ª Companhia dos Bombeiros Voluntários de Leiria. Esta é uma Instituição de Utilidade Pública e as suas instalações estão localizadas na Estrada Nacional nº109, nº63 Montijos 2425-623 Monte Redondo. Disponível pelo telefone: 244 685 800 e correio eletrónico: 5companhia@bvleiria.pt. Presta serviços à comunidade 24/24h, 365 dias/ano.

Este corpo de Bombeiros apresenta como missões do dia-a-dia: o combate a incêndios; o socorro às populações em caso de incêndios, inundações, desabamentos, abalroamentos e em todos os acidentes, catástrofes ou calamidades; o socorro a naufragos e buscas subaquáticas; o socorro e transporte de sinistrados e doentes, incluindo a urgência pré-hospitalar; a prevenção contra incêndios em edifícios públicos, casas de espetáculos e divertimentos públicos e outros recintos, mediante solicitação e de acordo com as normas em vigor, nomeadamente durante a realização de eventos com aglomeração de público; a emissão, nos termos da lei, de pareceres técnicos em matéria de prevenção e segurança contra riscos de incêndio e outros sinistros; a colaboração em outras atividades de proteção civil, no âmbito do exercício das funções específicas que lhes forem cometidas; a participação noutras ações, para as quais esteja tecnicamente preparado e se enquadrem nos seus fins específicos; exercício de atividades de formação cívica, com especial incidência nos domínios da prevenção contra o risco de incêndio e outros acidentes; e por fim, ações em que seja indicado o uso de equipamento ao serviço do corpo de bombeiros, antecipadamente definidos pela Direção da Associação, de comum acordo com o comandante, sem que os mesmos coloquem em causa a operacionalidade do corpo de bombeiros (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2010).

Segundo informação da Associação de Bombeiros Voluntários de Monte Redondo, obtida na sede da cooperação a 28 de setembro de 2021, a mesma apresenta seis elementos efetivos e no quadro de pessoal voluntário cerca de quarenta elementos. Em termos de equipamento conta com duas viaturas de apoio, três viaturas de emergência e saúde, um veículo pesado de desencarceramento, quatro viaturas de combate a incêndios, sendo um veículo ligeiro, dois veículos pesados e um veículo tanque.

1.1.13. Serviços de utilidade pública

Há a considerar a existência de uma dependência da Caixa Geral de Depósitos (CGD), a Estação dos Correios e Telecomunicações de Portugal (CTT), a Estação de caminho-de-ferro, uma Farmácia, uma Clínica Veterinária, quatro postos de combustível, duas clínicas médicas dentárias, três clínicas médicas de clínica geral, oito oficinas e onze empresas alimentares, sendo uma delas um hipermercado.

1.2. CARATERIZAÇÃO DO ACES PINHAL LITORAL

Neste capítulo, de forma a contextualizar o local onde foi realizado o ensino clínico, é apresentada uma breve caracterização do ACES do qual a UCSP Norte faz parte. Além da sua área de influência, serão apresentadas informações sucintas sobre sua visão e missão, dados de morbilidade, índice de dependência de jovens e de idosos, índice de dependência total, índice de envelhecimento, taxa bruta de natalidade e mortalidade e, por fim, dados sobre a taxa de mortalidade infantil.

1.2.1. O ACES

A UCSP Norte pertence à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e faz parte integrante do ACES Pinhal Litoral que inclui a área territorial dos concelhos de Leiria, Pombal, Marinha Grande, Batalha e Porto de Mós. Este integra seis Centros de Saúde, sendo um deles o Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, onde está inserida a UCSP Norte.

1.2.2. Área de influência

O território do ACES PL situa-se na faixa litoral e no sudoeste da Região Centro e está delimitado, a Norte pela sub-região do Baixo Mondego, a Este pelas sub-regiões do Pinhal Interior Norte e Médio Tejo, a Sul pela sub-região da Lezíria do Tejo, a Sudoeste pela sub-região do Oeste e a Ocidente pelo oceano Atlântico. Compreende cinco concelhos: Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós, ocupando uma área territorial aproximada de 1 743,7 Km², cerca de 8,7% da área da Região Centro (ACES Pinhal Litoral, 2019b).

Considerando o eixo Pombal, Leiria e Marinha Grande, esta proporção atinge os 84,6% da população residente do PL e cerca de metade dos habitantes estão concentrados no município de Leiria. Os municípios de Porto de Mós e da Batalha são os menos populosos, com valores respetivos de 9% e 6% da população total da região da área de influência do ACES PL (ACES Pinhal Litoral, 2019b).

No âmbito da classificação das freguesias que constituem os concelhos do Pinhal Litoral, verifica-se que o Concelho de Pombal é predominantemente rural, em contraste com o concelho de Leiria que é predominantemente urbano (ACES Pinhal Litoral, 2019b).

Segundo os resultados definitivos dos Censos de 2011, o PL apresentava uma população residente de 260 942 indivíduos, que correspondia a 11,2% do total de residentes da zona Centro. De acordo com as estimativas populacionais do INE, a população na área do ACES PL tem vindo a decrescer (ACES Pinhal Litoral, 2019b). Tal facto é possível ser confirmado, já que em 2021, o PL tinha uma população residente de 257 579 indivíduos,

correspondendo a 11,56% do total de residentes da região Centro (INE, 2021f), tendo, portanto, 3363 pessoas a menos face a 2011.

1.2.3. Visão e Missão

O ACES PL deseja maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, da utilização de estratégias com base na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (ACES Pinhal Litoral, 2019b).

Segundo o Plano Local de Saúde ACES Pinhal Litoral (2018-2020), o mesmo tem como missão:

- *“Identificar problemas e necessidades de saúde da população;*
- *Constituir-se como uma referência para as políticas de saúde locais;*
- *Promover a melhoria da saúde da comunidade, através das projeções pretendidas, operacionalizadas em metas a alcançar;*
- *Ser um instrumento de gestão com vista à tomada de decisão dos líderes de saúde local;*
- *Promover um trabalho em rede com as diferentes entidades de saúde locais, outros setores de atividade e sociedade;*
- *Integrar, articular e potenciar esforços dos parceiros, numa abordagem intersectorial e de saúde em todas as políticas;*
- *Comunicar o estado de saúde da população, quer a nível interno quer com a comunidade;*
- *Promover uma maior participação e capacitação dos cidadãos no desenvolvimento do seu capital individual e social de saúde, na coprodução de políticas de saúde;*
- *Servir de guia para a operacionalização das estratégias nacionais, regionais e locais propostas;*
- *Permitir a monitorização e avaliação do desempenho”* (ACES Pinhal Litoral, 2019b, p. 6).

1.2.4. Principais diagnósticos de morbilidade

Em 2017, as alterações do metabolismo dos lípidos foram o diagnóstico mais frequente no ACES PL, seguido da hipertensão arterial (HTA) e das perturbações depressivas (ACES Pinhal Litoral, 2019b).

1.2.5. Principais causas de morte

Segundo o Plano Local de Saúde do ACES PL (2018-2020) a principal causa de morte da população pertencente ao mesmo, no ano de 2017, foram os tumores malignos. Estes representaram a maior proporção, seguindo-se das doenças do aparelho circulatório, nomeadamente a doença cerebrovascular e a doença cardiovascular. O mesmo facto foi constatado na região Centro (ACES Pinhal Litoral, 2019b).

1.2.6. Índice de dependência de jovens

O índice de dependência de jovens é a relação entre o número de jovens com idades consideradas inativas do ponto de vista económico (menores de 15 anos) e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) (ACES Pinhal Litoral, 2019a).

Segundo dados estimados do INE, atualizados em junho de 2021, e através da análise da tabela 2, é possível constatar que no Continente, na região Centro e em todos os Concelhos que fazem parte do ACES PL o índice de dependência de jovens, desde 2014, tem vindo a diminuir ligeiramente ao longo dos anos, o que comprova que o número de jovens é cada vez menor (INE, 2021b). Ainda assim, o concelho de Leiria destaca-se pela positiva, com um maior índice de dependência de jovens, apresentando, em 2020, um valor superior ao valor médio verificado em Portugal.

Tabela 2 – Índice de dependência de jovens por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

Índice de dependência de jovens por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

	2014	2016	2018	2020
Portugal	22,0	21,6	21,2	20,9
Continente	21,9	21,5	21,3	21,0
Região Centro	20,3	19,7	19,2	18,8
Batalha	22,1	21,1	20,4	20,0
Leiria	21,4	20,9	20,8	24,4
Marinha Grande	22,2	21,5	21,1	18,7
Pombal	20,5	19,4	18,7	18,8
Porto de Mós	21,1	20,2	19,3	18,6

Fonte: INE, 2021b

1.2.7. Índice de dependência de idosos

O índice de dependência de idosos é a relação entre o número de pessoas que atingem uma idade em que estão, geralmente, inativas do ponto de vista económico (≥ 65 anos) e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) (ACES Pinhal Litoral, 2019a).

Segundo dados do INE, atualizados em junho de 2021, e através da análise efetuada à tabela 3 verifica-se que o índice de dependência de idosos no Continente, na região Centro e em todos os concelhos do ACES PL tem vindo a aumentar de forma gradual desde 2014. Tal facto comprova o envelhecimento da população que se verifica atualmente (INE, 2021a).

É de salientar que o concelho Leiria se destaca pela positiva, com o menor índice de envelhecimento, apresentando um valor mais baixo do que o valor médio verificado em Portugal em todos os anos analisados.

Tabela 3 – Índice de dependência de idosos por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

Índice de dependência de idosos por local de residência 2014, 2016, 2018 e 2020

	2014	2016	2018	2020
Portugal	31,1	32,5	33,9	35,0
Continente	31,6	33,1	34,5	35,6
Região Centro	36,0	37,0	38,3	38,8
Batalha	29,6	30,6	31,5	32,5
Leiria	27,6	29,0	30,8	32,0
Marinha Grande	31,4	33,2	35,0	35,8
Pombal	37,5	37,7	38,8	39,3
Porto de Mós	33,2	33,9	35,4	36,0

Fonte: INE, 2021a

1.2.8. Índice de dependência total

O índice de dependência total traduz a relação, em percentagem, entre o somatório da população jovem (menores de 15 anos) e idosa (≥ 65 anos) e a população em idade ativa (15-64 anos). Ou seja, corresponde à soma do índice de dependência de jovens e do índice de dependência de idosos (ACES Pinhal Litoral, 2019a).

De acordo com dados estimados do INE, atualizados a junho de 2021, e de através da observação da tabela 4, verifica-se um aumento gradual do índice de dependência total desde 2014 em todas as áreas geográficas apresentadas. Tal facto seria expectável, tendo em conta que os valores do índice de dependência em jovens têm apresentado uma

diminuição gradual menos acentuada do que o aumento mais evidente do índice dependência em idosos (INE, 2021c).

Tabela 4 – Índice de dependência total por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

Índice de dependência total por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

	2014	2016	2018	2020
Portugal	53,0	54,1	55,1	55,9
Continente	53,6	54,7	55,8	56,6
Região Centro	56,3	56,7	57,5	57,6
Batalha	51,7	51,8	51,9	52,5
Leiria	48,9	49,9	51,6	52,4
Marinha Grande	53,6	54,8	56,1	56,5
Pombal	58,0	57,0	57,5	57,3
Porto de Mós	54,3	54,1	54,8	54,6

Fonte: INE, 2021c

1.2.9. Índice de envelhecimento

O índice de envelhecimento diz respeito à relação entre o número de indivíduos com 65 ou mais anos que existem por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos (ACES Pinhal Litoral, 2019a).

De acordo com dados estimados do INE, atualizados em junho de 2021, e com base na análise da tabela 5 verifica-se um aumento gradual do índice de envelhecimento no Continente, na região Centro e em todos os concelhos do ACES PL. Tal facto seria previsível tendo em conta que o índice de dependência em idosos apresenta igual tendência (INE, 2021d).

Tabela 5 – Índice de envelhecimento por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

Índice de envelhecimento por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

	2014	2016	2018	2020
Portugal	141,3	150,9	159,4	167,0
Continente	144,3	153,9	162,2	169,6
Região Centro	177,0	188,5	199,2	206,8
Batalha	133,8	144,8	154,7	162,4
Leiria	129,1	138,7	148,4	156,6
Marinha Grande	141,9	154,2	165,4	173,0
Pombal	183,3	194,6	207,6	217,8
Porto de Mós	157,7	168,3	183,2	193,9

Fonte: INE, 2021d

1.2.10. Taxa bruta de natalidade

A taxa bruta de natalidade demonstra o número de nados-vivos ocorrido durante um período de tempo, normalmente um ano civil, referindo-se à população média desse mesmo período. (ACES Pinhal Litoral, 2019a).

De acordo com dados estimados do INE, atualizados em junho de 2021, e através da observação da tabela 6 constata-se que em 2020 a taxa bruta de natalidade em Portugal, na região Centro e nos concelhos de Leiria e Porto de Mós diminuiu face ao ano de 2018. No concelho da Batalha, Marinha Grande e Pombal verificou-se o oposto.

Dos concelhos que fazem parte do ACES PL destaca-se a Marinha Grande que apresentou a taxa de natalidade mais elevada (8,9‰) em 2020, superior ao valor observado em Portugal (8,2‰). Pela negativa, destaca-se o concelho de Porto de Mós, com a menor taxa bruta de natalidade (INE, 2021h).

Tabela 6 – Taxa bruta de natalidade (‰) por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

Taxa bruta de natalidade (‰) por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)				
	2014	2016	2018	2020
Portugal	7,9	8,4	8,5	8,2
Continente	7,9	8,4	8,5	8,2
Região Centro	6,8	7,2	7,2	7,1
Batalha	9,1	7,1	8,4	8,5
Leiria	7,9	8,9	8,6	8,5
Marinha Grande	6,9	8,2	8,6	8,9
Pombal	6,6	8,2	6,6	6,7
Porto de Mós	6,2	7,9	7,1	6,4

Fonte: INE, 2021h

1.2.11. Taxa bruta de mortalidade

A taxa bruta de mortalidade indica o número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, referindo-se à população média desse período (ACES Pinhal Litoral, 2019a).

De acordo com dados estimados do INE, atualizados em junho de 2021, e através da observação da tabela 7 é possível verificar que face a 2014, Portugal teve um aumento da taxa bruta de mortalidade em todos os locais de residência, sendo o concelho da Marinha Grande o que apresentou menor aumento (0,6‰) e o Concelho de Porto de Mós o que apresentou maior (2,1‰).

De referir que o concelho de Pombal apresentou, constantemente, uma taxa bruta de mortalidade (‰) mais elevada, ultrapassando os valores do Continente (INE, 2021g).

Tabela 7 – Taxa bruta de mortalidade (‰) por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

Taxa bruta de mortalidade (‰) por local de residência (2014, 2016, 2018 e 2020)

	2014	2016	2018	2020
Portugal	10,1	10,7	11,0	12,0
Continente	10,1	10,7	11,0	12,1
Região Centro	11,7	12,5	12,8	13,6
Batalha	8,7	9,5	10,2	10,3
Leiria	8,7	9,1	9,9	9,8
Marinha Grande	10,3	9,5	10,8	10,9
Pombal	12,4	14,0	14,1	13,6
Porto de Mós	10,6	11,9	10,8	12,7

Fonte: INE, 2021g

1.2.12. Taxa de mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil corresponde ao número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade, em relação ao número de nados vivos no mesmo período, habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1 000 nados vivos (ACES Pinhal Litoral, 2019a).

Com base em dados estimados do INE, atualizados em abril de 2021, e através da análise do gráfico 2 constata-se que a taxa de mortalidade infantil tem mostrado uma tendência decrescente nas últimas duas décadas (2000-2020) no Continente e no Centro. Na última década foi em 2012 que se registaram as taxas de mortalidade infantil mais elevadas na zona Centro e no Continente (3,7‰ e 3,4‰, respetivamente) (INE, 2021i).

Taxa de mortalidade infantil (‰) por local de residência (2000-2020)

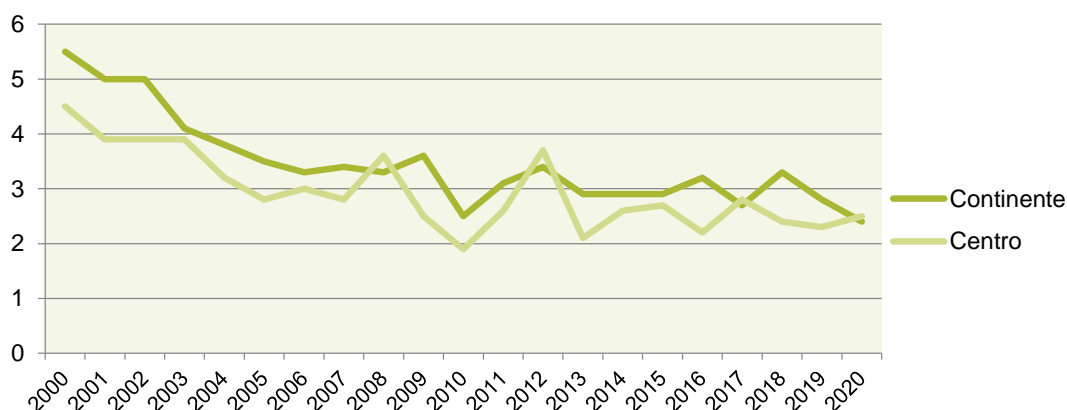


Gráfico 2 – Taxa de mortalidade infantil (‰) por local de residência (2000-2020)

Fonte: INE, 2021i

1.3. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

De seguida, será apresentada a caracterização da UCSP Norte, bem como a caracterização dos utentes alvo de cuidados do enfermeiro de família, onde serão descritas e analisadas algumas particularidades do mesmo, nomeadamente os seus dados de morbilidade, dados demográficos e demonstrados alguns dos seus indicadores de saúde.

1.3.1. UCSP Norte

A UCSP Norte iniciou atividade a 11/01/2016 e abrange as seguintes freguesias: União de freguesias de Monte Redondo e Carreira; União de freguesias de Monte Real e Carvide; Coimbrão e Bajouca.

1.3.2. Missão, Visão e Valores

A UCSP Norte defende como missão assegurar aos seus utentes a prestação de cuidados de saúde primários com segurança, eficiência, humanização e qualidade. Apresenta como visão prestar cuidados de saúde adequados às características da população, promovendo a proximidade ao utente e às famílias, baseados no trabalho em equipa (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021).

O exercício da atividade assistencial da UCSP Norte baseia-se num modelo que privilegia o trabalho em equipa multiprofissional, detendo os seguintes valores:

- “Acessibilidade e adequação da oferta de serviços às necessidades da população;
- Respeito pelo utente e pelos diversos profissionais da equipa;
- Qualidade em todas as vertentes do atendimento administrativo, de enfermagem e médico;
- Trabalho em equipa e entreaajuda” (SNS, 2021).

1.3.3. Espaço físico

A sede é composta por dois pisos, sendo que o segundo piso tem acesso por um elevador, recentemente colocado na unidade. O primeiro piso (localizado no rés do chão) é constituído por uma secretaria, uma sala de espera de adultos, três salas de enfermagem, uma sala de apoio à saúde infanto-juvenil, quatro gabinetes médicos, uma sala de esterilização, um armazém de material, três casas de banho (feminino, masculino e para pessoa portadora de deficiência), sendo que a casa de banho para pessoa portadora de deficiência está neste

momento a ser usada como sala de isolamento, como medida de prevenção e controlo da infeção pelo novo Coronavírus, previsto no plano de contingência.

O segundo piso é composto por uma sala de reuniões, um gabinete de planeamento familiar, uma sala de enfermagem, uma copa e quatro casas de banho (feminino e masculino).

1.3.4. Equipamentos e recursos materiais

Cada sala/gabinete de enfermagem e médico estão equipados com secretária, cadeiras, computador, impressora, telefone, material de escritório, marquesa, lavatório, armários e material clínico enfermagem e médico. Nos gabinetes, existe, também, equipamento adequado às consultas existentes, por exemplo: aparelho de avaliação de tensão arterial, aparelho de avaliação de *International Normalized Ratio* (INR), balança pediátrica e de adulto, *kit* de material para utilização na avaliação em consulta do utente diabético, fita métrica, entre outros.

Num dos gabinetes de enfermagem encontra-se o frigorífico para acondicionamento das vacinas e medicação que carece de refrigeração controlada. A unidade não apresenta gerador de eletricidade nem carro de emergência/suporte imediato de vida.

1.3.5. Estrutura organizacional, organização e articulação interna

A UCSP Norte é composta por quatro polos distintos: Polo Bajouca, Polo Monte Real, Polo Coimbra e Polo Monte Redondo (sede da unidade).

O Conselho Técnico da unidade é constituído por três elementos e, atualmente, não tem coordenador.

A prestação de cuidados de saúde aos utentes da UCSP Norte é baseada em equipas nucleares (administrativo, enfermeiro e médico), onde os vários elementos possuem funções complementares, trabalhando de forma integrada e articulada, com o objetivo de melhorar a continuidade dos cuidados prestados aos utentes. Cada enfermeiro tem a seu cargo uma lista de utentes, agrupados em famílias, coincidente com o ficheiro do médico de família da equipa a que pertence, devidamente identificados no *SClínico®*.

