**Universidade do Minho**
Escola Superior de Enfermagem

Fernanda Maria Mendes Andrade

# Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio

abril de 2026

Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio
Fernanda Maria Mendes Andrade
UMinho | 2026

**Universidade do Minho**
Escola Superior de Enfermagem

Fernanda Maria Mendes Andrade

# Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio

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

Trabalho efetuado sob a orientação do
**Professor Doutor João Carlos Macedo**
e da
**Mestre Cristiana Sousa Lopes**

abril de 2026

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

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.
Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.
Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição**
**CC BY**

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

**Agradecimentos**

Quero expressar a minha profunda gratidão a todos que, de diferentes formas tornaram possível a minha jornada até aqui:

Ao Professor Doutor João Carlos Macedo e à Mestre Cristiana Sousa Lopes pelas orientações e apoio ao longo do percurso.

A todos os colegas enfermeiros que partilharam este caminho, em especial à equipa da Unidade de Saúde Familiar de estágio, pelas experiências que me proporcionaram, pela partilha de conhecimentos e aprendizagem mútua.

A todos os cuidadores pela disponibilidade e por partilharem a sua experiência de cuidado e com ela enriquecerem este trabalho.

À minha família, em especial ao Luís, ao Diogo e à Maria, pelo apoio incondicional!

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.
Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

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

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.
Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.
Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

**Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio**

## RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, apresenta uma componente de análise critico reflexiva do percurso do estágio de natureza profissional e um trabalho de investigação. A primeira parte do relatório reporta-se ao percurso de estágio realizado numa unidade de saúde familiar na zona norte de Portugal. Documenta o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas em enfermagem de saúde comunitária na área da saúde familiar. A segunda parte reporta-se ao desenvolvimento do estudo empírico intitulado: *"Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio".*

Para a concretização do estudo empírico, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, aplicando o inquérito por questionário e a entrevista semiestruturada a doze cuidadores familiares de idosos dependentes, inscritos na unidade de cuidados onde decorreu o estágio. Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram nove categorias: motivos para cuidar, tomada de decisão familiar, implicações negativas no cuidador, implicações positivas no cuidador, relações familiares, papéis familiares, comunicação familiar, dificuldades para a prestação de cuidados e estratégias para lidar com as dificuldades, que refletem as áreas de saúde familiar implicadas no cuidado.

Conclui-se que as áreas de saúde familiar emergentes, referem-se quer ao cuidador, quer à família e remetem para uma abordagem aos cuidados centrada na família como sistema, implicando uma mudança de paradigma: da família como contexto, baseando a prática na avaliação da condição da doença do familiar idoso dependente, para uma nova abordagem, tendo como foco do cuidado, quer a pessoa idosa dependente, quer a sua família, avaliando os padrões de interação entre os diversos elementos da família.

**Palavras-chave:** competências; cuidador familiar; enfermagem de saúde familiar; implicações familiares; pessoa idosa dependente.

**The perspective of the family caregiver in caring for a dependent erderly person at home**

## ABSTRACT

This report has been developed as part of the Master's Degree in Community Nursing, specializing in Family Health Nursing. It comprises a critical and reflective analysis of the professional internship and a research project. The first part of the report details the internship undertaken at a family health unit in the north of Portugal. It documents the development of the common competencies of the specialist nurse and the specific competencies in community health nursing within the field of family health. The second part relates to the development of the empirical study entitled: *"The perspective of the family caregiver in caring for a dependent erderly person at home".*

To carry out the empirical study, a qualitative approach was adopted, involving a questionnaire survey and semi-structured interviews with twelve family carers of dependent elderly people registered at the care unit where the internship took place. Nine categories emerged from the content analysis of the interviews: reasons for caring, family decision-making, negative implications for the carer, positive implications for the carer, family relationships, family roles, family communication, difficulties in providing care, and strategies for dealing with difficulties, which reflect the areas of family health involved in care.

It is concluded that the emerging areas of family health relate to both the carer and the family and point towards a care approach centred on the family as a system, implying a paradigm shift: from the family as a context, basing practice on the assessment of the health condition of the dependent elderly family member, to a new approach, focusing care on both the dependent elderly person and their family, and assessing the patterns of interaction between the various members of the family.