Os funcionários da UCSP Norte devem utilizar e zelar, de forma eficiente, os recursos que lhes sejam disponibilizados pelo ACES, desde as instalações até aos equipamentos e outros meios técnicos, que contribuam para a realização da sua atividade. Além disso, a unidade compromete-se a efetuar os registos de todos os dados necessários à análise da sua

atividade, em todo o sistema de informação em uso, rigorosa e sistematicamente, sem os quais esta não poderá ser considerada em sede de contratualização (UCSP Norte, 2017).

1.3.6. Horário de funcionamento e cobertura assistencial

O horário de funcionamento da UCSP Norte, Polo Monte Redondo (sede) é das 08:00 às 20:00 horas, todos os dias úteis, sendo o período de atendimento (intervalo de tempo diário durante o qual a UCSP Norte efetua atendimento ao público) das 08:15 às 19:45 horas. No horário de cada profissional está contemplado a pausa para almoço, de acordo com o horário individual praticado. Depois das 17:00 horas, a entrega de receituário, ou outros documentos, atendimento telefónico e marcação de consultas, fica condicionada à disponibilidade profissional do momento.

No Polo Bajouca o horário de funcionamento é das 08:00 às 13:00 e das 14:00 às 16:00 horas em dias úteis.

O Polo Coimbra funciona em dias úteis das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:00 horas.

No Polo Monte Real e Carvide o horário de funcionamento é das 08:00 às 13:00 e das 14:00 às 16:00 horas, de 2ª a 5ª feira. À 6ª feira funciona das 08:00 às 12:00 horas.

A UCSP Norte disponibiliza, ainda, a Consulta de Intersubstituição, que consiste num período de consulta destinado ao tratamento e orientação de situações agudas, dos utentes inscritos na Unidade, na ausência da equipa, ou quando não exista possibilidade de resposta, por parte desta, por não dispor de vagas na agenda. A Consulta de Intersubstituição garante ainda o atendimento a utentes, esporádicos, em situações agudas, mas não urgentes (utentes sem inscrição na UCSP Norte e com impossibilidade para se deslocar à sua unidade de origem).

Na sede da unidade dentro do horário de funcionamento existe sempre, pelo menos, um elemento de cada grupo profissional, que assegura o aconselhamento e/ou orientação a qualquer utente inscrito nesta UCSP, no próprio dia, estando assim salvaguardada, no período de todo o tempo de atendimento da UCSP, a acessibilidade e a continuidade dos cuidados.

As situações clínicas urgentes e emergentes não são atendidas na UCSP Norte. Nestes casos, o utente deve dirigir-se ao Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL). Em caso de acidentes, os utentes são inscritos e observados pelos profissionais de saúde, que consoante a sua avaliação, dão a resposta mais adequada, encaminhando ao SU do CHL, se necessário. Em caso de doença aguda, existe a consulta de intersubstituição onde é possível o utente ter um atendimento a curto prazo.

A UCSP Norte encontra-se encerrada aos sábados, domingos e feriados, podendo os utentes, em caso de doença aguda, recorrer à Consulta de Atendimento Complementar de Leiria, com horário de funcionamento das 10:00 às 18:00 horas, sendo o horário de atendimento ao público das 10:15 às 17:45 horas. Fora do período de funcionamento da Unidade, em caso de doença aguda, o utente poderá recorrer ao serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria (CHL). Em situações urgentes ou emergentes, os utentes deverão contactar 112, em qualquer hora e dia da semana.

1.3.7. Contactos e moradas

A sede da UCSP Norte (Arnaldo Sampaio) fica localizada no Largo dos Combatentes da Grande Guerra, nº 3, 2425-617 Monte Redondo.

O atendimento e a gestão de chamadas são assegurados pelas assistentes técnicas. O número de telefone geral da sede é o 244 685 692. O atendimento telefónico acontece sempre que necessário por parte dos utentes. É possível, também, comunicar com a unidade através do seguinte correio eletrónico: ucsp.norte@arscentro.min-saude.pt.

O Polo Bajouca localiza-se na Rua dos Andreses, Bajouca de Cima, s/n, 2425-161 Bajouca. Está disponível através do número 244 684 308 e através do correio eletrónico: admbaj@csasampaio.srsleiria.min-saude.pt.

O Polo Coimbrão localiza-se no Largo D. Dinis Melo Castro, s/n, 2425-452 Coimbrão. O contacto geral é o 244 606 450 e o correio eletrónico: admcoimb@csasampaio.srsleiria.min-saude.pt.

O Polo Monte Real está localizado na Rua da Telheira, s/n, 2425-098 Monte Real. Está disponível através do número 244 612 207 e através do correio eletrónico: admmreal@csasampaio.srsleiria.min-saude.pt.

1.3.8. Recursos humanos

A UCSP Norte é composta por nove médicos, nove enfermeiros, seis assistentes técnicos e uma assistente operacional. A unidade garante a prestação de cuidados mínimos na ausência de algum elemento através de equipas espelho.

O polo Monte Redondo (sede da unidade) tem quatro enfermeiros, quatro médicos e três assistentes técnicos.

A equipa médica é orientadora de formação específica na área de especialização de Medicina Geral e Familiar. A equipa de enfermagem orienta estudantes de Enfermagem, em

protocolo com o IPL tendo iniciado, recentemente, a orientação de estudantes do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

1.3.9. Acessibilidade

A acessibilidade das populações aos cuidados de saúde depende de múltiplos fatores, tais como a realidade socioeconómica, a cultura, os hábitos e as tradições, a oferta qualitativa e quantitativa dos cuidados de saúde e a distância a que se encontram dos locais onde esses cuidados de saúde são prestados. A acessibilidade, referindo-se às condições de alcance da população para utilização, com segurança e autonomia, a UCSP Norte é considerada de fácil acesso, uma vez que foi recentemente colocado um elevador no edifício que permite o acesso dos utentes com mobilidade reduzida ao piso de cima.

A UCSP Norte está localizada numa vila com fácil acesso a transportes públicos, nomeadamente autocarros e comboio, mas com horários limitados. Além disso, por ter uma cobertura territorial de grandes dimensões e com uma geografia que promove o isolamento, por vezes, a população mais idosa recorre aos táxis para se deslocar.

1.3.10. Circuito de utentes

O circuito do utente corresponde ao conjunto de procedimentos que o utente deve fazer de forma a ter acesso aos serviços de saúde. A primeira etapa a realizar é o agendamento. Este agendamento pode ser feito telefonicamente ou presencialmente na unidade, sendo o utente informado da data e hora a que deve comparecer na unidade. O utente deve chegar cerca de 30 minutos antes da hora marcada à UCSP Norte para retirar uma senha junto do secretariado e confirmar a sua presença. De seguida, aguarda na sala de espera. A chamada do utente para o atendimento do serviço é efetuada através do anúncio do nome do mesmo através de altifalante, onde também é anunciado o gabinete em que irá decorrer a consulta.

Na UCSP Norte, não existe afixado qualquer fluxograma no que respeita a consultas médicas, consultas de enfermagem ou assistência técnica.

Os profissionais de saúde apresentam no seu horário períodos pré-definidos para a realização de consulta programada no horário de funcionamento da unidade, de acordo com as necessidades identificadas para cada ficheiro. Este tipo de consulta é destinado à vigilância, promoção da saúde e prevenção de doença em diversas fases do ciclo vital, englobando as consultas de HTA, Diabetes, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Hipocoagulação e Visitação Domiciliária.

Em caso de necessidade de alteração da data de consulta programada por ausência do profissional, pode proceder-se ao reagendamento das mesmas, sendo da responsabilidade do assistente técnico o contato com o utente. No caso de ausência de um dos elementos da equipa de família, a unidade garante resposta através de um sistema de intersubstituição.

A consulta de intersubstituição, ou comumente conhecida por consulta aberta, é destinada a atender problemas agudos/doença súbita ou agravamento de doença crónica, sendo realizada pelo próprio médico de família ou por qualquer médico da equipa e de marcação no próprio dia, junto do secretariado. Este tipo de consulta funciona das 17:00 às 20:00 horas, com entrada na unidade até às 19:45 horas. Das 8:00 às 9:00 horas existe, também, a consulta aberta em caso de doença aguda, para o respetivo médico de família.

1.3.11. Plano de Ação

Neste momento, UCSP Norte não tem Plano de Ação formalizado, estando o mesmo numa fase muito embrionária devido à pandemia que se vive atualmente. Além disso, no presente ano, não contratualizou nenhuma carteira adicional de serviço. O Plano de Ação, ao qual os seguintes dados dizem respeito, são referentes a março de 2021, tendo sido contratualizados 108 indicadores dos quais 73 entram para o cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG), apresentando o mesmo o valor de 49,50 que se encontra adequado à tipologia da unidade (para Modelo A o IDG deverá apresentar um valor inferior a 50).

1.3.12. Carteira de Serviços

De acordo com o anexo I à Portaria n.º 1368/2007, que aprovou a carteira básica de serviços de 18 de Outubro de 2007, esta é aplicável a todas as Unidades de Saúde Familiar (USF) do SNS, independentemente do seu modelo, bem como dos diversos enquadramentos jurídico institucionais possam ser atribuídos em cada USF.

De acordo com o artigo 6º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na redação em vigor, o plano de ação das USF traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade, incluindo o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais. Relativamente ao compromisso assistencial das USF é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços.

Desta forma, a UCSP Norte, numa lógica de distribuição de responsabilidades e cooperação entre os distintos grupos profissionais, as áreas de responsabilidade foram distribuídas, dentro dos programas incluídos na carteira básica:

- Programa de Cuidados em Situações de Doença Aguda;
- Programa de Planeamento Familiar;
- Programa de Prevenção Oncológica;
- Programa de Saúde do Adulto;
- Programa de Saúde do Idoso;
- Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- Programa de Saúde Materna;
- Programa de Vacinação;
- Programa de Vigilância de Diabéticos;
- Programa de Vigilância de Hipertensos;
- Programa de Vigilância de Hipocoagulados;
- Programa de Visitação Domiciliária.

1.3.13. Metodologia de trabalho da equipa de enfermagem

A metodologia de trabalho da UCSP Norte funciona por enfermeiro de família, sendo que cada enfermeiro de família tem determinado número de utentes no seu ficheiro. Assim, o enfermeiro de família fica responsável por garantir aos seus utentes a vigilância ao longo do ciclo vital, sem prejuízo de colaborar sempre que necessário nos programas de intersubstituição. Na unidade, a consulta de enfermagem tem a duração de 15 minutos.

Segundo Hanson (2005), a enfermagem de cuidados de saúde à família é definida como o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias, que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem. Com base nos níveis da prática em enfermagem de saúde familiar de Friedemann (Friedemann, 1998 citado por Hanson, 2005), destaco que na unidade verifica-se o nível I, onde a abordagem aos cuidados de enfermagem de família concentra-se na avaliação e nos cuidados ao utente individual, sendo que a família pode constituir para o indivíduo um recurso ou, pelo contrário, um fator de *stress* na sua saúde e doença. Assim, na UCSP Norte é realizada uma prestação de cuidados de enfermagem mais centrados no utente, não tendo por base uma filosofia de Cuidados Centrados na Família. Por outras palavras, acabam por ser prestados cuidados tendo em conta as partes, vendo a família como um recurso e não como o todo. Não obstante, é importante destacar que a unidade tende para a evolução dos cuidados prestados à família. Uma das teorias considerada como referência para a prática da enfermagem e, sobretudo, para o processo de comunicação em enfermagem, é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau em 1952, que afirma que a enfermagem é multifacetada e reconhece o papel da família, da sociedade, da cultura e do ambiente nas mudanças. Assim, à luz desta

teoria o enfermeiro deve contribuir para a educação e para a promoção do bem-estar da pessoa e ajudar os indivíduos e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua saúde através de metas desejáveis estabelecidas em parceria pelo enfermeiro e cliente (Peplau, 1952).

1.3.14. Cuidados domiciliários

Na unidade existe um sistema de Cuidados Domiciliários, efetuado pelo médico e enfermeiro de família, para o atendimento de doentes impossibilitados de se deslocarem à mesma. Os utentes ou familiares/cuidadores deverão contactar telefonicamente o seu enfermeiro de família, cabendo a avaliação de realizar ou manter a visita domiciliar por parte da equipa da unidade.

A consulta de enfermagem ao domicílio constitui uma forma de garantir uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde primários. A visita domiciliar consiste na prestação de cuidados de saúde ou de natureza social no local de habitação do utente/família, no seu ambiente de vida, o que permite uma maior proximidade do profissional de saúde com a família, revelando-se o melhor meio de conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e de redes de apoio, possibilitando ganhos em saúde a todos os elementos da família (Rice, 2004). Para potenciar a qualidade, eficácia e manutenção do cuidado domiciliar é necessário o envolvimento do utente, da sua família e outros elementos da comunidade, numa base de colaboração e confiança (Rice, 2004; Pereira & Costa, 2007).

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006) a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio é uma oportunidade para o incentivo à autonomia do indivíduo e da família, uma vez que é um momento no qual o enfermeiro vivencia com estes situações de saúde-doença no contexto da sua habitação, de relações e de significado de vida. Os mesmos autores referem que cuidar no domicílio é mais abrangente do que ver o indivíduo isoladamente, já que tem em conta as relações familiares e de vizinhança, bem como a personalização dos cuidados de acordo com os recursos, as crenças e os valores de cada família. O domicílio é, assim, um local privilegiado para a observação das relações sociais entre os membros da família sendo que estas relações podem ser potenciadoras de bem-estar e, por sua vez, favorecedoras da sobrevivência e da manutenção do estado de saúde ou, por outro lado, constituírem um risco, correspondendo a uma possível causa de doença ou vulnerabilidade (Giacomozzi & Lacerda, 2006).

Os enfermeiros da UCSP Norte, pelas condicionantes impostas pela dinâmica estrutural, nomeadamente insuficiência de tempo disponibilizado para realização de todas as consultas

de enfermagem no domicílio (1h-1h30/dia, três vezes por semana), têm de fazer uma seleção mais criteriosa para gerir o tempo útil existente para a visita domiciliária. Deste modo, o facto de o utente estar acamado é o critério mais utilizado para a realização das visitas ao domicílio.

No caso dos utentes que se encontram acamados, é também assegurada a consulta médica e de enfermagem no domicílio, nomeadamente a consulta de hipertensão e diabetes, sempre que seja necessário.

A consulta de enfermagem no domicílio na UCSP Norte tem duração média de 30 minutos e o transporte é assegurado por uma empresa de táxis, previamente informada sobre os dias e o horário da visita domiciliária.

1.3.15. Indicadores de saúde

Um indicador de saúde corresponde a uma medida simples de uma das dimensões do estado de saúde de uma determinada comunidade (Pereira, 1998). Assim, os mesmos dizem respeito a medidas sumárias que refletem, indiretamente, a informação relevante sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e dos fatores que a determinam, incluindo o desempenho do sistema de saúde (Dias, Freitas & Briz, 2007).

No que diz respeito aos indicadores referentes às consultas de enfermagem da UCSP Norte e segundo a Carta de Compromisso de 2019 da UCSP Norte (consultada em 2021) destaca-se apenas no Plano de Ação o problema número 9, relativamente às consultas de enfermeiro de família, pois existe um baixo número de consultas efetuadas pelo mesmo. Para este problema, formulou-se a atividade número 2, cujo objetivo é aumentar o número de consultas efetuadas pelo enfermeiro de família, de forma a dar resposta ao indicador 5, “Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família”.

Consultando o documento relativo ao bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários e a lista de indicadores contratualizados para a UCSP Norte, podem ser evidenciados os seguintes indicadores relativos às consultas de enfermagem: indicador 5, “Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família”; indicador 8, “Taxa de utilização de consultas de Planeamento Familiar (realizados pelo médico ou enfermeiro)”; indicador 99, “Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos”; indicador 295, “Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério”; indicador 331, “Índice de utilização anual de consultas de enfermagem”; e o indicador 345, “Proporção de consultas de enfermagem realizadas no dia do agendamento”.

1.3.16. Caracterização da população inscrita

À data da recolha dos dados para o presente relatório e de acordo com os dados disponibilizados pelo Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), a UCSP Norte contabilizava 13.836 utentes inscritos nos quatro polos, a 31 de março de 2021, sendo 48,88% do sexo masculino (6763 utentes) e 51,12% do sexo feminino (7073 utentes).

Na figura 1, é apresentada a pirâmide etária dos utentes inscritos na unidade referente ao mês de março de 2021. Através da sua análise é possível identificar que se trata de uma pirâmide idosa ou decrescente, tendo um predomínio de indivíduos no topo da pirâmide, o que revela uma população mais envelhecida, com uma pequena taxa de natalidade, pequena proporção de jovens e elevada esperança média de vida.

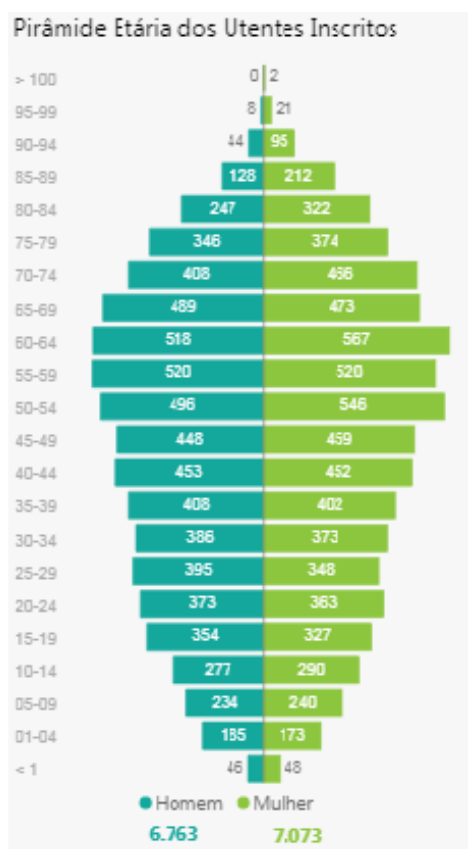


Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP Norte (março de 2021)

Fonte: *Print sreen* do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), 2021

Através da análise da pirâmide etária verifica-se que o grupo etário com maior população é o grupo com idades compreendidas entre os 60 e os 64 anos (518 utentes do sexo masculino e 567 do sexo feminino).

Para além destes dados, foi possível verificar que o índice de dependência em idosos (≥ 65 anos) da população total da UCSP Norte é de 25,98% e o índice de dependência em jovens (< 15 anos) é de 10,43%, dando um Índice de dependência total de 36,41%.

No que diz respeito à população feminina, existem 2 724 mulheres em período fértil, ou seja, com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, correspondendo a 19,54% da população total inscrita na unidade e a 38,51% da população feminina da mesma.

De referir que 98,30% dos utentes inscritos têm médico de família atribuído (13 601 utentes), 1,53% não tem médico de família atribuído (211 utentes) e 0,17% da população da unidade não tem médico de família atribuído por opção própria, ou seja, 24 utentes.

1.4. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Segundo o artigo 3º do Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto, o enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados, prestando cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis. Contribui, também, para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente: grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2014).

1.4.1. Número de utentes

A equipa de enfermagem da UCSP Norte realiza a prestação de cuidados de saúde aos utentes, maioritariamente, do seu ficheiro clínico no âmbito de atos e consultas de enfermagem. Deste modo, cada enfermeiro de família tem um determinado número de utentes no seu ficheiro, prestando cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos processos de vida, nos diferentes contextos da comunidade.

A norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da OE indica como valor médio o número de 1 550 utentes por enfermeiro de família. Assim, a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica, de acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde. Através dos dados fornecidos pelo programa MIM@UF consultado na UCSP Norte referentes ao mês de fevereiro de 2021 o ficheiro com o qual tive contacto era composto por 1 534 utentes (736 utentes do sexo masculino e 798 do sexo feminino),

distribuídos por 593 famílias. Deste modo, o ficheiro cumpre o número de utentes sugeridos pela norma supramencionada. No entanto, apresenta um valor superior ao recomendado no que diz respeito ao número de famílias. Este fenómeno deve-se ao facto das famílias serem constituídas, na sua maioria, por poucos elementos (em média 2,59 elementos por família).

Segundo dados da PORDATA, atualizados a fevereiro de 2021, com dados referentes ano de 2020, o valor médio da dimensão dos agregados domésticos privados era de 2,5 elementos por família. Assim, o valor apurado no ficheiro do enfermeiro de família vai ao encontro do valor verificado no restante país.

Entenda-se que quando se fala em família, não se fala apenas em famílias nucleares, ou seja, casal com filho (s). A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012).

Nos últimos anos têm aumentado o número de famílias reconstruídas, ou seja, uma família que a determinada altura apresenta alterações na sua configuração: uma mulher/homem com filho (s) voltam a casar com outra mulher/homem com filho (s); de famílias monoparentais, onde a geração dos pais se encontra representada por um único elemento; de famílias de colocação, ou seja, de famílias de transição, temporárias; e de famílias adotivas que são caracterizadas, atualmente e na sua maioria, pelo acolhimento no seio familiar de crianças e adolescentes que não apresentam laços de sangue com aqueles pais mas que lhe estão ligados por laços afetivos legais (Alarcão, 2000).

Além destes tipos de família, segundo a mesma autora, existem ainda as famílias homossexuais, formadas por um casal composto por dois elementos do mesmo sexo e as famílias comunitárias composta por homens e/ou mulheres e seus eventuais descendentes e que coabitam na mesma casa ou em casas próximas, por exemplo: comunidades religiosas, seitas, comunas, ciganos.

Na figura 2 é possível constatar a pirâmide etária dos utentes inscritos em fevereiro de 2021 no ficheiro do enfermeiro de família por sexo e grupo etário. Analisando a mesma, verifica-se que a pirâmide etária é idosa ou envelhecida sendo a sua base estreita, evidenciando uma baixa taxa de natalidade e um topo largo que demonstra uma baixa mortalidade.

Além disso, é evidente o alargamento para o topo que revela uma elevada esperança média de vida.

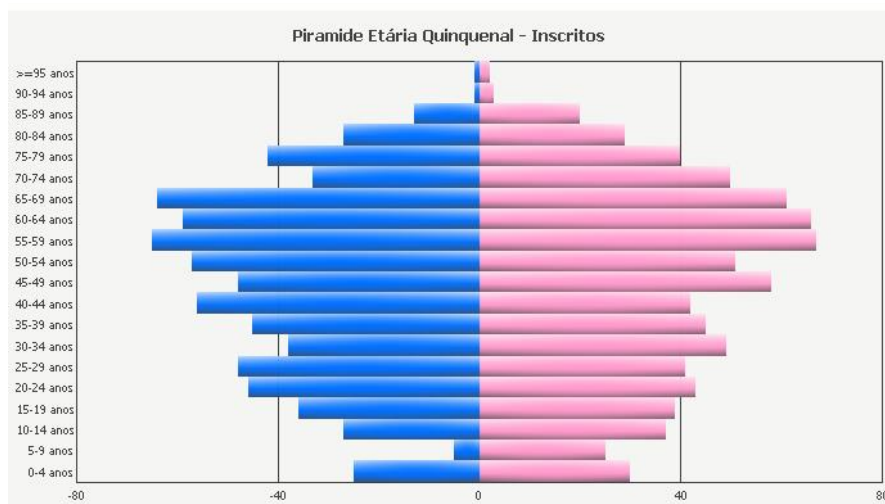


Figura 2 – Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro de família

Fonte: *Print screen* do programa MIM@UF, 2021

Verifica-se, também, que o grupo etário com maior população é o grupo com idades compreendidas entre os 55 e os 59 anos (65 utentes do sexo masculino e 67 do sexo feminino).

Através da análise e tratamento dos dados recolhidos é possível verificar que o índice de dependência em idosos (≥ 65 anos) é de 25,16% e o índice de dependência em jovens (< 15 anos) é de 9,71%, dando um índice de dependência total de 34,87%.

No que diz respeito à população feminina, 317 mulheres encontram-se em período fértil (15-49 anos), o que corresponde a 20,66% da população feminina. No ficheiro do enfermeiro de família que é composto por 1534 utentes, existem utentes que são seguidos em mais do que um programa de saúde. Assim, e de acordo com dados referentes a fevereiro de 2021, verifica-se que no ficheiro existem 1 863 acompanhamentos nos Programas de Saúde da UCSP Norte, sendo eles: Saúde Infantil e Juvenil, 267 crianças; Planeamento Familiar, 351 mulheres; Saúde Materna, 8 mulheres; Rastreios Oncológicos, 635 utentes; Hipertensão Arterial, 463 utentes, e Diabetes *Mellitus*, 139 utentes.

1.4.2. Indicadores de saúde por enfermeiro de família

Através da consulta dos indicadores por enfermeiro de família, utilizando o programa MIM@UF verifica-se em relação ao indicador 5, “Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família”, que a enfermeira de família realizou 1 758 consultas de enfermagem aos utentes do seu ficheiro durante o ano de 2020, correspondendo a 82,85% do total das consultas de enfermagem efetuadas no seu ficheiro. Até fevereiro de 2021,

foram realizadas 193 consultas pela enfermeira, correspondendo a 71,48% do total das consultas de enfermagem realizadas no seu ficheiro.

Em relação ao indicador 8, “Taxa de utilização de consultas de Planeamento Familiar (realizados pelo médico ou enfermeiro)”; a enfermeira de família realizou durante o ano de 2020, 45 consultas, ou seja, 14,24% do total de mulheres inscritas no Programa de Planeamento Familiar. Tal facto deveu-se ao plano de contingência instituído na unidade durante a pandemia, que permitiu apenas, durante vários meses, a realização de consultas no âmbito do planeamento familiar em situações de queixas por parte das utentes. Em fevereiro de 2021, a percentagem encontrava-se nos 3,53%, uma vez que tinham sido realizadas até à data, 11 consultas dessa natureza.

Em 2020, no que diz respeito à saúde infantil e juvenil, enalteço o excelente trabalho que foi desenvolvido pela enfermeira de família, uma vez que são vários os indicadores que revelam 100% na sua efetividade, nomeadamente: o indicador 57, “Proporção de recém-nascidos com teste de diagnóstico precoce realizado até ao 6º dia”; indicador 59, “Proporção crianças 2 anos com peso e altura no 1º ano”; indicador 93, “Proporção de crianças com 2 anos com o Programa Nacional de Vacinação (PNV) cumprido ou em execução”; indicador 94, “Proporção de crianças com 7 anos com PNV cumprido ou em execução” e indicador 95, “Proporção de jovens com 14 anos com PNV nacional de Vacinação) cumprido ou em execução”. Relativamente a dados até fevereiro de 2021, todos os indicadores referidos mantêm-se com 100% na sua efetividade, com exceção do indicador 59 que se encontra nos 87,5%, faltando apenas 1 criança para alcançar o valor total e que, já estava convocada à data da recolha dos dados apresentados.

Em relação ao indicador 30: “Proporção idosos ou doença crónica, com vacina da gripe” durante a campanha vacinal de 2020 foram vacinados 56,96% do total de utentes com esses critérios. Este valor apesar de ser baixo vai ao encontro do valor alcançado em anos anteriores, não tendo sido influenciado, de todo, pelo contexto da pandemia vivenciada aquando da campanha vacinal. Saliento que em 2019, a percentagem de idosos com doença crónica vacinados com a vacina da gripe foi de 49,32% (valor efetivamente mais baixo do que em plena pandemia).

Enalteço também o indicador 98: “Proporção de utente \geq 25 anos, com vacina tétano”, que revelou que em 2020, 96,72% dos utentes do ficheiro de família apresentam a vacina do tétano atualizada. Tal facto deve-se ao esforço contínuo da enfermeira de família em verificar antes de todas as consultas e atos de enfermagem se o utente apresenta a vacina atualizada. Em relação aos dados até fevereiro de 2021, o valor encontrava-se nos 94,77%, uma vez que 1124 utentes com mais de 25 anos apresentam a vacina do tétano atualizada.

Por último, através da análise do indicador 4: “Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos”, é possível afirmar que durante o ano de 2020 foram realizados 151 domicílios pelo enfermeiro de família, correspondendo a uma taxa 96,61%. Até fevereiro de 2021, a enfermeira de família realizou 4 domicílios, correspondendo à percentagem de 2,60%. Este valor reduzido é justificado pelo facto da enfermeira de família fazer parte da equipa destacada para a campanha vacinal contra a COVID-19, sendo portanto, a visitação domiciliária assumida por outro elemento da equipa de enfermagem da UCSP Norte.

1.4.3. Dados demográficos

Os utentes do ficheiro de família estão distribuídos por 25 freguesias, pertencendo a 13 concelhos. No quadro 1 é possível ver a sua distribuição mais detalhada.

Quadro 1 – Distribuição dos utentes do ficheiro do enfermeiro de família por concelho e freguesia (fevereiro de 2021)

Concelho	Freguesia	Nº total de utentes inscritos
Batalha	São Mamede	1
Caldas da Rainha	União das Freguesias do Pópulo, Coto e São Gregório	1
Leiria	Coimbrão	20
	Bajouca	20
	Bidoeira de Cima	4
	União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes	4
	União de Freguesias de Marrazes e Barosa	12
	União de Freguesias de Monte Real e Carvide	10
	União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira	1 353
	União de Freguesias de Parceiros e Azoia	1
Marinha Grande	Marinha Grande	3
	Vieira de Leiria	6
Pombal	Pombal	1
	União de Freguesias de Guia, Ilha e Mata Mourisca	37
	União de Freguesias de Santiago e São Simão de Litém e Albergaria dos Doze	1
Porto de Mós	Alqueidão da Serra	1
Cascais	União de Freguesias de Cascais e Estoril	1
Lisboa	Benfica	1
	Olivais	1
Amadora	Venteira	1
Odivelas	União de Freguesias de Pontinha e Famões	1
Vila Nova de Gaia	União de Freguesias de Gulpilhares e Valadares	1
Ferreira do Zêzere	União de Freguesias de Areias e Pias	1
Ourém	Nossa Senhora da Piedade	1
Desconhecido	Desconhecido	36
Total		1 534

Fonte: UCSP Norte, 2021

1.4.4. Dados de morbilidade

A morbilidade corresponde à taxa de portadores de uma determinada doença em relação ao número de habitantes saudáveis, em determinado local, num determinado momento. Traduz, assim, a quantificação numérica de casos de doenças numa determinada população. As estatísticas de morbilidade continuam a desempenhar um papel de maior relevância no planeamento em saúde, no entanto, a produção destas estatísticas reveste-se de grande dificuldade, mesmo nos países mais desenvolvidos (ACES Pinhal Litoral, 2019a).

As patologias mais comuns no ficheiro do enfermeiro de família são as doenças coronárias e a diabetes *mellitus*. O top dos problemas mais comumente apresentados pelos utentes do mesmo são as alterações do metabolismo dos lípidos, a hipertensão arterial sem complicações, as síndromes vertebrais com irradiação de dores, a bursite/ tendinite/ sinusite não especificadas e a medicina preventiva/ de acompanhamento geral. No quadro 2 estão representados os TOP de Problemas UF-Médico referentes ao mês de fevereiro de 2021.

Quadro 2 – TOP de problemas UF- Médico (fevereiro de 2021)

ICPC	Métrica	Qtd Problemas	TOP
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	612	1
K86	HIPERTENSÃO ARTERIAL SEM COMPLICAÇÕES	402	2
L86	SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÕES DE DORES	354	3
L87	BURSITE / TENDINITE / SINUSITE, NE	287	4
A98	MEDICINA PREVENTIVA/ DE ACOMPANHAMENTO GERAL	268	5
D78	NEOPLASIA DO APARELHO DIGESTIVO BENIGNA/ INCERTA	186	6
L90	OSTEOARTROSE DO JOELHO	168	7
P74	DISTÚRPIO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE	151	8
T82	OBESIDADE	150	9
P76	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	146	10
D97	DOENÇA DO FÍGADO, NE	144	11
K95	VEIAS VARICOSAS DA PERNA	140	12
P17	ABUSO DO TABACO	139	13
K80	ARRÍTMIA CARDÍACA,NE	135	14
Y85	HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA	135	14
T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE	129	16
L84	SÍNDROMES DA COLUNA SEM IRRADIAÇÃO DE DOR	124	17
D87	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DO ESTÔMAGO	122	18
L89	OSTEOARTROSE DA ANCA	119	19
R75	SINUSITE CRÓNICA / AGUDA	119	19

Fonte: UCSP Norte, 2021

1.4.5. Dados de mortalidade

Na UCSP Norte, apesar dos esforços do enfermeiro orientador, não foi possível verificar os dados de mortalidade do ficheiro de família, uma vez que não existe forma de saber se os utentes que saíram do ficheiro faleceram, de facto, ou se foram transferidos para outro ficheiro ou unidade. No entanto, na contextualização do ensino clínico apresentada no subcapítulo anterior os dados de mortalidade do ACES do qual a UCSP Norte faz parte foram demonstrados e analisados. Nesse tópico, foram abordados pormenores referentes à mortalidade, nomeadamente: a taxa bruta de mortalidade referente aos anos de 2014, 2016, 2018 e 2020 por local de residência (Portugal, Continente, região Centro e concelhos pertencentes ao ACES PL) e a taxa de mortalidade infantil entre os anos de 2000 e de 2020 por local de residência (Continente e Centro).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. FAMÍLIA

A família é uma unidade social que não é fácil de definir (Fazenda, 2005). Este conceito não é homogêneo para todas as épocas e culturas, tornando-o, portanto, de difícil concetualização.

Ao longo da História o conceito de família tem sofrido alterações (Dias, 1996) e várias foram as conceções antropológicas e sociológicas que contribuíram para a sua definição, dependendo de questões culturais, étnicas, religiosas, éticas e das próprias crenças de cada país.

Durante inúmeras décadas, a definição de família realizada pelos primeiros teóricos da ciência social da família enalteciam os aspetos legais de consanguinidade. Prova disso, é que Burgess e Locke (1953), citados por Hanson (2005), definiram o conceito de família como um conjunto de pessoas ligadas por laços de matrimónio, sangue ou adoção, formando um único lar, onde os elementos familiares vão interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais, criando e conservando uma cultura comum.

As famílias são a mais antiga e importante instituição social (Relva, 2015), correspondendo à primeira comunidade natural de cada ser humano (Nunes, 2015). Antigamente, era no seio familiar que se aprendiam todos os comportamentos que permitiam a sobrevivência, havendo como que uma aprendizagem dos papéis sociais que cada elemento teria de integrar ao longo do ciclo vital. Assim, a família seria como que um núcleo preponderante no contexto de aprendizagem, construção e desenvolvimento do indivíduo e, sendo composta por muitos elementos, era entendida como uma unidade economicamente autossuficiente (Dias, 1996).

Para Fazenda (2005) a família é baseada em laços de parentesco e afinidade, estando em permanente mudança para se adaptar às necessidades dos seus elementos, não sendo algo estático ao longo do tempo. É, assim, um suporte afetivo, psicológico, instrutivo e social para os seus elementos (Alarcão, 2000). Esta tem como objetivo essencial criar novos seres, promovendo e facilitando o seu natural e saudável desenvolvimento, com proteção, liberdade e espontaneidade (Matos, 2015).

A família corresponde à célula vital da sociedade de valor intransmissível, tal como é reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e pela Constituição da República Portuguesa. Para (Alarcão, 2000) a família é o primeiro e o mais importante grupo social, o *habitat* natural para o desenvolvimento e automatização dos seus elementos,

servindo de referência essencial para o indivíduo, sendo então, a família, um espaço privilegiado para a elaboração de aprendizagens de dimensões significativas de interação: a linguagem, a comunicação e os contactos pessoais. É na família que nascemos, crescemos e morremos, ainda que, neste percurso, possamos ter mais do que uma família. É no contexto familiar que o indivíduo desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida (Alarcão, 2000). Assim, as famílias têm uma identidade própria, construída ao longo do tempo, transmitida e adaptada por sucessivas gerações, que as torna singulares e irrepetíveis, sendo a base daquilo que são os seus membros, não havendo famílias melhores, nem famílias piores: há famílias diferentes (Núncio, 2018).

Segundo a mesma autora, a família, vista como uma unidade sistémica com funções sociais, demarca-se como um espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus elementos, constituindo-se como unidade provida de energia com capacidade auto-organizativa. Deste modo, assume-se a necessidade de reflexão processual face à complexidade dos contextos de ação onde são desenvolvidas as interações familiares, justificando uma prática de enfermagem cada vez mais competente, de forma a responder aos desafios atuais que resultam das novas necessidades de saúde das famílias nomeadamente na compreensão da sua estrutura, nos processos de desenvolvimento e na sua forma de funcionamento (Figueiredo, 2012).

A família constrói uma história exclusiva ao longo da sua existência (Figueiredo, 2012), agrega-se pela necessidade de afeto (Figueiredo, 2009), é dinâmica e interage com as transformações da sociedade. Assim, a família não se resigna a uma instituição padronizada e desempenha um papel essencial no contexto sociocultural, formando entre si uma teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços subjetivos complexos (Cerqueira, 2010).

Segundo Figueiredo (2012), o conceito de família abarca variáveis relacionadas com sua autodeterminação, caracterizada, essencialmente, por vínculos afetivos, assumindo características que são mais e diferentes do que a soma das partes. Neste sentido, para a compreensão da família como unidade é essencial a sua concetualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade que considera a sua autenticidade. Para a mesma autora a família corresponde a um sistema relacional inserido e articulado em diferentes contextos, que agrega um conjunto de valores, conhecimentos e práticas, num espaço relevante de socialização e humanização, onde qualquer alteração afeta as partes e o todo. Enquanto

grupo, a família evolui de acordo com as finalidades, face às quais desenvolve funções que se transformam ao longo do ciclo vital, sujeitas às transições normativas e/ou acidentais.

Assim, a família emerge como foco de cuidados de enfermagem, como tal deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e capacidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se inserem (Figueiredo, 2012).

2.2. SAÚDE FAMILIAR

A família é a primeira instância cuidadora dos doentes e grande parte dos sintomas e episódios de doença é tratada sem chegar à rede oficial de serviços de saúde (Leite & Vasconcellos, 2006). Assim, a doença é um acontecimento gerador de crise no seio familiar, caracterizada pela súbita e inesperada alteração da estrutura e das funções do sistema familiar, bem como pela possível incapacidade demonstrada pelos membros da família em responder, adequadamente, às necessidades da pessoa doente (Alarcão, 2000).

A saúde familiar perspetiva-se como dimensão do sistema familiar em que o todo e as partes se influenciam mutuamente nos processos de saúde e, como sistema aberto, deverá permeabilizar as suas fronteiras e mobilizar os recursos internos e externos dos diferentes níveis do ambiente, em interação dinâmica com outras famílias/grupos da comunidade, demonstrando capacidade de adaptação às situações com que é confrontada (Figueiredo, 2012).

De uma forma subjetiva, a saúde familiar corresponde ao conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família, onde a estabilidade e a mudança são encarados como elementos impulsionadores do desenvolvimento da mesma (Figueiredo, 2012). Pode ser considerada um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, incluindo os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar e os termos usados para designar uma família saudável devem centrar-se nos atributos positivos destas, ao invés da abordagem patológica, que realça as suas fraquezas (Hanson, 2005).

2.3. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O reconhecimento que a enfermagem tem dado à família teve início nos Estados Unidos da América, a partir dos anos 80, onde as políticas sociais da *American Nurses Association* descrevem a família como um dos alvos dos cuidados de enfermagem (Hanson, 2005).

Na Europa, foi através do quadro concetual da política para todos para a Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado de Saúde 21, que foi reafirmado o papel da enfermagem na saúde da família, pela sua contribuição na melhoria da saúde na região europeia.

Desde 1971, Portugal tem sido pioneiro em muitas reformas, tendo considerado os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como a principal porta de entrada no sistema de saúde e consagrado o conceito de Centro de Saúde como elemento de base para a proteção e fomento da saúde nas comunidades. Com a criação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, é evidenciado o enquadramento social das atividades da saúde e da assistência à família, enquanto instituição básica do desenvolvimento integral do Homem e a primeira responsável pelo bem-estar dos seus membros (Silva, Costa & Silva, 2013).

Em Portugal, a subscrição da Declaração de Munique, foi determinante para que o enfermeiro de família fizesse parte do léxico da generalidade dos enfermeiros portugueses. Esta declaração teve como finalidade a identificação de ações específicas, com vista a apoiar e salientar as capacidades dos enfermeiros, no sentido de contribuírem para a saúde e para a qualidade de vida dos cidadãos a quem prestam cuidados (Correia, Dias & Coelho, 2001).

A Ordem dos Enfermeiros assumiu um papel de liderança, tendo o seu momento marcante com a organização, em 2002, da conferência nacional: “*A Cada Família o seu Enfermeiro*”, que teve como principal objetivo a partilha de experiências de cuidados consolidados no modelo de enfermeiro de família.

Para além das políticas nacionais para organização dos CSP realçarem a importância da família nos cuidados, também os Planos Nacionais de Saúde 2004-2010 e 2012-2016 extensão 2020, destacam a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, com base numa perceção mais integrada dos problemas de saúde, salientando a importância do enfermeiro de família (Silva *et al.*, 2013).

Segundo Figueiredo (2012), a enfermagem de família é compreendida como um campo disciplinar de enfermagem com um corpo de conhecimento próprio. Segundo a mesma autora, tem-se desenvolvido no domínio teórico de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família como objeto de estudo, defendendo, assim, que alguns modelos e teorias de enfermagem contribuíram para a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e, concomitantemente, à sua afirmação concetual, nomeadamente as teorias de Imogene King, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Betty Neuman e Moyra Allen.

A especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar tem-se tornado num foco específico da prática de enfermagem e envolve o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do seu raio de ação, podendo ter como objetivo a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade (Hanson, 2005). O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo, 2012). O enfermeiro de família deve, então, promover a confiança, numa relação de proximidade e continuidade de cuidados personalizados, como um dos principais gestores da sua situação de saúde e responsável pela mobilidade entre os vários serviços de saúde (Silva *et al.*, 2013).

A base de uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribui para a mudança dos sistemas organizacionais e mobiliza e adequa os recursos necessários para a prestação de cuidados de forma a otimizar o trabalho. Assim, o enfermeiro deve procurar, simultaneamente com a família, a melhor forma de integrar a prestação de cuidados decorrente da alteração de saúde, das rotinas familiares diárias e, se necessário, mobilizar os recursos existentes na comunidade. No entanto, a intervenção de enfermagem deverá ser no sentido de trabalhar “com a família” e não “para a família”, respeitando a sua autonomia e capacidade de decisão em função das suas crenças e valores (Potter & Perry, 2003).

Segundo Wright e Leahey (2012), na intervenção de enfermagem pode verificar-se perícia a dois níveis: na prática enfermeiro generalista e na prática do enfermeiro especialista em saúde familiar. Na primeira, a família é enfatizada como um contexto para a sua intervenção. Na segunda os enfermeiros especialistas trabalham com a família a um nível sistémico, como unidade de cuidados, cuja formação específica na área de enfermagem dos sistemas familiares lhes permite o contacto com um corpo extenso de conhecimentos, tais como a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, a intervenção e a investigação na família. A forma como os enfermeiros concetualizam os cuidados à família, as suas conceções de família, saúde e doença, são determinantes nos processos de tomada de decisão, do planeamento à implementação dos cuidados (Rodrigues, 2013) e é nesta parceria que se retrata e valoriza a qualidade do atendimento (Hanson, 2005)

Na literatura de pesquisa de enfermagem de saúde familiar que tem sido publicada, podem ser referidas algumas conclusões, nomeadamente que os benefícios em saúde, face à intervenção do enfermeiro, resultam de funcionamentos eficientes aos níveis afetivo, cognitivo e comportamental. Alguns enfermeiros não valorizam o envolvimento da família

nos cuidados, enquanto outros, porém, conseguem prestar cuidados criativos e altamente complexos, profissionais e inovadores às famílias (Oliveira *et al.*, 2011). É, assim, competência do enfermeiro, enquanto profissional de saúde, habilitar e capacitar a família na prestação e envolvimento dos cuidados colaborativos, para assim prestar e consolidar, da melhor forma, esses cuidados, pelo que, os enfermeiros que apresentam uma atitude positiva para com a família, consideram a importância do diálogo e valorizam o seu envolvimento na prestação cuidados (Rodrigues, 2013).

2.4. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O conceito de família utilizado ao longo dos ensinamentos clínicos e na elaboração do presente relatório refere-se ao conceito definido por Figueiredo (2009) tal como foi dito anteriormente. Por esse motivo, é importante dar destaque ao trabalho desenvolvido pela autora que tem servido de suporte para o contínuo e gradual avanço da Enfermagem de Saúde Familiar, no nosso país.

Em 2009, surge em Portugal o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) desenvolvido por Maria Henriqueta Figueiredo. Este modelo corresponde ao referencial teórico e operativo que pretendeu dar respostas às necessidades dos enfermeiros portugueses no que diz respeito aos cuidados à família, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem com o intuito de servir como um instrumento de trabalho de potencialização da abordagem sistémica e colaborativa em enfermagem de família. Os seus princípios de intervenção enquadram o modelo geral dos CSP, particularizando a atuação dos enfermeiros no âmbito atual das USF e UCSP (Figueiredo, 2012).

Os pressupostos do MDAIF reconhecem a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização específica, tendo por base o princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, de modo a promover a potencialização das suas forças, recursos e competências (Figueiredo, 2012).

O MDAIF além de definir os conceitos de família e saúde familiar, que já foram abordados anteriormente, define também o conceito de ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família. Assim, no que diz respeito ao ambiente familiar, a autora refere que o mesmo é composto por elementos humanos, físicos, económicos, políticos, culturais e organizacionais que estão interligados em níveis estruturais interdependentes que se influenciam e tendem a evoluir num padrão de recursividade e reciprocidade: microsistema, mesosistema,

exossistema, macrosistema e cronosistema. O microsistema corresponde ao contexto onde os elementos da família interagem entre si e desenvolvem os seus papéis familiares, de acordo com as funções e finalidades da família. O mesosistema diz respeito aos sistemas mais amplos que englobam a rede social da família, onde os membros da família participam de forma ativa e com os quais estabelecem vínculos como por exemplo: vizinhos, grupos de amigos e de trabalho e a rede comunitária. O exossistema corresponde aos contextos onde a família não é participante ativa mas que podem provocar perturbação na estrutura do microsistema, bem como nas interações deste com o mesosistema, por exemplo as alterações estruturais e organizacionais a nível das instituições de saúde e de educação. O macrosistema diz respeito ao nível mais amplo do ambiente e engloba a cultura, os sistemas de crenças e ideologias, padrões institucionais, veiculados ao nível dos restantes subsistemas. Por fim, o cronosistema corresponde às mudanças que vão ocorrendo o longo do tempo, na família e no ambiente, centradas nas transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2012).

Neste modelo os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre o enfermeiro e a família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico, onde as relações e a reciprocidade são enfatizadas. Assim, o processo de cuidados é desenvolvido de forma colaborativa com a família, promovendo a participação dos seus elementos em todas as etapas e a intervenção do enfermeiro de família apresenta como finalidade a capacitação das famílias a partir da maximização do seu potencial, ajudando as mesmas a serem proativas na obtenção dos seus projetos de saúde (Figueiredo, 2012).

O MDAIF sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas utilizadas são o Modelo *Calgary* de Avaliação Familiar e o Modelo *Calgary* de Intervenção na Família. Através da aplicação do Modelo *Calgary* de Avaliação Familiar é possível a construção de uma perspetiva sobre o passado familiar e dos potenciais problemas no futuro, oferecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família, permitindo identificar a estrutura interna e externa da mesma, de modo a compreender a sua composição e os seus vínculos (Figueiredo, 2012).

Segundo a autora, a avaliação familiar do MDAIF centra-se em três áreas de atenção: na estrutura da família, através da identificação da mesma (Avaliação Estrutural); no desenvolvimento, através da compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família (Avaliação de Desenvolvimento) e nos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares (Avaliação Funcional).

Na figura 3 é possível observar o diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação do MDAIF.

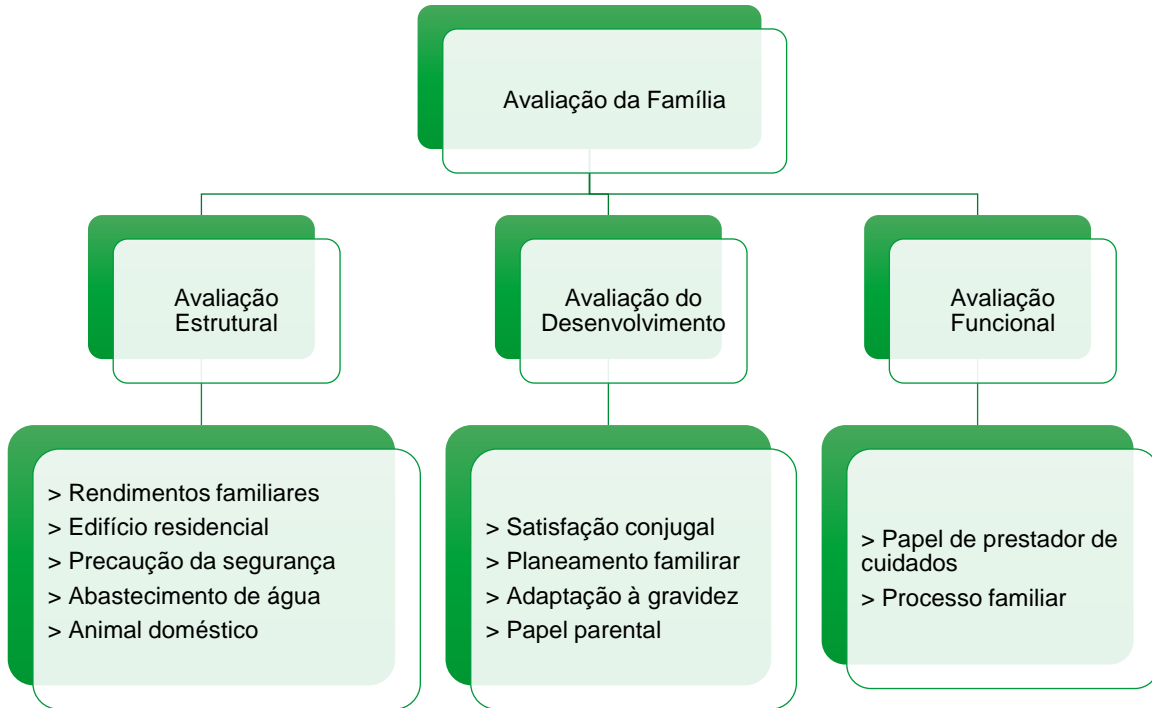


Figura 3 - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação

Fonte: Figueiredo, 2012

Segundo a OE (2012), o MDAIF apresenta um cariz dinâmico, flexível e interativo que permite aos enfermeiros propor intervenções que dão respostas às necessidades das famílias, sendo assim, um instrumento sistemático capaz de orientar as práticas de enfermagem de saúde familiar.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Os CSP em Portugal, constituem-se como o suporte do sistema de saúde, sendo enfatizadas as intervenções de rede e o paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida, num modelo de proximidade e com o foco da prática dos enfermeiros na família, enquanto unidade de cuidados. O Enfermeiro Especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado, num domínio específico de Enfermagem, e, atentando nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, revelar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas, relativas a um campo de intervenção (OE, 2018).

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), inseridas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, identificaram-se os Títulos de Enfermeiro Especialista, entre eles o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Considerando as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, a imperatividade de especificar as competências, de acordo com o alvo e contexto de intervenção, identificou-se, para além da área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a de Enfermagem de Saúde Familiar. O papel atribuído ao Enfermeiro de Família deverá, pois, ser o eixo estruturante e funcional, na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP (OE, 2018).

O perfil de competências, comuns e específicas do enfermeiro especialista, visa enquadrar e regular a certificação das competências, assim como informar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados, assegurando-se, por esta via, que o enfermeiro especialista detenha um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos foram proporcionados inúmeros momentos para observação participativa, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem à família, ao longo do seu ciclo de vida, com ênfase nas respostas das famílias a problemas de saúde reais e potenciais.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

As competências comuns dizem respeito às competências que deverão estar desenvolvidas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstrando a sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados

através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 regulado pela OE os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são as seguintes:

- a) “Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p. 4745).

De seguida, as competências supramencionadas são enunciadas e associadas às atividades desenvolvidas, tendo por base o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento.

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal está dividido em duas competências:

- “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;
- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2019, p. 4745).

Na primeira unidade de competência apresentada, o Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Assim, esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

De modo a demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas ao longo dos ensinamentos clínicos, construí estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente, suportei a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência e selecionei as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. Além disso, sempre que possível, participei na construção da tomada de decisão em equipa, orientei a tomada de decisão na observância da deontologia profissional e integrei elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. Por fim, procurei sempre por promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde estava inserida.

Com o objetivo de liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade desempenhei o papel de consultor quando os cuidados requeriam um nível de competência correspondente à área de especialidade, recolhi contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão, suscitei a reflexão sobre os processos de tomada de decisão e, por fim, reconheci a minha competência na área da especialidade.

De forma a avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão, aferi a ponderação dos mesmos e fomentei a respetiva avaliação com a partilha do que foi obtido decorrente da tomada de decisão.

Na segunda unidade de competência supramencionada, o Enfermeiro Especialista deve demonstrar uma prática que respeita os direitos humanos, analisar e interpretar as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

De modo a promover a proteção dos direitos humanos assumi a defesa dos mesmos, conforme deontologia profissional, assegurei o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, bem como a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.

Ao longo dos ensinamentos clínicos também fomentei o respeito pelo direito do cliente à privacidade e assegurei o respeito do mesmo à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. Além disso assegurei, de forma sistemática, o respeito pelos valores e costumes, pelas crenças espirituais e pelas práticas específicas dos indivíduos e grupos.

Com intuito de gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, analisei a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica, implementei medidas de prevenção e identificação de práticas de risco e adotei uma conduta antecipatória. Por fim, acompanhei incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade está dividido em três competências:

- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

- Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4745).

Na primeira unidade de competência apresentada, o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Com o intuito de mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade ao longo dos ensinamentos clínicos, demonstrei conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua, divulguei experiências avaliadas como sendo de sucesso e promovi a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

De modo a orientar projetos institucionais na área da qualidade participei, sempre que possível, na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional e agilizei a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. Saliento que não foi possível colaborar na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições, nem cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores devido à vivência da pandemia aquando da realização dos ensinamentos clínicos.

Na segunda unidade de competência, o Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

De forma a avaliar a qualidade das práticas clínicas, utilizei a evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade, utilizei indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas e analisei os resultados da avaliação efetuada.

De modo a planear programas de melhoria contínua, identifiquei as oportunidades de aperfeiçoamento, estabeleci prioridades, selecionei estratégias de melhoramento e fomentei a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.

Com o intuito de liderar programas de melhoria contínua incrementei, sempre que possível, a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Na terceira unidade de competência, o Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Ao longo dos ensinamentos clínicos fomentei a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de

segurança de um indivíduo/grupo, envolvi a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais, assegurei a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares, assegurei a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes de modo a promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. Além disso, estimulei a adesão à saúde e segurança ocupacional e incrementei a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.

Com o intuito de participar na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais, colaborei na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, preveni os riscos ambientais, cooperei na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e participei, sempre que possível, na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.

Além disso, colaborei na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos, coordenei a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção e colaborei na elaboração de planos de emergência.

3.1.3. Gestão dos cuidados

O domínio da gestão de cuidados está dividido em 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” (OE, 2019, p. 4745).

Na primeira unidade de cuidados o Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

De modo a otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, disponibilizei assessoria aos enfermeiros e à equipa e colaborei nas decisões da equipa de saúde, demonstrei melhoria na informação para a tomada de decisão no processo de cuidar e reconheci quando devia negociar cuidados ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

Além disso, orientei a decisão relativa às tarefas a delegar, utilizei uma variedade de técnicas diretas ou indiretas, tais como a instrução e a demonstração prática das tarefas a

cometer e, por fim, avaliei a execução das mesmas com o intuito de as supervisionar, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Na segunda unidade de competência, o Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

A liderança é necessária em todos os tipos de organização humana. Liderar é conhecer a natureza humana das pessoas e saber conduzi-las num propósito. O líder tem que saber proporcionar um ambiente propício à execução de um trabalho de qualidade e no qual os trabalhadores se sintam satisfeitos. A abordagem dos estilos de liderança diz respeito ao estilo de comportamento para liderar.

Através da avaliação de comportamento do líder, Chiavenato (2003) fez referência a três estilos de liderança: o autoritário, o liberal e o democrático. Na liderança autocrática o líder centraliza as decisões e impõe as suas ordens ao grupo. Assim, o grupo apresenta tensão, frustração e agressividade, não tem espontaneidade nem iniciativa e não há relacionamento interpessoal. Na liderança liberal, o líder delega totalmente as decisões ao grupo e deixa-o completamente à vontade e sem controlo. Deste modo, as tarefas desenvolvem-se ao acaso, perdendo-se tempo com discussões por motivos pessoais e não relacionados com o trabalho. Neste estilo de liderança predomina o individualismo e o pouco respeito pelo líder. Por fim, na liderança democrática, o líder acompanha, orienta o grupo e incentiva a participação democrática das pessoas. Há relações interpessoais, comunicação eficaz e respeito mútuo. Assim, mesmo quando há ausência do líder, o trabalho prossegue e há sentido de responsabilidade e compromisso pessoal que gera satisfação por parte do grupo (Chiavenato, 2003).

Carless, Wearing e Mann (2000) através de uma análise comportamental do líder, definiram sete condutas caracterizadoras da liderança transformacional. Assim, o líder transformacional comunica uma visão clara e positiva do futuro, trata os seus colaboradores de forma individualizada, apoiando e encorajando o seu desenvolvimento, encoraja e atribui reconhecimento aos seus colaboradores, promove a confiança, o envolvimento e a cooperação entre os membros da equipa, estimula os membros a pensarem nos problemas de formas diferentes e questiona as ideias feitas, é claro acerca dos seus valores, pratica o que defende e incute orgulho e respeito nos outros, inspirando os colaboradores por ser altamente competente (Carless, Wearing & Mann, 2000).

De forma a otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, apliquei a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, auxiliei na

implementação de métodos de organização do trabalho adequados, auxiliiei a coordenar a equipa de prestação de cuidados e negocieei recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. Por fim, utilizei os recursos disponíveis na unidade de forma eficiente.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens está dividido em duas competências:

- “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4745).

Na primeira unidade de competência, o Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que a mesma interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Além disso, releva a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

De modo a deter consciência em mim enquanto pessoa e enfermeira, otimizei o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com o utente ou com a equipa multidisciplinar, geri as minhas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda, reconheci os meus recursos e limites pessoais e profissionais e, por fim, consciencializei a influência pessoal na relação profissional.

Com o intuito de gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional, otimizei a congruência entre auto e hétero perceção e geri os meus sentimentos e emoções, de modo a dar a resposta mais eficiente.

Além disso, atuei de forma eficaz sob pressão, reconheci e antecipei situações de eventual conflitualidade e utilizei, adequadamente, as técnicas de resolução de conflitos. Para desenvolver e melhorar os conhecimentos nesta área participei numa formação sobre “Gestão de equipas e de conflitos” com a duração de 25 horas, através de uma Entidade Formadora Certificada. O certificado da participação na mesma encontra-se no Anexo I. A formação foi, de facto, muito esclarecedora e enriquecedora, permitindo adquirir incalculáveis competências na área da gestão de equipas e na gestão de conflitos a aplicar em qualquer contexto do quotidiano.

Na segunda unidade de 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 como agente ativo no campo da investigação.

Assim, o enfermeiro deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. Neste sentido, atuei como formador oportuno e diagnostiquei as necessidades formativas, fazendo alguns panfletos e um *poster* informativos ao longo dos ensinamentos clínicos. Os mesmos foram apresentados no relatório referente ao Ensino Clínico II. Além disso, gerei programas e dispositivos formativos existentes na unidade.

De forma a suportar a prática clínica em evidência científica, atuei como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos, identifiquei lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, analisei estudos de investigação existentes, interpretei, organizei e divulguei resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, discuti as implicações da investigação e contribuí para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Nesta vertente, foi elaborada uma revisão sistemática da literatura sobre “A Qualidade de Vida dos Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência” que será apresentada no capítulo seguinte.

De modo a promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, demonstrei conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a mesma e revelei conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. Além disso, rentabilizei as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas, usei as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados e, por fim, assegurei a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Os enfermeiros de família têm por base as competências específicas de cuidar da família como unidade de cuidados, prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (OE, 2018).

Segundo o Regulamento n.º 428/2018 regulado pela OE, as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar são:

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;
2. Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p. 19355).

De seguida, será feita referência às competências adquiridas neste âmbito, assentes nas atividades e estratégias levadas a cabo para a sua efetividade.

3.2.1. 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

O enfermeiro especialista em saúde familiar cria a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças. O foco é a família como unidade de cuidados, onde é valorizada a relação multifacetada entre a saúde dos vários elementos da família e a saúde da família na sua globalidade. Para isso, é necessário aplicar conhecimentos na avaliação da saúde familiar, considerando a interação dinâmica dos seus membros e da família enquanto unidade, perspetivando-as em termos antropobiológicos, sociais, culturais e espirituais. O enfermeiro de família inserido numa equipa multidisciplinar promove os ganhos em saúde através de um agir intencional e crítico e, desta forma, ser um transformador de uma realidade em construção (OE, 2018).

Considerando a família como unidade de cuidados, o enfermeiro promove a sua capacitação, focando-se na mesma como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições, acompanhando as seguintes 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 de enfermagem de saúde familiar;*

- *Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem” (OE, 2018, pp. 19357-19358).*

Neste sentido, estabeleci uma relação de confiança através da comunicação terapêutica com a família para promover a saúde, prevenir a doença e controlar situações complexas. A comunicação terapêutica corresponde a um conjunto de competências ou técnicas que potencializam a ação terapêutica, de forma a auxiliar o utente na resolução de problemas e a apresentar um melhor relacionamento consigo mesmo e com os outros, conduzindo a uma melhor adaptação a uma determinada condição de saúde ou contexto de vida (Sequeira, 2016). Assim, o desenvolvimento de competências, nesta área, permitiu-me auxiliar as famílias a desenvolver mudanças que influenciaram de forma positiva a sua saúde e obter ganhos na mesma.

Ao longo do estágio abordei a família com disponibilidade de modo a responder às suas necessidades e estimei a mesma na consecução dos seus objetivos, seguindo sempre o seu ponto de vista. Além disso, estabeleci um diálogo familiar para definir os futuros objetivos de saúde, reforçando os pontos fortes no âmbito da saúde e concebi um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma.

De modo a colher dados pertinentes para o estado de saúde da família elaborei um trabalho académico sobre o processo familiar. O mesmo fez parte integrante da avaliação final do Ensino Clínico II e foi colocado em anexo no referente relatório. Para realizar esse trabalho solicitei o histórico familiar e hereditário, identifiquei a estrutura familiar, a sintomatologia atual e os fatores de risco ambientais que pudessem afetar o estado de saúde. Além disso, utilizei vários instrumentos de avaliação familiar (Modelo de *Calgary*, genograma, ecomapa, entre outros), incorporando a informação adicional de várias fontes incluindo as interações familiares observadas, assim como a comunicação não-verbal. Foi necessário, também, identificar as crenças e a cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões, bem como detetar os pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.

Também a capacidade da família para se manter unida foi avaliada através da aplicação de várias escalas. A aplicação das mesmas, tendo em conta que correspondem a um processo moroso, demonstrou-se como uma dificuldade, uma vez que devido ao plano de contingência, vivenciado no decorrer dos ensinamentos clínicos, o contacto entre os profissionais de saúde e as famílias devia ser o mínimo e no menor tempo possível, de modo a assegurar todas as questões de segurança para os intervenientes. No entanto, a família demonstrou-se colaborante e compreensiva, o que permitiu a aplicação de todas as escalas que considere pertinentes para a realização do estudo de caso.

De modo a monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, mobilizei os conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão, analisei o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. Para além disso, considerei a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas e avaliei o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o ambiente.

Ao longo do ensino clínico, com o intuito de desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica, utilizei um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. Além disso, analisei como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais que influenciam os cuidados à família. Ademais, colaborei com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma, capacitando-a na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, criando assim um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis.

De modo a intervir de forma eficaz na recuperação do bem-estar da família em situações complexas, promovi o diálogo com a mesma de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. Para tal, utilizei estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família e codesenvolvi e avaliei as intervenções de enfermagem a nível familiar, promovendo mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde. Além disso, integrei investigação e evidência científica nas intervenções de enfermagem familiar, desenvolvi com a família estratégias de resolução de conflitos, presenciei emoções penosas adotando estratégias promotoras de redução dos seus efeitos negativos, em áreas da saúde familiar, nomeadamente no processo de luto familiar.

A perda de um elemento da família perturba o equilíbrio da mesma e os padrões estabelecidos de interação, pelo que é necessário uma reorganização no sistema familiar (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). A vivência do processo de luto pode ser potencializada ou prejudicada de acordo com a abertura para a comunicação e o nível de coesão entre os elementos da família. A liberdade de comunicação, a liberdade de expressão de sentimentos e pensamentos, a coesão familiar e a resolução construtiva das diferentes opiniões são os requisitos fundamentais para a família enfrentar situações de vida stressantes (Delalibera, Presa & Coelho, 2015).

É importante enaltecer que a espiritualidade e/ou a religião ajudam as pessoas a viver e a fazer lutos (Sousa *et al.*, 2004). Segundo os mesmos autores, a espiritualidade corresponde a uma estratégia de auto-adaptação que engloba o bem-estar da pessoa, o bem-estar com o outro, bem como com o ambiente que a rodeia. Após o estabelecimento de uma relação de confiança, numa fase avançada da entrevista (Cardoso, 2012) é importante abordar a espiritualidade, uma vez que esta é intrínseca ao ser humano, reconhecível quando surge como necessidade, logo, inerente aos cuidados de enfermagem (Caldeira, Branco & Vieira, 2011).

A abordagem da espiritualidade pode ser relevante em múltiplos contextos clínicos, nomeadamente perante situações de grande sofrimento. Mais importante do que definir a religião que o utente pratica ou não, é clarificar os momentos em que as crenças espirituais tiveram importância ao longo da sua vida, as implicações das mesmas nos cuidados clínicos em geral e o seu papel na problemática atual (Cardoso, 2012).

Nas situações de grande sofrimento, perdas e morte, a família reconhece que as suas crenças religiosas e espirituais apresentam colossal importância no seu processo de adaptação (Cardoso, 2012). De forma a facilitar a resposta da família em situação de transição complexa, promovi o processo de consciencialização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança, utilizando uma abordagem do cuidar baseada nas forças da família.

O Cuidar Baseado nas Forças (SBC) trabalha com forças biológicas, intra e interpessoais e sociais para ajudar o indivíduo a lidar com os desafios, colocando o utente no centro do seu próprio cuidado, capacitando-o a atingir as suas próprias metas e a encontrar um novo significado para a sua vida. O SBC corresponde a um pré-requisito para a mudança, uma experiência para o autocuidado que incentiva a pessoa a assumir e a responsabilizar-se pela sua saúde, recuperação e cura (Gottlier, 2016).

Nesta forma de pensamento em enfermagem são considerados os aspetos positivos, aquilo que é melhor, o que funciona e as áreas que demonstram potencial. As forças são utilizadas para minimizar os efeitos nocivos causados pelos problemas e as pessoas passam a acreditar que têm, no seu interior, o poder de trazer a mudança, para exercer algum controlo sobre as próprias vidas e para redefinir o passado com o intuito de construir um futuro desejável (Gottlier, 2016).

O SBC proporciona aos utentes, famílias e comunidades, as ferramentas necessárias para melhorar a sua saúde, exigindo uma parceria colaborativa entre a pessoa e o prestador de cuidados. Para tal, é necessário conhecer os indivíduos e as situações, contextualizar os

seus problemas e conhecer as suas forças, de modo a compreender como as capitalizar e mobilizar para apoiar a saúde, ajudar na recuperação, aliviar o sofrimento e restaurar a plenitude. O SBC requer que o enfermeiro apresente empatia e compaixão, de modo a ajudar o outro, especialmente nos momentos de crise (Gottlier, 2016).

Nesta vertente, após conhecer os valores da família, apresentei uma atitude de escuta ativa e empática, demonstrando total disponibilidade. Com o intuito que a família encontrasse as suas próprias forças, fortaleci os seus pontos fortes, ajudando-a a vivenciar de forma positiva as suas preocupações, de modo a encontrar estratégias na vivência e possível resolução dos seus problemas identificados. Além disso, questioneei a mesma sobre a sua perda, mantendo uma individualização das respostas e facilitei a expressão de sentimentos, fazendo questões sobre o que estavam a sentir e incentivando a partilha de sentimentos. Por fim, validei e normalizei as reações intensas, evitando frases triviais e deixando espaço para que a família pudesse expressar as suas emoções. De salientar, que a prática do SBC exigiu que eu estivesse ciente das minhas próprias forças, vulnerabilidade e fraquezas.

Além disso, ao longo do ensino clínico, com o intuito de facilitar a resposta da família em situação de transição complexa, identifiquei e analisei a dinâmica familiar (o que a suporta, mantém ou cria dificuldades) e a dinâmica entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde. Explorei estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifiquei com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos. Para tal, analisei com a mesma os recursos essenciais para atender às suas necessidades, dando *feedback* de forma sistemática, centrando-me nos seus pontos fortes. Além disso, discuti regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde e partilhei observações sobre o seu crescimento, incentivando ao *feedback* familiar. Por fim, documentei o processo de cuidados, integrando a saúde, família e o ambiente.

De modo a envolver-me de forma ativa e intencional na prática de enfermagem especializada, procurei orientação a fim de melhorar a minha prática em enfermagem de interações enfermeira/família e avaliei a sua efetividade no processo familiar e nos resultados esperados. Por fim, promovi o meu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, demonstrei competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar e colaborei, sempre que possível, com os colegas de equipa na resolução de problemas mais complexos no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Para terminar, de forma a formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem, criei momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados e avaliei a eficácia dos mesmos na consecução

dos objetivos familiares, fazendo um balanço muito positivo em relação ao que foi planeado e o que foi possível realizar. Além disso, integrei a investigação e a evidência científica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Nesta vertente, enalteço que foi necessário rever os conteúdos referentes às consultas de enfermagem na área da saúde materna e saúde infantil, nomeadamente sobre o programa nacional de vacinação e os cuidados antecipatórios. Estes são definidos como cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas de forma a prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências (Ministério da Saúde, 2006).

Foi possível, ainda, acompanhar algumas famílias em processo de crise normativa, como por exemplo o nascimento do primeiro filho, podendo atuar em pleno em algumas áreas de intervenção, nomeadamente no papel parental. O nascimento de um filho marca a transição do ciclo evolutivo familiar, onde ocorre a transformação da díade em grupo familiar, de forma permanente. O casal, agora pais, necessitam de definir os papéis parentais e adaptar-se à responsabilidade de serem pais (Figueiredo, 2012). Deste modo, foi possível acompanhar esta etapa do ciclo vital em diversas famílias com as suas particularidades, dúvidas e incertezas o que se demonstrou como uma nova e enriquecedora oportunidade de aprendizagem.

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

O enfermeiro de família gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados (OE, 2018), acompanhando as seguintes unidades de competência:

- “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;
- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2018, pp. 19358-19359).

Para desenvolver esta competência articulei com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, nomeadamente na referenciação para o serviço de urgência do CHL quando a situação assim o exigia. Deste modo, orientei a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. Além disso, geri o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Nesta vertente, participei no planeamento, desenvolvimento e na avaliação dos programas de saúde relativos à saúde familiar, nomeadamente no auxílio da elaboração da lista de utentes com critérios para a administração da vacina da gripe, no Ensino Clínico II, e na elaboração da lista de utentes a

serem convocados para a vacinação contra a infeção por SARS-CoV-2, no Ensino Clínico III.

Além disso, ao longo dos ensinamentos clínicos contactei com a plataforma Trace COVID 19. Esta medida adotada no contexto da pandemia internacional causada pelo coronavírus foi desenvolvida pela DGS, em articulação com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SMPS). A plataforma abrange um conjunto de medidas aceites para vigilância clínica e epidemiológica, sob a gestão da DGS e SPMS, de acordo com as suas competências orgânicas e estatutárias, visando dar suporte aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, hospitalares e similares, bem como às Equipas de Saúde Pública e Autoridades de Saúde, para a realização de registos detalhados de informação específica sobre o número de casos, respetivo rastreio de contactos de risco, vigilância e seguimento clínico a doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 (Ministério da Saúde, 2020).

Por fim, utilizei também sistemas de informação e tecnologias para melhorar os resultados de saúde familiar, elaborando um panfleto informativo e um *poster* sobre as máscaras cirúrgicas utilizadas na prevenção da transmissão do coronavírus, de modo a promover e dar visibilidade à temática em questão. Os mesmos foram apresentados no relatório referente ao Ensino Clínico II.

3.3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Após a enumeração e descrição das atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos é importante realizar uma breve análise crítico-reflexiva acerca das mesmas e das competências adquiridas.

Ao longo da minha formação em saúde familiar procurei uma prestação de cuidados focada na família como um todo e nos seus membros individualmente, atuando como agente facilitador, para que os indivíduos desenvolvessem competências para um agir consciente, quer em situações de crise, quer em questões de saúde. Para tal, procurei fomentar um trabalho em parceria com a família na identificação de recursos e potenciais que lhes permitissem encontrar as suas próprias soluções.

Através da Intervenção Sistémica Colaborativa, baseada no Modelo de *Calgary*, como modelo de flexibilidade, baseado nos pontos fortes da família, colaborativo e não hierárquico, foi reconhecida a experiência dos membros da família numa estrutura multidimensional.

No decorrer dos ensinamentos clínicos foi possível averiguar a aliança entre a teoria em Enfermagem de Saúde Familiar e a prática, numa dinâmica estimulante e motivadora,

enquadrando os paradigmas teóricos. Foi verificado que é possível fazê-lo, ainda que com algumas limitações, nomeadamente no fator tempo, tendo em conta o número de utentes para prestar cuidados e o tempo máximo fixado para cada ato. Enalteço que esta situação é potenciada, de forma negativa, pelo facto da aplicação de registo informático *SClínico®* ainda se encontrar delineada segundo o modelo biomédico, dificultando a identificação dos focos de enfermagem, determinação dos diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções. O mesmo se pode dizer acerca dos instrumentos de avaliação familiar e escalas que, por sistema, não são preenchidos na aplicação informática referida, embora os profissionais de saúde detenham o conhecimento acerca dos itens que poderiam ser preenchidos relativamente a cada família. Em termos de qualidade de prestação de cuidados seria proveitoso ser disponibilizado, em modo informático, um modelo de avaliação familiar.

É importante referir, também, que o facto de não haver formação de base em *SClínico®* dificultou, nas primeiras semanas de ensino clínico, a celeridade no desenvolvimento de outras competências. Para ultrapassar esta dificuldade a enfermeira orientadora disponibilizou uma apresentação em formato *PowerPoint* com a descrição detalhada do funcionamento do programa, que incluía várias imagens ilustrativas de como efetuar os registos de forma completa. Através da sua análise e estudo em casa foi possível ultrapassar esta dificuldade inicial. Enalteço, também, que treinei o manuseamento do programa *SClínico®*, sempre que possível (mesmo nas pausas entre as consultas), e consultei a enfermeira orientadora quando surgiam dúvidas e/ou incertezas. Desde modo, considero indispensável que os alunos usufruam de um módulo onde possam contactar com a aplicação e simular as ações de registo que terão, posteriormente, na prática clínica. Este pormenor poderá diminuir o *stress* do aluno no local do ensino clínico e alterar o seu foco para a aquisição de competências consideradas de maior relevo.

A elaboração dos trabalhos académicos solicitados durante os ensinamentos clínicos contribuiu para uma prática de cuidados mais sustentada tendo por base a evidência científica. Os conhecimentos teóricos a que estes conduziram correspondem a peças basilares no fundamento da prática, apesar da grande dificuldade sentida em conseguir conciliar a vida profissional, académica e familiar.

É sabido que os CSP devem corresponder à porta de entrada no SNS e que estes devem garantir a acessibilidade a todos os utentes. No entanto, este facto torna-se quase utópico tendo em conta a dimensão de alguns dos ficheiros da UCSP Norte, o que constitui uma falácia ao acesso aos cuidados de saúde, uma vez que, em teoria, esses utentes têm médico e enfermeiro de família atribuídos, mas torna-se humanamente impraticável para

esses profissionais, sobrecarregados de trabalho, garantirem a acessibilidade, em tempo útil, a todos os utentes que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem.

No que diz respeito às Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, assumo que foram desenvolvidas e adquiridas, tal como está patente no subcapítulo anterior, onde foi realizada uma pequena reflexão aquando da descrição de todas atividades desenvolvidas.

No *términus* desta breve reflexão, é fulcral destacar uma competência presente, transversalmente, em todas estas capacidades: a comunicação. Preciosa, uma vez que auxilia os enfermeiros de família, a avaliar, de forma rigorosa, as necessidades de cuidados de saúde dos elementos que constituem a família. Desta forma, é possível que os enfermeiros elaborarem os planos de ação e de cuidados precisos, que promovam o máximo de autonomia e otimização da qualidade de vida, não só a estes elementos, mas também à família, como uma organização única, munida de capacidades e défices específicos, em cada uma das etapas do seu ciclo familiar (Ferreira, Pereira & Ferreira, 2012).

É com enorme satisfação que olho para o meu percurso académico desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos e avalio o mesmo de forma positiva. Este revelou incalculáveis experiências significativas e enriquecedoras e manifestou-se como uma mais-valia no meu percurso académico e profissional, quer pelo desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados, quer pela relevância das áreas de intervenção desenvolvidas.

4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e/ou comunidades (OE, 2006). A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto em que cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade, exigindo respostas aos profissionais e às organizações, com maior qualidade, elevada segurança, níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde, num quadro de significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos, de maior exigência dos utilizadores e ao aumento da complexidade dos problemas (Pereira, 2016).

A realização de RSL reveste-se de particular relevância enquanto instrumento de trabalho em enfermagem, permitindo sistematizar as intervenções de forma direta. Desta forma, este tipo de revisões são definidas como um processo sistemático, explícito e reproduzível que possibilita identificar, avaliar e sintetizar os estudos realizados por investigadores, estudantes e profissionais de saúde (Fink, 2014 citado por Sousa *et al.*, 2018).

Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como uma problemática que exige explicação ou uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 1999). Deste modo, uma RSL deriva de uma pergunta formulada de forma clara que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente os estudos. Esta metodologia permite, também, seleccionar e analisar os dados dos estudos que foram incluídos na revisão (Rudnicka & Owen, 2012 citado por Sousa *et al.*, 2018).

4.1. INTRODUÇÃO

Com base na vivência da minha prática de enfermagem em ERPI, incluindo a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, deparei-me que, independentemente da idade, a demência é cada vez mais comum nas pessoas às quais presto cuidados de enfermagem. Ao longo dos anos, fui verificando que o motivo pelo qual o utente é inserido numa ERPI é, na sua grande maioria, a existência de demência por parte do mesmo e de uma exaustão física e psicológica profunda do seu cuidador principal. É importante referir que além do impacto que a doença provoca no indivíduo, esta afeta, também, a família/cuidador do mesmo. Assim, o ponto de partida desta revisão surgiu da necessidade de saber quais os fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com demência. Neste contexto, considere relevante aprofundar conhecimentos científicos nesta vertente, focando a área da saúde familiar.

No relatório “*Health at a Glance 2017*” da Organização Europeia de Cooperação Económica (OCDE), relativamente à prevalência da demência, Portugal está colocado como o 4º país com mais casos por cada mil habitantes.

Conhecer a qualidade de vida dos cuidadores e os fatores que a influenciam é imprescindível para planear ações em saúde que contemplem soluções para minimizar os efeitos nocivos da sobrecarga vivenciada pelos cuidadores familiares (Pinto *et al.*, 2009).

O referencial teórico considerado será o Modelo de *Calgary* de Intervenção na Família (MCIF), que reconhece a complexidade do sistema familiar. Mediante este referencial é possível avaliar a organização familiar tendo em consideração o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema. Neste modelo, a família é perspectivada de modo multidimensional englobando as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional e suas respetivas categorias e subcategorias. Assim, a sua adoção na área da enfermagem de saúde familiar é favorável a uma promoção da interação com as famílias, otimizando o planeamento dos cuidados (Figueiredo & Martins, 2010).

Posto isto, o principal objetivo desta RSL é mapear a evidência científica sobre a qualidade de vida dos cuidadores familiares de pessoas com demência, de modo a encontrar, através da evidência científica, os fatores que modificam a qualidade de vida destes cuidadores. Conhecendo os fatores determinantes para a qualidade de vida dos utentes com demência e respetivas famílias/cuidadores será mais simples direcionar a intervenção do enfermeiro de família para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem com vista ao bem-estar do utente e respetiva família.

A presente revisão sistemática da literatura está organizada em seis partes: Enquadramento Teórico, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão e, por fim, as Implicações na Prática Clínica.

4.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a facilitar a leitura, o enquadramento da presente RSL encontra-se subdividido em quatro partes: numa primeira parte é abordado o conceito de qualidade de vida, definições e especificidades; a segunda parte concerne à definição do conceito de demência; na terceira parte são contemplados os aspetos relacionados com os cuidadores familiares e a importância que deve ser dada aos mesmos; na quarta, e última parte deste capítulo, é abordado o referencial teórico adotado, o Modelo de *Calgary* de Intervenção na Família.

4.2.1. Qualidade de vida

Segundo a OMS, a qualidade de vida corresponde à percepção que um indivíduo tem sobre a

sua posição na vida, dentro do contexto cultural e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (*World Health Organization* [WHO], 1994 citado por Braccialli, Bagagi & Sankako, 2012). Assim, é possível afirmar que a qualidade de vida é uma percepção humana que encerra em si vários significados com origem em experiências, valores e conhecimentos individuais e coletivos.

O conceito de qualidade de vida difere de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada indivíduo. Este depende de diversos fatores, tais como o estado de saúde, longevidade, bem-estar, autoestima, grau de satisfação e, por conseguinte, das escolhas diárias de cada um dos indivíduos (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

A qualidade de vida é um conceito amplamente difundido em diversas áreas, principalmente no meio académico, por meio de estudos científicos relacionados com a saúde. Porém, alguns desses estudos têm sido criticados por autores que alegam que os instrumentos criados para medir a qualidade de vida na verdade avaliam fenómenos diferentes. Isto decorre da falta de consenso sobre o constructo e da complexidade do fenómeno que se pretende avaliar. Contudo, existe concordância sobre a qualidade de vida ser constituída por aspetos objetivos e subjetivos, positivos e negativos. As avaliações objetivas referem-se às consequências observáveis, enquanto as subjetivas dizem respeito à percepção ou avaliação pessoal sobre determinado aspeto abordado. No caso particular da avaliação da qualidade de vida dos cuidadores familiares devem contemplar-se tanto os aspetos positivos como os negativos, pois muitas situações consideradas negativas por meio de indicadores objetivos podem ser subjetivamente percebidas como positivas pelos indivíduos em questão. Tanto a dimensão objetiva quanto a subjetiva, são importantes para o enriquecimento das informações recolhidas com a finalidade de avaliar a qualidade de vida dos cuidadores, permitindo, assim, uma melhor interpretação da sua realidade de vida e saúde (Amendola, Oliveira & Alvarenga, 2011).

Tal como foi mencionado, existem vários instrumentos de avaliação da qualidade de vida, dos quais se destaca o questionário de avaliação subjetiva de Qualidade de Vida desenvolvido pela OMS, o *World Health Organization Quality of Life instrument-bref* versão abreviada do *World Health Organization Quality of Life instrument - 100*. Este instrumento adota um conceito multidimensional de qualidade de vida que é amplamente utilizado em vários países e que foi construído por meio de um levantamento sobre o que as pessoas consideram importante abordar ao medir a sua qualidade de vida.

4.2.2. Demência

A demência é conceptualizada por diferentes autores como sendo uma síndrome clínica

originada pela degeneração das células neuronais que levam a um declínio progressivo e irreversível das funções cognitivas, com grande impacto no desempenho das atividades de vida diárias, levando, na maioria das vezes, a situações de dependência de cuidados de terceiros (Prince *et al.*, 2013 citado por André, Valadas & Brandão, 2020).

Cuidar de quem cuida deve ser uma preocupação na sociedade atual, sendo esta cada vez mais envelhecida, com tendência ao aumento de doenças crônicas, como a demência, e onde a necessidade de assistência aos idosos aumenta significativamente. Deste modo, surge a importância de direcionar o foco de atenção do enfermeiro especialista para o cuidador informal, uma vez que a prestação destes cuidados contínuos acaba por ter repercussões na qualidade de vida do mesmo (Ávila-Toscano & Vergara-Mercado, 2014).

A OMS estima que em todo o mundo existam 47,5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75,6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135,5 milhões. De acordo com dados de 2015 da WHO, a doença de *Alzheimer* assume, neste âmbito, um lugar cimeiro com uma representatividade de cerca de 60 a 70% de todos os casos de demência. Embora a idade seja o fator de risco mais relevante, a demência não é uma consequência inevitável do envelhecimento. Evidências recentes sugerem que as doenças não transmissíveis e fatores de risco relacionados com o estilo de vida, a inatividade física, obesidade, dietas desequilibradas, uso do tabaco, uso prejudicial do álcool, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, têm impacto no potencial desenvolvimento de demência. Também o isolamento social, baixo nível de escolaridade, inatividade cognitiva e depressão, são considerados fatores de risco mais específicos mas que são potencialmente modificáveis (Veríssimo, 2014).

A OMS por reconhecer a demência como uma prioridade de saúde pública lançou em 2017 o Plano de Ação Global para as Demências 2017-2025 como resposta de saúde pública a esta problemática. Este plano tem como objetivo, consciencializar os países sobre a demência, estabelecendo iniciativas com impacto favorável na redução do risco, no seu diagnóstico, tratamento, cuidado e apoio (WHO, 2017).

Veríssimo (2014) refere que a obtenção da história clínica é fulcral na definição do diagnóstico e deve elencar uma série de elementos fundamentais como características demográficas, antecedentes pessoais de doenças neurológicas ou psiquiátricas, história familiar de demência, intervenções farmacológicas, entre outros. A descrição e a caracterização dos sintomas do doente devem basear-se em três categorias sintomáticas: sintomas da esfera cognitiva, prejuízo funcional e alterações psicológicas/ psiquiátricas. Na esfera cognitiva incluem-se sintomas como o esquecimento, afasia, agrafia, alexia, problemas na realização de cálculos, dificuldade em reconhecer pessoas, desorientação

temporal e espacial, problemas de atenção e concentração e dificuldades de planeamento e organização. No domínio funcional incluem-se dificuldades na execução de atividades mais complexas como trabalhar/manter um emprego, cozinhar, tratar das finanças, tarefas domésticas, conduzir, ir às compras, até às tarefas mais básicas do dia-a-dia como vestir-se, tomar banho/ tratar da higiene pessoal, arranjar-se, mobilidade, alimentação, continência de esfíncteres. A descrição do dia-a-dia típico do doente contribui, inequivocamente, para uma visão mais objetiva das suas capacidades funcionais. A demência caracteriza-se também por uma série de sintomas psiquiátricos, tais como a depressão, ansiedade, irritabilidade, anedonia, apatia ou variação diurna do humor, entre outros e até sintomas que revelam já alguma alteração do conteúdo do pensamento, como a desconfiança, delírio, ilusões ou alucinações.

Ainda segundo o autor supracitado para o diagnóstico diferencial da síndrome demencial é importante excluir as formas de demência reversíveis, ou seja, etiologias que se manifestam por deterioração cognitiva, mas que, uma vez tratadas, permitem o restabelecimento das funções cognitivas. Além disso, as demências degenerativas ou primárias são responsáveis por cerca de 80% dos casos e causam deterioração cognitiva progressiva, irreversível, não existindo atualmente qualquer tratamento preventivo ou curativo. As formas reversíveis deverão ser responsáveis por menos de 10% de todos os casos, embora a sua identificação seja obrigatória, dada a possibilidade de reverter o declínio cognitivo (Veríssimo, 2014).

De acordo com a informação patente na página eletrónica da Associação *Alzheimer* Portugal, no nosso país não existe até à data um estudo epidemiológico que retrate a real situação do problema. No entanto, segundo os dados da *Alzheimer Europe* existem 193 mil e 500 pessoas com demência em Portugal (*Alzheimer Europe*, 2019).

O relatório "*Health at a Glance 2017*" da OCDE coloca Portugal como o 4º país com mais casos por cada mil habitantes no que diz respeito à prevalência da demência. A média da OCDE é de 14,8 casos por cada mil habitantes, sendo que para Portugal a estimativa é de 19,9. O mesmo documento enuncia, ainda, que a estimativa do número de casos com demência para Portugal ascende a mais de 205 mil pessoas, número que subirá para os 322 mil casos até 2037.

Como anteriormente mencionado, a doença de *Alzheimer* é a forma mais comum de demência. Esta doença caracteriza-se por ser progressiva, degenerativa e afetar o cérebro. À medida que as células cerebrais vão sofrendo uma redução de tamanho e número, formam-se tranças neurofibrilares no seu interior e placas senis no espaço exterior. Esta situação impossibilita a comunicação cerebral e danifica as conexões existentes entre as suas células, que acabam por morrer, e isto traduz-se numa incapacidade de recordar ou

assimilar a informação. Deste modo, conforme a doença de *Alzheimer* vai afetando as várias áreas cerebrais, vão-se perdendo certas funções ou capacidades (Veríssimo, 2014).

Apesar da doença de *Alzheimer* ser das demências que mais se evidencia pela sua elevada prevalência, existem outras demências tais como: demência vascular, demência de corpos de *Lewy*, demência frontotemporal, doença de *Huntington*, síndrome de *Korsakoff* e a própria doença de *Parkinson* que tem associada, em estadios mais avançados, uma componente demencial (Veríssimo, 2014).

4.2.3. Cuidador familiar

O cuidador é *“aquele que desempenha a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva, podendo ser um parente, que assume esse papel a partir das relações familiares ou até um profissional, especialmente treinado para tal fim”* (Wanderley, 1998 citado por Ferreira, Alexandre & Lemos, 2011, p.400)

Frequentemente, a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada de cuidador principal. De acordo com Vigia (2012), cuidar de quem cuida deve ser uma preocupação na sociedade atual, sendo esta cada vez mais envelhecida, com tendência ao aumento de doenças crônicas, como a demência e onde a assistência aos idosos aumenta significativamente. Cuidar de um familiar no domicílio com dependência acarreta inúmeras mudanças no âmbito físico, psicológico e social do cuidador (Amendola et al., 2011). Importa, ainda, salientar que *“um dos aspetos mais afetados é a rede e apoio social devido à falta de oportunidades de atividades de lazer, impossibilidade de trabalho extradomiciliar e mudanças nas rotinas familiares”* (Amendola et al., 2011, p.885).

Os mesmos autores referem que as tarefas que recaem sobre o cuidador principal, muitas vezes sem a orientação adequada, o défice de suporte das instituições de saúde, a alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm impacto na perceção da qualidade de vida do cuidador, esperando que esta seja negativamente afetada.

Geralmente, a prestação de cuidados é consignada numa pessoa que já apresenta outras tarefas, sendo necessário conciliá-las. Ao acumular tarefas, o cuidador pode experimentar uma sobrecarga de atividades quotidianas que implicam maior risco de morbilidade psiquiátrica e física. Neste contexto, ocorre um redimensionamento da vida desse cuidador devido às implicações causadas pela doença do seu familiar e que conduzem a uma significativa interferência na sua qualidade de vida (Pereira & Soares, 2015). Assim, conhecer a qualidade de vida dos cuidadores e os fatores que a influenciam é imprescindível para planear ações em saúde que contemplem soluções para minimizar os

efeitos prejudiciais da sobrecarga de cuidado vivenciada pelos cuidadores familiares (Pinto *et al.*, 2009).

Posto isto, surge a necessidade de direcionar, também, o foco de atenção para o cuidador, uma vez que a prestação destes cuidados contínuos acaba por ter repercussões na qualidade de vida do mesmo.

4.2.4. Modelo de Calgary de Intervenção na Família

A colheita de dados faz parte da primeira etapa do processo de enfermagem e, como tal, é fundamental para que seja conhecida a história familiar de uma forma mais aprofundada.

A avaliação da família através da utilização do MCIF é uma ferramenta facilitadora e imprescindível a utilizar no contexto de saúde familiar, pois partindo da sua aplicação é possível a construção de uma perspetiva sobre o passado familiar e dos potenciais problemas no futuro, oferecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família, permitindo identificar a estrutura interna e externa da mesma, de modo a compreender a sua composição e os seus vínculos. Assim, o MCIF torna-se um modelo flexível, baseado nos pontos fortes, colaborativo e não hierárquico, que reconhece a experiência dos membros da família que enfrentam doenças (Wright & Leahey, 2012).

Este modelo é composto por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada categoria contém várias subcategorias. A avaliação estrutural da família reporta-se aos aspetos estruturais da família, integrando três subcategorias - interna, externa e contexto - que ao serem avaliadas vão dar-nos informações mais amplas e abrangentes. Esta dimensão avaliativa visa identificar a composição da família, os vínculos existentes entre os diversos subsistemas, com a família alargada e com os sistemas mais amplos (Wright & Leahey, 2012). Assim, na categoria estrutural pretende-se conhecer quem faz parte da família, quais os vínculos afetivos entre os seus membros e qual o contexto onde a mesma se insere.

A avaliação do desenvolvimento familiar possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família numa abordagem processual e contextual, constituindo um importante foco de atenção, uma vez que podem ser detetados fatores de *stress* na família desencadeados pelas mudanças ocorridas ao longo do ciclo vital. A compreensão desta trajetória permite a concretização de cuidados antecipatórios com o objetivo de promover a capacitação da família, através do desenvolvimento das principais tarefas para cada etapa e prepará-la para futuras transições (Figueiredo, 2012).

Deve ser feita uma avaliação dos estádios e tarefas delineadoras dos elementos da família, bem como uma avaliação dos vínculos afetivos que estes elementos estabelecem entre si. A

avaliação de desenvolvimento do MCIF encontra-se dividida em três subcategorias: etapas, tarefas e vínculos. Quanto à avaliação funcional de uma família, esta pormenoriza a dinâmica entre os indivíduos e o resultado como numa realização, mais ou menos eficaz, das atividades de vida diária. Existem dois aspetos básicos do funcionamento familiar: o instrumental e o expressivo (Wright & Leahey, 2012).

Este modelo tem uma grande aplicabilidade na enfermagem de saúde familiar, uma vez que esta é a área específica da enfermagem que se desenvolve a partir das teorias da terapia familiar, teorias das ciências sociais da família e de modelos de enfermagem. A interação dos elementos da família, numa perspetiva sistémica dos cuidados tem como finalidade major a de promoção da autonomia do sistema familiar, sendo esta intervenção o ponto basilar da capacitação da família ao nível de competências e independência (Figueiredo & Martins, 2010).

4.3. METODOLOGIA

No que diz respeito à tipologia da presente RSL, esta enquadra-se nas revisões de associação (etiologia). De acordo com Apóstolo (2017), este tipo de RSL consiste em determinar se, e, até que ponto existe uma relação entre duas ou mais variáveis. Tanto o título como a questão de investigação segue uma mnemónica **PEO** (**P**opulação, a **E**xposição de interesse e o resultado/**O**utcome), bem como, a identificação da associação entre as variáveis ou fatores específicos, estados de saúde ou condições.

Neste capítulo será explicitada a Metodologia desta revisão que teve como referência a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões. Esta é uma organização global que promove e apoia decisões baseadas em evidências que melhoram a saúde e a prestação de serviços de saúde (Aromataris & Munn, 2020).

4.3.1. Questão de investigação e Objetivo

A questão de investigação é o elemento basilar do início de uma investigação e corresponde a um enunciado interrogativo preciso, escrito no presente, que inclui, geralmente, uma ou duas variáveis e a população que se pretende estudar (Fortin, 1999). Esta deverá ser clara, relevante e objetiva, uma vez que irá orientar todo o processo de revisão, nomeadamente na definição de critérios de inclusão, na estratégia de pesquisa, na seleção dos estudos e na síntese da informação pertinente que lhe dê resposta (Apóstolo, 2017).

Através da estratégia PEO, foi formulada a seguinte questão de investigação: “*Quais são os fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores familiares da pessoa com demência?*”.

Deste modo, a presente RSL tem como objetivo geral: identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores familiares da pessoa com demência.

4.3.2. Critérios de inclusão e exclusão

É essencial que os critérios de inclusão e exclusão utilizados no processo de seleção dos estudos sejam definidos de forma clara (Donato & Donato, 2019). Estes deverão ser consistentes, fundamentados em argumentos científicos e a sua aplicação bem justificada (Aromataris & Munn, 2020).

Para a realização desta revisão foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão patentes na tabela 8.

Tabela 8 – Síntese dos critérios de inclusão e exclusão da revisão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Temática da qualidade de vida	Artigos sem acesso livre ao texto completo
Amostra dos estudos com cuidadores familiares de pessoas com demência	Artigos sem relação com a temática em estudo
Estudos publicados entre janeiro de 2016 e janeiro de 2021	Artigos repetidos e anteriores a 2016
Estudos escritos em Português, Inglês ou Espanhol	Revisões Sistemáticas da Literatura

4.3.3. Estratégia de pesquisa

Uma RSL exige uma pesquisa minuciosa, objetiva e reproduzível num conjunto de recursos que permitam identificar todos os estudos relevantes, publicados ou não, sobre um determinado tema (Aromataris & Munn, 2020). Segundo Donato e Donato (2019) as bases de dados bibliográficas costumam ser a primeira opção, pois incluem um elevado número de revistas científicas e podem ser facilmente consultadas.

A pesquisa para a presente revisão foi realizada através da plataforma da Biblioteca do Conhecimento Online (B-On) e foram considerados apenas artigos dos últimos cinco anos (publicados entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021), disponíveis em texto integral e redigidos em inglês, português ou espanhol. De salientar, que o acesso a esta plataforma foi efetuado através do portal da Biblioteca José Saramago com Rede Privada Virtual (*Virtual Private Network*) do IPL com acesso reservado.

A pesquisa bibliográfica gera um grande número de referências potencialmente elegíveis que necessitam de ser avaliadas para inclusão de acordo com critérios predefinidos. Destas referências, apenas uma diminuta proporção será incluída na revisão. Este processo de seleção dos estudos deve ser explícito e conduzido de forma a minimizar o risco de erros e enviesamentos (Donato & Donato, 2019).

Para a identificação de estudos relevantes em concordância com os critérios definidos, a pesquisa decorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2021, recorrendo às seguintes plataformas eletrónicas de bases de dados: *LILACS*, *EBSCO Host* e *Pubmed*.

De referir que a utilização dos operadores booleanos (delimitadores) *AND*, *OR* e *NOT* permitem realizar combinações entre os termos usados na pesquisa, sendo *AND* uma combinação restritiva, *OR* uma combinação aditiva e *NOT* uma combinação de exclusão. Assim, os operadores booleanos permitem juntar termos de forma a alargar a pesquisa ou a excluir termos dos resultados (Donato & Donato, 2019).

No que concerne aos termos de pesquisa utilizados na presente pesquisa, na tabela 9, são apresentadas as palavras-chave, os descritores segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), motor booleano e os limitadores/critérios de inclusão utilizados em cada base de dados.

Tabela 9 – Palavras-chave, descritores, operadores booleanos e limitadores por bases de dados

Base de dados	Palavras – chave	Descritores	Motor Booleano	Limitadores/ critérios de inclusão
<i>EBSCO Host</i>	Family caregivers Dementia Quality of life	Family caregivers Dementia Quality of life (MeSH)	AND	Últimos 5 anos (janeiro de 2016 a janeiro de 2021) Palavras-chave em Título ou Resumo
<i>LILACS</i>	Family caregivers Dementia Quality of life	Cuidadores familiares Demência Qualidade de vida (DeCS)	AND	Últimos 5 anos (janeiro de 2016 a janeiro de 2021) Palavras-chave em Título ou Resumo Filtros: cuidadores, demência e qualidade de vida
<i>Pubmed</i>	Family caregivers Dementia Quality of life	Family caregivers Dementia Quality of life (MeSH)	AND	Últimos 5 anos (janeiro de 2016 a janeiro de 2021) Palavras-chave em Título ou Resumo

4.4. RESULTADOS

O processo de colheita de dados e análise dos estudos identificados nas bases de dados eletrónicas foi garantido por um investigador e um revisor, cumprindo-se as fases de análise: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos. Para a seleção dos artigos foram percorridas as seguintes etapas: leitura do título; leitura do resumo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão; leitura integral dos artigos. No Anexo II encontram-se os resultados da pesquisa (*print screen* da lista dos artigos).

É conveniente que todas as decisões fiquem registadas, para garantir a consistência e replicabilidade do processo de seleção dos artigos. Para tal, a elaboração de um fluxograma torna-se fulcral para documentar o número exato de estudos/artigos remanescentes em cada etapa do processo de seleção dos mesmos. Assim, o fluxograma PRISMA evidencia toda a informação nas diferentes etapas da revisão, com o mapeamento do número de registos identificados, excluídos, selecionados para elegibilidade e incluídos na RSL.

Na figura 4, encontra-se a representação do esquema *PRISMA Diagram flow*.

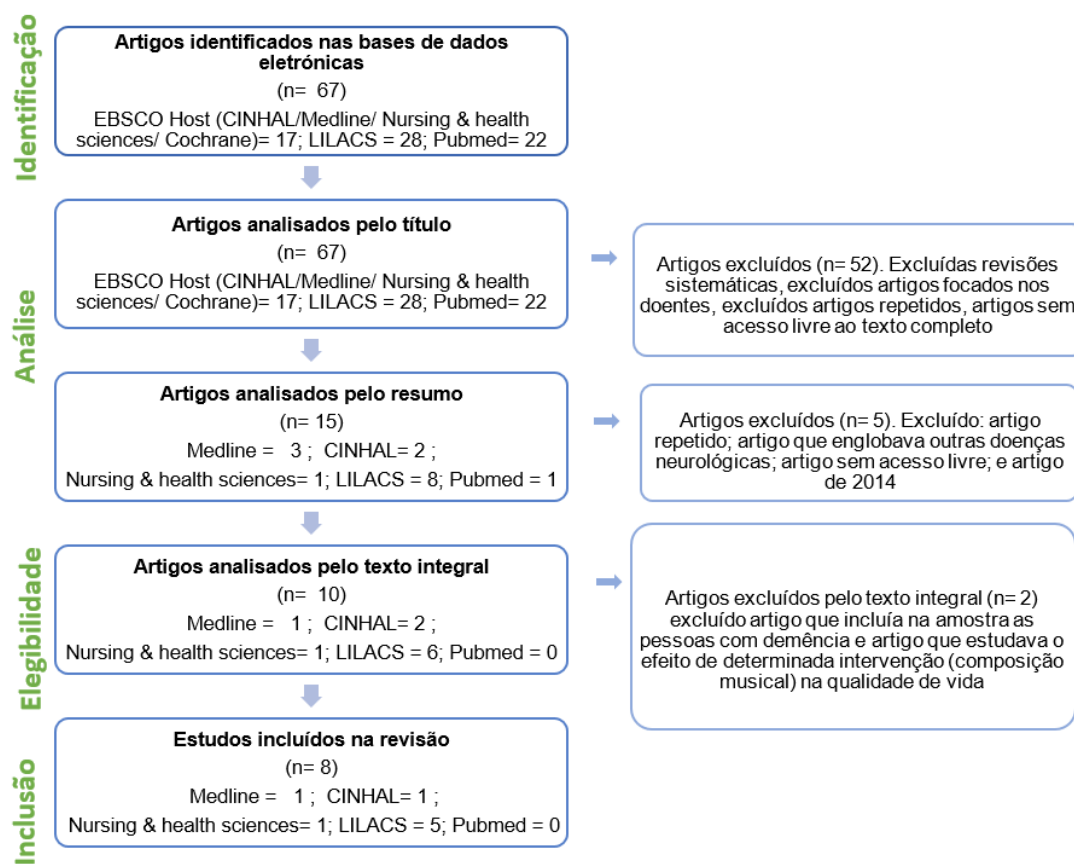


Figura 4 – *PRISMA Diagram Flow* com processo de seleção de artigos do estudo

Os oito artigos incluídos na revisão foram alvo de análise da qual resultou o quadro síntese patente na tabela 10.

Tabela 10 – Quadro síntese dos artigos revistos

Artigo	Título/Autor	Objetivos	Tipo de estudo	População	Instrumentos	Resultados
1	Qualidade de vida e os fatores associados entre cuidadores familiares de idosos com demência na Tailândia (Pothiban, Srirat & Pankong, 2020)	Descrever o nível de qualidade de vida entre os cuidadores familiares de idosos com demência e explorar os fatores associados à previsão de qualidade de vida entre os cuidadores familiares de idosos com demência que vivem nas comunidades da Tailândia	Foram utilizadas na análise de dados estatísticas descritivas e inferenciais	Setenta e seis cuidadores familiares de idosos com demência na Tailândia	<i>Six questionnaires</i> e <i>EuroQoL Five Dimensions Questionnaire</i>	Os resultados encontrados revelaram que a qualidade de vida dos cuidadores familiares dos idosos com demência na Tailândia apresentava alto nível. As experiências de relações próximas e o apoio social estiveram positivamente relacionadas à qualidade de vida do cuidador familiar, enquanto o <i>stress</i> e a sobrecarga foram negativamente relacionados. O apoio social e as experiências de relacionamentos próximos podem ser preditores da qualidade de vida do cuidador familiar. Uma intervenção focada na modificação desses fatores pode efetivamente ajudar a manter a qualidade de vida desses cuidadores familiares.
2	Doença de <i>Alzheimer</i> : a experiência única de cuidadores familiares (Mattos & Kovács, 2020)	Conhecer os aspetos singulares da experiência do cuidar na perspectiva de cuidadoras familiares de idosos com Doença de <i>Alzheimer</i> , a partir de uma abordagem qualitativa	Qualitativo	Nove cuidadoras familiares (quatro esposas e cinco filhas) que cuidam dos seus familiares	Entrevista	Os resultados apontaram as necessidades dos cuidadores, que vão desde o diagnóstico em fases iniciais até a criação de espaço para escuta e acolhimento diante das perdas graduais vivenciadas ao longo do processo de cuidar. Assim, é urgente o investimento em formação de profissionais em todas as áreas envolvidas no cuidar para promover qualidade de vida e bem-estar aos cuidadores, bem como, a necessidade da existência de equipas interdisciplinares para a experiência singular do cuidado em demência. O cuidar em casos de demência tem características que marcam o quotidiano de cuidadores e que podem ser identificadas ao longo do processo de cuidar e no pós-óbito do familiar.
3	Cuidadores familiares de idosos com demência: Relação entre	Avaliar a perceção de qualidade de vida, sobrecarga, resiliência e religiosidade dos	Quantitativo e correlacional	Cinquenta cuidadores familiares foram correlacionados com avaliação de	Escala de qualidade de vida, versão dos cuidadores,	Os resultados confirmam a hipótese de que a presença de mais respostas resilientes e a religiosidade reduzem a carga do cuidador. A sobrecarga do mesmo foi associada a aspetos

	religiosidade, resiliência, qualidade de vida e sobrecarga (Pessotti, Fonseca & Tedrus, 2018)	cuidadores familiares e relacioná-los com aspetos cognitivos e a ocorrência de sintomas neuropsiquiátricos em idosos com demência	incapacidade para demência, inventário neuropsiquiátrico e aspetos clínicos de cinquenta idosos com demência	entrevista de sobrecarga, escala de resiliência, inventário de depressão de Beck e PDUREL	clínicos dos idosos com demência. O cuidador mais resiliente apresenta maior qualidade de vida e religiosidade intrínseca, menos sintomas depressivos e cuida de idosos com graus mais severos de demência. Aspetos cognitivos, sociodemográficos e a patologia psiquiátrica no idoso com demência estão relacionados uma maior sobrecarga do cuidador e a uma menor qualidade de vida. Os dados deste estudo confirmaram uma predominância de cuidadores familiares femininos (cônjuges ou filhas), corroborando os achados da literatura mostrando que o cuidado e a proteção são histórica e culturalmente atribuídos a mulheres.	
4	Qualidade de vida de familiares/ cuidadores de idosos portadores Doença de Alzheimer: contribuições do grupo de apoio (Oliveira, Maziero & Buriol, 2020)	Analisar a qualidade de vida de familiares/ cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer e a influência do grupo Assistência Multidisciplinar aos cuidadores de pessoas com a Doença de Alzheimer neste processo	Estudo qualitativo, exploratório-descritivo	Seis familiares/ cuidadores, participantes do grupo	Os dados foram recolhidos, entre os meses de abril e maio de 2016, através da triangulação das técnicas de grupo focal, utilizando um questionário semiestruturado e pela avaliação do questionário de qualidade de vida (SF-36).	Os dados subjetivos foram submetidos a uma análise de conteúdo, resultando em duas categorias: Grupo AMICA: partilha de saberes e vivências em prol da qualidade de vida; Grupo AMICA: (re)pensar no quotidiano, auxiliar na qualidade de vida. Os dados objetivos apontaram como fatores mais prejudicados: aspetos físicos limitantes, emocionais e vitalidade. Os autores observaram que o grupo Assistência Multidisciplinar aos cuidadores de pessoas com a Doença de Alzheimer tem significativa relevância e influência positiva sobre a qualidade de vida dos familiares/ cuidadores participantes.
5	Impacto da Doença de Alzheimer: anosognosia relacionada na qualidade de vida dos cuidadores (Pereira, Souza & Pontes, 2018)	Avaliar o impacto da anosognosia relacionada à Doença de Alzheimer sobre Qualidade de Vida de cuidadores	Quantitativo Correlacional	Foram avaliados 50 pares paciente-cuidador	Exame Cognitivo de Addenbrooke, Questionário de Demência Ampliado e Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.	A Doença de Alzheimer apresenta como um dos sintomas a anosognosia. Esta corresponde à perda de consciência e negação sobre a própria doença e está relacionada com o desempenho cognitivo e comportamental, tendo um impacto significativo sobre a qualidade de vida dos cuidadores. O estudo concluiu que os cuidadores de doentes com sinais de anosognosia apresentavam menores scores de qualidade de vida, sendo que estes doentes apresentam pior desempenho cognitivo. Os scores de anosognosia e qualidade de vida apresentaram uma correlação negativa, enquanto a qualidade de vida e o quadro cognitivo apresentou uma correlação positiva.

						Controlando o funcionamento cognitivo, observaram que a anosognosia apresenta maior impacto na qualidade em indivíduos com quadro cognitivo mais grave.
6	Qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência: estudo transversal (Queiroz, 2017)	Analisar a associação entre o perfil sociodemográfico, o perfil de saúde e a qualidade de vida dos cuidadores de idosos diagnosticados com demência; descrever as características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores de idosos diagnosticados com demência; descrever a qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência segundo as médias das facetas dos domínios do <i>World Health Organization Quality of Life</i> e discutir as associações entre as variáveis independentes e a qualidade de vida de cuidadores de idosos diagnosticados com demência	Quantitativo do tipo transversal, correlacional descritivo	Trinta e cinco cuidadores de idosos diagnosticados com demência atendidos no Centro de Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores da Universidade Federal Fluminense	Ficha de caracterização sociodemográfica e de saúde do cuidador e a escala <i>WHOQOL-bref</i>	Foi constatada uma associação moderada entre a idade e a qualidade de vida, assim como com o tempo total de cuidado e qualidade de vida. A atividade profissional dos cuidadores demonstrou uma discreta tendência influenciadora na qualidade de vida. Os resultados do <i>WHOQOL-bref</i> que tiveram melhores médias foram os domínios das relações sociais e o domínio físico. Os que apresentaram menores médias foram o domínio psicológico e do meio ambiente. Diante dos resultados, evidenciou-se que o cuidado ao idoso com demência gera repercussão na qualidade de vida dos cuidadores.
7	Qualidade de vida familiar: perspectivas dos cuidadores familiares de pessoas com demência (Samuel & DiZazzo-Miller,	Descrever a qualidade de vida familiar de pessoas com demência e identificar fatores que influenciam a sua qualidade de vida familiar, conforme percebido pelos cuidadores familiares	Descritivo e correlacional	Uma amostra de conveniência de 31 cuidadores familiares de pessoas com demência	Entrevista estruturada <i>Family Quality of Life Survey</i> (versão modificada)	Os resultados identificaram lacunas na literatura sobre a avaliação familiar que são relevantes para terapeutas e investigadores que se esforçam para melhorar a qualidade do suporte para pessoas com demência e seus familiares. A avaliação da qualidade de vida da família leva a uma melhor compreensão dos contextos familiares e sociais de pessoas que vivem com demência e, portanto, tem potencial para aumentar a relevância e

2019)						
8	Exigências de trabalho e os efeitos na qualidade de vida de cuidadores familiares empregados de idosos com demência: Estudo Transversal	Examinar até que ponto as características do trabalho influenciaram a qualidade de vida de cuidadores familiares empregados de idosos com demência em Taiwan	Estudo transversal	Os participantes foram 214 cuidadores familiares empregados de idosos com demência em Taiwan	Questionários preenchidos entre dezembro 2010 e dezembro de 2011	o significado dos resultados da reabilitação para pessoas com demência e dos seus familiares. O estudo concluiu que encorajar as famílias para aumentar a participação no lazer pode melhorar a sua saúde e a qualidade de vida familiar. Os autores concluíram que os cuidadores familiares de idosos com demência que tinham mais horas de trabalho e menos eficiência de trabalho tiveram uma maior probabilidade de ter uma qualidade de vida menor do que outros cuidadores familiares empregados.
	(Wang, Hsu, & Shyu, 2020)					

4.5. DISCUSSÃO

Tendo por base os artigos analisados e através da análise do artigo realizado em 2020 por Pothiban *et al.*, concluiu-se que existem altos níveis de qualidade de vida entre os cuidadores familiares tailandeses de idosos com demência, o que revela que o apoio social percebido e as experiências de relacionamentos próximos podem ser preditores da qualidade de vida do cuidador familiar. Assim é possível afirmar que as intervenções com foco na otimização desses fatores pode, efetivamente, ajudar a manter e/ou melhorar a qualidade de vida dos cuidadores familiares.

Através da análise do artigo de Mattos e Kovács (2020) constatou-se que o ambiente corresponde a um fator fulcral na criação de espaço que proporcione momentos de escuta ativa e acolhimento perante a perda gradual da qualidade de vida dos cuidadores familiares vivenciadas ao longo do processo de cuidar, considerando urgente o investimento na formação dos profissionais de saúde para que sejam adotadas as estratégias adequadas com foco na promoção da vida e bem-estar dos cuidadores familiares dos utentes com demência. Ainda segundo o mesmo artigo, cuidar do familiar com demência, tem um grande impacto no quotidiano dos cuidadores, sendo por isso importante identificar esse mesmo impacto ao longo do processo de cuidar, e até mesmo no pós-óbito do familiar. Esta pesquisa acompanhou o cuidar da pessoa com demência na fase inicial, moderada, avançada e no pós-óbito, a partir de uma questão central: “Como é para você a experiência de acompanhar seu familiar com a doença de Alzheimer?”. Da mesma emergiram treze unidades temáticas que foram associadas às fases da doença: a fase inicial é marcada por questões relacionadas à dificuldade de acesso ao diagnóstico e ao estigma da doença; a fase moderada é caracterizada por uma maior duração e pode suscitar nos cuidadores questões que favorecem a resignificação de si, da relação com o familiar e da própria experiência de cuidar; a fase final da doença e após a morte sugeriram que os cuidadores familiares experimentaram um processo solitário e doloroso com sofrimento psicológico.

O artigo de Pessotti, Fonseca e Tedrus (2018) confirmou a hipótese de que a presença de mais respostas resilientes e a religiosidade reduzem a sobrecarga do cuidador familiar, melhorando a sua qualidade de vida. Houve também uma associação entre a religiosidade, a resiliência e a qualidade de vida do cuidador com aspetos clínicos, cognitivos e comportamentais do idoso com demência. Existem dados no supracitado artigo que sugerem que uma melhor percepção de qualidade de vida do cuidador familiar está associada a uma menor ocorrência de sintomas depressivos e a respostas mais resilientes. A presença de patologia psiquiátrica e sintomas comportamentais em idosos com demência

está associada a uma sobrecarga percebida no cuidador familiar, podendo levar ao agravamento da patologia dos idosos. Isto é, sabe-se que o cuidador familiar está exposto a fatores de risco que aumentam a probabilidade do desenvolvimento de depressão e/ou ansiedade, e que o aumento de ocorrência de problemas de saúde está associado a um possível “quadro crónico do *stress* do cuidar” (Pessotti *et al.*, 2018, p.413), bem como com à natureza progressiva e degenerativa da demência. Os autores referem, ainda, que os dados obtidos no seu estudo confirmaram uma predominância de cuidadores familiares femininos (cônjuges ou filhas), corroborando os dados encontrados na literatura, mostrando assim, que o cuidado e a proteção são histórica e culturalmente atribuídos a mulheres.

Os autores Oliveira *et al.* (2020) analisaram a qualidade de vida de familiares/cuidadores de pessoas idosas com a doença de *Alzheimer* e a influência do grupo Assistência Multidisciplinar aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de *Alzheimer* neste processo. Este artigo colocou em evidência que a existência desse grupo tem significativa relevância e influência positiva sobre a qualidade de vida dos familiares/cuidadores participantes. A evidência deste artigo vai ao encontro do artigo de Mattos e Kovács (2020) que enunciou a necessidade da existência de equipas interdisciplinares para a experiência singular do cuidado em demência.

Segundo o artigo de Pereira *et al.* (2018) concluiu-se que os cuidadores de doentes com sinais de anosognosia apresentavam menores *scores* de qualidade de vida, sendo que doentes com sinais de anosognosia apresentam pior desempenho cognitivo. Assim, confirma-se que os cuidadores de doentes com anosognosia acarretam uma maior sobrecarga psicológica e emocional o que condiciona a sua qualidade de vida.

Queiroz (2017) realizou um estudo transversal acerca da qualidade de vida dos cuidadores de idosos com demência. Neste estudo a autora constatou uma associação moderada entre a idade e a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com demência, assim como entre o tempo total de cuidado e a qualidade de vida. De salientar que uma particularidade deste estudo foi poder inferir que o cuidado ao idoso com demência gera repercussão na qualidade de vida dos cuidadores pelo que, a identificação de condições que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com demência pode permitir o estabelecimento de estratégias que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde e do bem-estar de quem cuida.

Em 2019, Samuel e DiZazzo-Miller realizaram um estudo no âmbito da qualidade de vida familiar, na perspetiva dos cuidadores familiares de pessoas com demência. A partir deste estudo foram identificadas lacunas na literatura, nomeadamente sobre a avaliação familiar, sendo que estas seriam relevantes para terapeutas e investigadores que se debruçam na

melhoria da qualidade do suporte para pessoas com demência e respetivos familiares. Este estudo demonstrou que a avaliação da qualidade de vida da família leva a uma melhor compreensão dos contextos familiares e sociais de pessoas que vivem com demência e, portanto, tem potencial para aumentar a relevância e o significado dos resultados da reabilitação para pessoas com demência e dos seus familiares. Este estudo chegou, ainda, a uma conclusão relevante que se prende com a importância de encorajar as famílias na adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente na participação de atividades de lazer, uma vez que estas se revelaram significativas na melhoria da saúde e qualidade da dinâmica familiar.

O estudo transversal de Wang et al. (2020) debruçou-se sobre a qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com demência que têm paralelamente uma atividade profissional. Constatou-se através da análise do estudo que os cuidadores familiares intervenientes no mesmo e que prestaram cuidados a idosos com demência grave, com níveis de cuidados mais diferenciados, com diminuição de horas de trabalho e conseqüente maior eficiência no trabalho, apresentaram uma significativa melhoria na qualidade de vida. Apurou-se que a qualidade de vida dos cuidadores familiares está dependente das exigências do trabalho. Com este facto, torna-se imperativo que as equipas de saúde atentem não só nos fatores internos a nível familiar mas, também, percebam quais as condições de trabalho que estes cuidadores são submetidos. Com a possibilidade de redução da carga horária, há, inevitavelmente, uma maior eficiência no trabalho e melhor qualidade nos cuidados prestados ao idoso com demência. O estudo concluiu que através da melhoria da política do local de trabalho dos cuidadores familiares (teletrabalho, *part time*, flexibilidade de horários, entre outros) traz maior eficiência a nível laboral e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Confrontando os resultados dos artigos revistos com a pesquisa bibliográfica realizada, é possível afirmar que existe evidência significativa que sustenta que a qualidade de vida dos cuidadores familiares de pessoas com demência é influenciada por fatores intrínsecos aos cuidadores (a idade, escolaridade, espiritualidade/religião, desenvolvimento de uma atividade profissional paralela ao papel de cuidador), bem como por fatores extrínsecos (rede de suporte social, a existência, ou não, de grupos de assistência multidisciplinar, o grau dos défices cognitivos e funcionais da pessoa com demência).

Na revisão efetuada vários estudos remetem para a doença de *Alzheimer*, o que está em consonância com o que a pesquisa bibliográfica revelou, sendo que a mesma assume uma maior parcela de entre as outras demências identificadas, daí ser um foco de particular interesse.

Para além dos oito artigos analisados é pertinente incluir a análise de dois importantes artigos que foram excluídos por não cumprirem um dos critérios de inclusão (data anterior ao ano de 2016), uma vez que os mesmos fornecem dados relevantes para a temática em estudo.

Assim, segundo Almeida, Leite e Hildebrandt (2009), o cuidador pode apresentar elevados níveis de ansiedade, quer pelo sentimento de sobrecarga nos cuidados ao seu familiar, quer pela constatação de que a sua estrutura familiar é afetada pela modificação dos papéis dentro da sua dinâmica. Segundo os autores, o cuidador familiar é testado no seu dia-a-dia, nomeadamente na sua capacidade de adaptação à sua nova realidade, que requer, além de responsabilidade, dedicação, paciência e até mesmo, abnegação, pois assume um compromisso que transcende uma relação de troca. Nesta relação o cuidador “aceita” o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo em que é invadido pela sua carga emocional, podendo gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, colocando à prova os seus próprios limites psicológicos.

De acordo com Roque, Ortiz e Araújo (2009), a comunicação é fundamental nas relações humanas durante as atividades de vida diárias. Na presença de demência, é expectável que os défices de linguagem, bem como outras alterações cognitivas conduzam a alterações ao nível da comunicação, realçando a sua importância. Com a evolução natural do processo de doença da demência, também o nível de dependência do utente aumenta, tornando-se cada vez mais importante a comunicação na relação com o cuidador, nomeadamente na expressão das suas necessidades e desejos. Contudo, com os obstáculos que vão surgindo na comunicação, emergem dificuldades ao nível da expressão e compreensão, resultando, frequentemente, em conflitos no relacionamento, isolamento social, depressão, *stress* e um aumento do risco de institucionalização do utente. Assim, é possível concluir que a comunicação e a adoção de estratégias para a sua otimização são imprescindíveis para a manutenção da relação familiar.

A presente revisão evidencia a importância do acompanhamento dos cuidadores familiares de pessoas com demência por equipas profissionais multidisciplinares de suporte. Assim, transpondo à nossa realidade, é crucial, uma vez mais, salientar a intervenção especializada do enfermeiro de família e a pertinência da aplicação do Modelo de *Calgary* de Avaliação da Família no conhecimento, avaliação e diagnóstico das mesmas, de forma individualizada, adaptando o plano de cuidados de enfermagem às necessidades específicas de cada família, direcionado as intervenções adequadas numa política de parceria de cuidados.

4.6. CONCLUSÃO

Através da explanação dos artigos anteriormente identificados constata-se que há lacunas a nível da literatura sobre a avaliação familiar, nomeadamente no que concerne à qualidade de vida dos cuidadores familiares. Assim, a partir do conhecimento destas lacunas seria expectável que se incrementassem estratégias para melhorar a prática de enfermagem. Estes estudos podem ser utilizados para nortear os processos de implementação de cuidados centrados na família, uma vez que o enfermeiro de família pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com demência, trabalhando em colaboração com os mesmos com o intuito de obter ganhos em saúde.

Tendo por base o objetivo proposto de “identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores familiares da pessoa com demência”, foi possível a revisão de oito artigos científicos que suportam alguns aspetos relevantes. Compreende-se a eficácia de uma rede de suporte estruturada através de uma equipa multidisciplinar, com o objetivo da melhoria da qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com demência, bem como a importância da avaliação da duração do tempo de cuidado e da sobrecarga do cuidador, com especial destaque para os cuidadores que desempenham uma atividade profissional, acarretando uma maior carga horária de trabalho, com menor eficiência no mesmo e, concomitantemente, uma diminuição da sua qualidade de vida.

Importa realçar que a investigação sobre a temática em estudo é vasta. No entanto, quando aplicada ao caso específico da qualidade de vida do cuidador familiar da pessoa com demência, os estudos existentes são escassos.

Como limitação à presente revisão sistemática da literatura identifica-se o facto do espaço temporal ter sido reduzido a apenas a cinco anos, uma vez que como mencionado anteriormente houve dois estudos que trouxeram contributos importantes para sustentar as conclusões obtidas.

Relativamente às fragilidades/limitações dos estudos incluídos na revisão, assinala-se o facto dos estudos encontrados não estarem diretamente relacionados com a enfermagem e serem, na sua maioria, referentes a amostras de outros países que não Portugal. Além disso, inicialmente definiu-se como população-alvo os cuidadores familiares das pessoas com demência, obtendo assim uma amostra mais abrangente. No entanto, durante a revisão constatou-se que os diversos estudos analisados abordam, de uma geral, os cuidadores familiares de pessoas idosas com demência, nomeadamente com a doença de *Alzheimer*.

4.7. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

A qualidade de vida dos cuidadores familiares de pessoas com demência foi percebida como alvo de interesse para os profissionais de enfermagem, principalmente para os enfermeiros de família que contactam com estes cuidadores no contexto dos cuidados de saúde primários. Mediante a compreensão de que a qualidade de vida destes cuidadores influencia diretamente os cuidados à pessoa com demência, fica claro que podem e é imprescindível a integração do cuidador no plano de cuidados de enfermagem.

Importa realçar que nos estudos abordados nesta revisão, há especial destaque para grupos de apoio, para a religião/espiritualidade e para as atividades de lazer como possíveis estratégias/medidas protetoras a adotar, com o objetivo de contribuir para uma maior qualidade de vida dos cuidadores familiares da pessoa com demência. A intervenção do enfermeiro especialista deve, por isso, equacionar a relevância que estas medidas protetoras supramencionadas, poderão ter na dinâmica individual de cada família, integrando, ou não, no seu plano individual de cuidados.

Assim, intervenções como o incentivo e orientação para a frequência, por parte do cuidador, em grupos de apoio e na adoção de atividades de lazer, têm um impacto positivo na qualidade de vida destes cuidadores familiares e, conseqüentemente beneficiam aqueles que por si são cuidados.

CONCLUSÃO

No final da elaboração deste relatório, é importante enaltecer o ganho que o mesmo trouxe para o meu desenvolvimento enquanto profissional de enfermagem e estudante de enfermagem especializada na área de Saúde Familiar, uma vez que se impôs como um elemento indutor de reflexão do conhecimento adquirido em contexto teórico.

A realização dos diversos ensinamentos clínicos e a elaboração dos respetivos relatórios proporcionaram a mobilização de um conjunto de conhecimentos e permitiram o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com os consequentes resultados finais que, na prática, pretendem melhorar a saúde das famílias.

Reconhecendo a família como unidade de cuidados e o seu permanente movimento de adaptação ao longo do ciclo vital, foi possível compreender ao longo dos semestres de ensino teórico, e perceber, experienciando de perto ao longo da prática clínica, que o equilíbrio dinâmico da saúde familiar deve ser salvaguardado e protegido pela enfermagem, particularmente pela enfermagem de saúde familiar. A intervenção do enfermeiro de família, de forma eficaz, na promoção da saúde, na recuperação do bem-estar da família e na monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em múltiplas situações, mas particularmente nas complexas, promove mudanças no funcionamento familiar, dando suporte na gestão de alterações da situação de saúde, *stress*, deficiência e morte.

A abordagem da espiritualidade em situações de grande sofrimento, perdas e morte, apresenta colossal importância no processo de adaptação da família ao momento de crise, pelo que deve ser aprofundada pelo enfermeiro de saúde familiar. A utilização do Cuidar Baseado nas Forças torna-se útil no contexto de saúde familiar, uma vez que reforça os pontos fortes da família, ajudando-a a lidar com as suas preocupações e a encontrar soluções para os seus problemas.

O Estágio III permitiu consolidar uma diversidade de conhecimentos e competências a aplicar em situações futuras numa perspetiva da compreensão da importância do enfermeiro de família. O enfermeiro especialista, integrado numa equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados especializados de enfermagem à família, ao longo do ciclo vital e em todos os contextos da comunidade, atuando como recurso. Revela-se ainda como um elemento chave na sociedade, atuando na promoção da saúde, criando um ambiente e ferramentas necessárias para que o utente e a família

possam deter o poder para assumir o comando da sua vida e dos seus cuidados de saúde, sendo parte integrante destes.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve maximizar o bem-estar da família, promovendo a capacitação da mesma para suplementar/complementar as atividades de vida relativamente às quais um dos seus membros é dependente. Ao longo do ensino clínico realizaram-se intervenções de enfermagem, nomeadamente sessões de educação para a saúde, que contribuíram para a capacitação da família e do seu bem-estar, face aos problemas identificados e diagnósticos formulados nas áreas de atenção da dimensão estrutural e de desenvolvimento.

A proximidade entre os enfermeiros de família e as famílias permite que os profissionais detenham uma posição e oportunidade privilegiadas no acompanhamento dos utentes na iminência de processos de transição, facilitando o modo de aprendizagem de novas habilidades e competências em situações de saúde-doença, no caso das transições não normativas. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), foram mobilizados ao longo do estágio, permitindo assim que os processos de cuidados das famílias alvo da intervenção de enfermagem tenham sido desenvolvidos tendo como referencial o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar desenvolvido por Figueiredo (2009).

O MDAIF preconiza uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família, como utente e unidade de intervenção, desenvolvendo os cuidados de forma sistémica, impulsionando a maximização das suas forças, recursos e competências, bem como a sua capacidade decisória na gestão do seu funcionamento, segundo a pedra angular do estilo colaborativo. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, focando-se nas respostas da mesma aos seus problemas. Assim, torna-se impreterível a compreensão da estrutura, dos processos e do estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional das mesmas face aos seus processos de transição.

O enfermeiro especialista na área de saúde familiar deve estabelecer uma relação terapêutica através da comunicação com a família, identificando e avaliando os problemas e as necessidades das mesmas. Este processo deve ser colaborativo com o intuito máximo de auxiliar as famílias na resolução das crises de forma a capacitar as mesmas a realizar mudanças e/ou transições a nível afetivo, cognitivo e/ou comportamental do funcionamento familiar. Deste modo, é possível que as famílias retornem ao nível de funcionamento a que se encontravam ou que atinjam um nível de funcionamento superior ao anterior à crise.

A maior dificuldade sentida ao longo da elaboração do relatório foi a falta de alguma informação acerca da UCSP Norte na plataforma do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, bem como o facto do plano de ação ainda estar em fase embrionária. A existência do mesmo permitiria realizar uma descrição mais completa e detalhada da unidade. No entanto, como forma de solucionar esta limitação, procurei refletir um pouco sobre a organização e funcionamento da mesma, junto dos profissionais que a integram.

No *términus* deste relatório, e considerando os objetivos delineados para o mesmo, considero que estes foram atingidos na medida em que me permitiu refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados e desenvolvidos pelo enfermeiro de família ao longo do ciclo vital. Numa perspetiva global, os conhecimentos desenvolvidos e as capacidades adquiridas, com a realização do estágio e desenvolvimento do presente relatório, foram fundamentais para a aquisição de competências específicas no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Atendendo aos objetivos propostos inicialmente e analisando o meu período formativo, acredito ter atingido, de uma forma geral, o desafio proposto, encarando a evolução de um modo gradual e favorável, vincada pela dedicação e empenho, cujos contributos adquiridos se farão, certamente, repercutir num futuro próximo.

Finalmente, como sugestão para as próximas turmas de mestrado, sugiro que se mantenha o número de horas efetivas do Ensino Clínico III, de modo a ser possível desenvolver de forma positiva todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Incalculáveis foram as interrogações e dificuldades encontradas nesta jornada de resiliência. Não obstante, elaborei um relatório de uma forma sistemática, clara e objetiva, com a ambição de que a sua leitura permita a transmissão de toda a informação necessária para uma completa avaliação e valorização do trabalho desenvolvido ao longo dos últimos dois anos.

A satisfação do utente e da família serão sempre a compensação de todos os estudos de investigação realizados pelos profissionais de enfermagem, na sua prática do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Pinhal Litoral. (2019a). *Perfil de Saúde 2019*. Administração Regional de Saúde do Centro.
- ACES Pinhal Litoral. (2019b). *Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral 2018-2020*.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alzheimer Europe. (2019). Dementia in Europe yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe. *Alzheimer Europe*, 108. Retrieved from https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
- Amendola, F., Oliveira, M., & M. Alvarenga. (2011). Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4, 884–889. Retrieved from www.ee.usp.br/reeusp/
- André, L., Valadas, R., & Brandão, C. (2020). Viver a demência com personalidade. *CIES E-Working Paper*, 231.
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (JBIM). <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Arroteia, J. C. (2019). A População: Evolução, Estrutura e Atividades. In *Monte Redondo: Terra. Património. História* (pp. 28–69). Azoia: União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira.
- Arroteia, J. C., & Martins, F. (2019). Geografia física e Património Natural. In *Monte Redondo: Terra. Património. História* (pp. 14–27). Azoia: União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira.
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2010). Regulamento Interno do Corpo de Bombeiros da AHB de Leiria. *Ministério Da Administração Interna*, 2–3.
- Ávila-Toscano, J. H., & Vergara-Mercado, M. (2014). Qualidade de vida de cuidadores informais de pessoas com doenças crônicas. *Aquichan*, 14(3), 417–429. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.11>
- Batista, M. O. O., Moraes, L. M. P., & Victor, J. F. (2006). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente o hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 294. <https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.808>
- Braccialli, L. M. P., Bagagi, P. dos S., Sankako, A. N., & Araújo, R. de C. T. (2012). No Quality of life of caregivers of people with special needs. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1), 113–126. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S1413-65382012000100008>
- Caldeira, S., Branco, Z., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 5), 145–152. <https://doi.org/10.12707/riii1133>
- Cardoso, M. R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Universidade do Porto.
- Carless, S., Wearing, L., & Mann, L. (2000). A Short Measure of Transformational Leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3), 389–405.
- Carvalho, R. (2010). Relação Enfermeiro-Família do Idoso Hospitalizado. In *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 84–92). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cerqueira, M. M. (2010). *A pessoa em fim de vida e família: O processo de cuidados face ao sofrimento*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Chiavenato, I. (2003). *Introdução à teoria geral da administração* (7th ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2020, March 31). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 1), 75–82. <https://doi.org/10.12707/RIV19096>
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. H. P. (2015). A dinâmica familiar no processo de luto: Revisão sistemática da literature. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(4), 1119–1134. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>
- DGS. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020. *Ministério Da Saúde*, p. 7.
- Dias, C. M., Freitas, M., & Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral e Familiar*, 23, 439–450. Retrieved from <file:///C:/Users/Sebastião/Downloads/10388-10304-1-PB.pdf>

- Dias, J. (1996). A problemática da relação família/escola e a criança com necessidades educativas especiais. *Instituto Jean Piaget*.
- Digital, F. (2021). Monte Redondo e Carreira. Retrieved November 6, 2021, from União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira website: <https://uf-monteredondoecarreira.pt/>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for undertaking a systematic review. *Acta Medica Portuguesa*, 32(3), 227–235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Fazenda, I. (2005). Família, coesão e diferenciação. *Intregar*. Secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência: Ministério do trabalho e da solidariedade social.
- Ferreira, A., Pereira, A., Ferreira, S., Vieira, E., & Meireles, N. (2012). *Comunicando com a Família: qual a importância do enfermeiro de família? Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 220-224). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, C., Alexandre, T., & Lemos, N. (2011). Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde e sociedade*, 20(2), 398–409.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Universidade do Porto, Porto.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem Familiar*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552–559.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação - Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Giacomozi, C. M., & Lacerda, M. R. (2006, October). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto de Enfermagem*. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/tce/a/pt4fDvTdYb5xB4xCLX48HTf/>
- GNR. (2021). Missão, Visão, Valores. Retrieved January 21, 2022, from GNR website: <https://www.gnr.pt/missao.aspx>
- Gottlier, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidacta.
- Hagedoorn, E., Paans, W., Jaarsma, T., & Keers, J. C. (2018). Translation and Psychometric Evaluation of the Dutch Families Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes Scale Based on the Generalized Partial Credit Model. *Journal of Family Nursing*, 24(4), 538–562.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª Edição). Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). Taxa de analfabetismo (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal. Retrieved December 23, 2021, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006731&contexto=bd&elTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021a). Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual. Retrieved January 21, 2022, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008255&contexto=bd&elTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021b). Índice de dependência de jovens (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual. Retrieved January 11, 2022, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008255&contexto=bd&elTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021c). Índice de dependência total (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual. Retrieved January 12, 2022, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008255&contexto=bd&elTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021d). Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual. Retrieved January 21, 2022, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008255&contexto=bd&elTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021e). Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) e Sexo; Anual. Retrieved December 27, 2021, from

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008235&contexto=bd&elTab=tab2

- Instituto Nacional de Estatística. (2021f). População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Decenal. Retrieved January 12, 2022, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0011166&elTab=tab0
- Instituto Nacional de Estatística. (2021g). Taxa bruta de mortalidade (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual. Retrieved February 7, 2022, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008255&contexto=bd&elTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021h). Taxa bruta de natalidade (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual. Retrieved January 23, 2022, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008255&contexto=bd&elTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021i). Taxa de mortalidade infantil (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual. Retrieved February 7, 2022, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008255&contexto=bd&elTab=tab2
- Leite, S. N., & Vasconcelos, M. da P. C. (2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(1), 113–128. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702006000100007>
- Matos, A. C. (2015). Psicanálise e Família aqui e agora. In *A Família Portuguesa no Século XXI* (pp. 111–119). Lisboa: Parsifal.
- Mattos, E. B. T., & Kovácsb, M. J. (2020). Alzheimer's disease: The unique experience of family caregivers. *Psicologia USP*, 31(1986), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0103-6564E180023>
- Ministério da Saúde. (2006). Glossário para as Unidades de Saúde Familiar. Retrieved January 11, 2021, from http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Glossario_USF.pdf.
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-lei nº 118/2014 de 5 de agosto. *Diário Da República*, 1(149), 4070. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde. (2020). Clínico Trace COVID 19. Retrieved December 8, 2020, from <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/trace-covid-19/>.
- Núncio, M. J. (2018). *Famílias felizes sem segredos*. Porto: Ideias de Ler.
- Nunes, R. (2015). Ética e Família. In *A Família Portuguesa no Século XXI* (pp. 39–50). Lisboa: Parsifal.
- Oliveira, P; Fernandes, H; Vilar, A; Figueiredo, M; Ferreira, M; Martinho, MJ; Barbieri Figueiredo, M; Andrade, L; Carvalho, J. M. M. (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito. *Revista Da Escola De Enfermagem USP*, 45(6), 119. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10216/71914>
- Oliveira, T. I. de, Maziero, B. R., Buriol, D., Rosa, P. H. da, & Ilha, S. (2020). Quality of life of family members/caregivers of elderly people bearing alzheimer's disease: support group contributions. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 827–832. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcco.v12.7568>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. 1–4. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid_eticas_na_investig_academica_em_enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro. *Diário Da República*, 2, 8667–8669. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Regulamento_128_2011.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018. *Diário Da República*, 2ª série(135), 19354–19356. Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para a elaboração do relatório final da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Peplau, H. E. (1952). *Relações Interpessoais em Enfermagem*. Ilustrado.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. D. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação.

Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, 26, 241–250.

- Pereira, E. G., & Costa, M. A. (2007, February). Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 16(3), 408–416. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/tce/a/hbR4hv6JMMDvnh95sF46MfG/?lang=pt>
- Pereira, J. (1998). Economia da saúde: um glossário de termos e conceitos. In *Escola Nacional de Saúde Pública*. Lisboa.
- Pereira, L. S. M., & Soares, S. M. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3839–3851.
- Pereira, R. M. G., de Souza, W. C., Pontes, M. K., & de Paiva Silva, A. I. (2018). Impact of Alzheimer's disease related anosognosia in caregivers' quality of life. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 201–211. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180020>
- Pereira, R. P. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas*. Universidade do Porto, Porto.
- Pessotti, C. F. C., Fonseca, L. C., Tedrus, G. M. de A. S., & Laloni, D. T. (2018). Family caregivers of elderly with dementia: Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. *Dementia e Neuropsychologia*, 12(4), 408–414. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040011>
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1).
- Pinto, M. F., Barbosa, D. A., Ferreti, C. E. D. L., Souza, L. F. D., Fram, D. S., & Belasco, A. G. S. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 652–657.
- Pothiban, L., Srirat, C., Wongpakaran, N., & Pankong, O. (2020). Quality of life and the associated factors among family caregivers of older people with dementia in Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 22(4), 913–920. <https://doi.org/10.1111/nhs.12746>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Edição Lusociência.
- Queiroz, R. S. de. (2017). *Qualidade de Vida de Cuidadores de idosos com demência: estudo transversal*. Universidade Federal Fluminense.
- Relva, I. (2015). Violência na família e violência entre os filhos. In *A Família Portuguesa no Século XXI* (p. 245252). Lisboa: Parsifal.
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicações*. Lisboa: Lusociência.
- Rodrigues, L. M. (2013). *Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Roque, F. P., Ortiz, K. Z., Araújo, M. D. S. C., & Bertolucci, P. H. F. (2009). Eficácia de treinamentos de estratégias comunicativas a cuidadores de demência. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(3), 225–230.
- Samuel, P. S., & DiZazzo-Miller, R. (2019). Family Quality of Life: Perspectives of Family Caregivers of People with Dementia. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 37(2), 94–107. <https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1613467>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª). Lisboa: Lidel.
- Silva, M. A.; Costa, M. A.; Silva, M. M. &. (2013). Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(11).
- SNS. (2021). UCSP Norte (Arnaldo Sampaio). Retrieved January 3, 2021, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101020/Pages/default.aspx>
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família* (1ª). Porto: Ambar.
- UCSP Norte. (2017). *CARTA DE COMPROMISSO - 2017 UCSP Norte (Arnaldo Sampaio)*. ACES Pinhal Litoral.
- Veríssimo, M. T. (2014). *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lidel.
- Wang, Y. N., Hsu, W. C., & Shyu, Y. I. L. (2020). Job Demands and the Effects on Quality of Life of Employed Family Caregivers of Older Adults with Dementia: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Research*, Vol. 28. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000383>
- WHO. (2017). Draft global action plan on the public health response to dementia.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5th ed.). Lisboa: Roca.

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “GESTÃO DE EQUIPAS E DE CONFLITOS”



Certificado de Qualificações

Formação Modular

Certificado nº 068/2019, de 24 de outubro

Certificado de que Vítor Filipe Rodrigues Pinheiro, natural de Leiria, nascido em 06/04/1990, com o 01.º de Classe de Cidadão 1529436-0204 válido até 09/09/2020, concluiu com aproveitamento, em 18/12/2019, no(a) Módulo: Consultoria, Instituto Superior de Formação, Lda, as seguintes unidades de formação na curta duração do Catálogo Nacional de Qualificações, cujo teor se encontra em 05/12/2019.

Componente de Formação	Código	Unidades de Formação de Curta Duração	Carregamento
Tecnológica	10005	Gestão de equipamentos eletrónicos	25

Synovus da Foz, 10 de outubro de 2019

O(A) Responsável pelo(a) Módulo - Consultoria, Instituto Superior de Formação, Lda

(Assinado eletronicamente)

Certificado nº 091/2019

ANEXO II – RESULTADOS DA PESQUISA (*PRINT SCREEN* DA LISTA DOS ARTIGOS)



Buscando: **CINAHL Complete**, Exibir tudo | Escolher bases de dados



AND -

AND -

[Busca básica](#) [Busca avançada](#) [Histórico de busca](#)

Refinar resultados

Busca atual para

Boleano/Frase:
TI Quality of life AND TI dementia AND TI family caregivers

Expansores
Aplicar assuntos equivalentes

Limitadores
Data de publicação: 20160101-20211231

Tipos de documentos
Revistas académicas

Resultados da busca: 1 - 17 de 17

Data mais recente ▾ Opções de página ▾

Observação: Itens duplicados removidos da lista de resultados.

- Quality of life and the associated factors among family caregivers of older people with dementia in Thailand.**

(English) | Abstract available. By: Pothiban L, Srirot C, Wongpakaran N, Pankong O, Nursing & health sciences [Nurs Health Sci], ISSN: 1442-2018, 2020 Dec; Vol. 22 (4), pp. 913-920; Publisher: Blackwell Science Asia; PMID: 32483932, Base de dados: MEDLINE Complete
- Effects of an educational intervention on health-related quality of life among family caregivers of people with dementia with a Turkish or Moroccan immigrant background: Insights from a cluster randomised controlled trial.**



Portal Regional da BVS

Informação e Conhecimento para a Saúde

[português](#)
[español](#)
[english](#)
[français](#)

Título, resumo, assunto ▾

[Home](#) / [Pesquisa](#) / (cuidadores familiares) AND (demência) AND (qualidade de vida) (28)

Ordenar por ▾ Mostrando: 20 | 50 | 100 Resultados 1 - 20 de 28

Mais filtros

Filtros aplicados

[Limpar todos](#)

- Base de dados
 - LILACS [\(remover\)](#)
- Assunto principal
 - Cuidadores [\(remover\)](#)
 - Demência [\(remover\)](#)
 - Qualidade de Vida [\(remover\)](#)

Texto completo (28)

Base de dados

- Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease / Transtornos emocionais evidenciados por cuidadores familiares de idosos com doença de alzheimer

[Manzini, Carlene Souza Silva; Vale, Francisco Assis Carvalho do. *Dement. neuropsychol*; 14\(1\): 56-61, Jan.-Mar. 2020. tab](#)

Artigo em Inglês | LILACS | ID: biblio-1089814
- Religiosity and quality of life of individuals with Alzheimer's disease and of caregivers: Relationship with clinical aspects / Religiosidade e qualidade de vida do indivíduos com doença de alzheimer e do cuidador: relações com aspectos clínicos e cognitivos

[Tedrus, Gloria Maria A S; Fonseca, Lineu Correa; Ciancagallo, Julio Cesar Bredas;](#)

Ver mais detalhes

ENVIAR RESULTADO:

SELEÇÃO DE REFERÊNCIAS



National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

[User Guide](#)

Sorted by: Best match

MY NCBI FILTERS

RESULTS BY YEAR



TEXT AVAILABILITY

Abstract

Free full text

Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

Associated data

22 results

Filters applied: Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial. Clear all

- The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial.

Cite: Orrell M, Yates L, Leung P, Kang S, Hoare Z, Whitaker C, Burns A, Knapp M, Leroi I, Moniz-Cook E, Pearson S, Simpson S, Spector A, Roberts S, Russell I, de Waal H, Woods RT, Orgeta V. *PLoS Med*. 2017 Mar 28;14(3):e1002269. doi: 10.1371/journal.pmed.1002269. eCollection 2017 Mar. PMID: 28350796 [Free PMC article](#). Clinical Trial.

BACKGROUND: Cognitive stimulation therapy (CST) is a well-established group psychosocial intervention for people with dementia. There is evidence that home-based programmes of cognitive stimulation delivered by family caregivers may benefit both the person an ...
- Reducing neuropsychiatric symptoms in persons with dementia and associated burden in family caregivers using tailored activities: Design and methods of a randomized clinical trial.

Cite: Gitlin LN, Piersol CV, Hodgson N, Marx K, Roth DL, Johnston D, Samus Q, Pizzi L, Jutkowitz E, Lyketsos CG. *Contemp Clin Trials*. 2016 Jul;49:92-102. doi: 10.1016/j.cct.2016.06.006. Epub 2016 Jun 21.

107