**Keywords:** competencies; dependent elderly person; family caregiver; family health nursing; family implications.

**ÍNDICE**

**DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS ..... ii**

**Agradecimentos ..... iii**

**DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE ..... iv**

**DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA) ..... iv**

**RESUMO ..... v**

**ABSTRACT ..... vi**

**LISTA DE SIGLAS ..... ix**

**ÍNDICE DE FIGURAS ..... x**

**ÍNDICE DE TABELAS ..... xi**

**1. INTRODUÇÃO ..... 1**

**2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESEMPENHO DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ..... 4**

2.1. Contextualização da Unidade Prestadora de Cuidados ..... 4

2.2. Análise crítico-reflexiva das Competências Comuns ..... 7

2.3. Análise crítico-reflexiva das Competências Específicas ..... 13

**3. ESTUDO EMPÍRICO ..... 29**

3.1. Contextualização do estudo ..... 29

3.2. Enquadramento teórico ..... 30

3.2.1. Implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio ..... 30

3.2.1.1. Implicações do cuidado no cuidador ..... 34

3.2.1.2. Implicações do cuidado na família ..... 36

3.2.1.3. Fatores de resiliência e debilidade do cuidador/família para cuidar ..... 42

3.3. Metodologia ..... 47

3.3.1. Tipo de estudo ..... 47

3.3.2. Instrumentos de recolha de dados ..... 48

3.3.3. Participantes ..... 50

3.3.4. Procedimentos Formais e Éticos ..... 51

3.3.5. Análise de dados ..... 51

3.4. Apresentação e análise dos resultados ..... 52

3.4.1. Apresentação e análise dos resultados do questionário ..... 53

3.4.2. Apresentação e análise dos resultados da entrevista ..... 57
3.4.2.1. Tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador ..... 58
3.4.2.2. Implicações do cuidado na vida familiar ..... 63
3.4.2.3. Dificuldades do cuidador e estratégias para lidar com as dificuldades ..... 71
3.5. Discussão dos resultados ..... 78
3.6. Limitações e pontos fortes ..... 85
3.7. Conclusões do estudo empírico ..... 86
**4. CONCLUSÃO ..... 90**
**5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 93**
**ANEXOS ..... 101**
Anexo 1- Certificado da Comunicação Oral: "Implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio" ..... 102
Anexo 2- Procedimento sobre: Consulta de enfermagem ao utente dependente/prestador de cuidados/família ..... 104
Anexo 3- Poster: "Para si que É Cuidador" ..... 114
Anexo 4- Questionário e Guião da entrevista ..... 116
Anexo 5- Pedido e autorização da Comissão de Ética para a Saúde ..... 123
Anexo 6- Consentimento informado ..... 126

## LISTA DE SIGLAS

AVDS - Atividades de vida diárias

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa Cuidados Continuados Integrados

ERPI - Estruturas Residenciais para Idosos

IFNA - International Family Nursing Association

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição dos utentes inscritos na USF por grupo etário e sexo..... 5
Figura 2- Distribuição dos utentes inscritos na lista da enfermeira supervisora por grupo etário e sexo . 6
Figura 3 - Categorias e subcategorias identificadas a partir da análise de conteúdo das respostas às perguntas 1,2 e 3. ..... 58

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e do grau de dependência das pessoas idosas dependentes (n =13) ..... 53

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares, grau de parentesco com o familiar dependente e tempo de prestação de cuidados (n=12) ..... 55

Tabela 3 - Caracterização das famílias segundo o número de elementos e notação social ..... 57

Tabela 4 - Categorias e subcategorias e unidades de contexto (literalmente) referentes à tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador .....61

Tabela 5 - Categorias, subcategorias e unidades de contexto (literalmente) referentes às implicações do cuidado na vida familiar ..... 67

Tabela 6 - Categorias, subcategorias e unidades de contexto (literalmente) referentes às dificuldades do cuidador e estratégias para lidar com as dificuldades .....74

# 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no primeiro estágio do 2º ano, 1º semestre do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Braga, da Universidade do Minho, no ano letivo 2025/2026, no âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório. Este estágio foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte do país.

O estágio decorreu no período compreendido entre 16 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, sob supervisão da Enfermeira supervisora, Especialista em Enfermagem Comunitária e sob orientação do Professor João Macedo e da Mestre Cristiana Lopes.

A Ordem dos Enfermeiros tem vindo a enfatizar o papel do enfermeiro de família, considerando-o o eixo estruturante no acesso e prestação de cuidados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), realçando o seu contributo para a ligação entre a família, a equipa de saúde e os recursos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). As reformas dos CSP nas últimas duas décadas, em particular nas USF e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), contribuíram para a implementação do método de organização dos cuidados de enfermagem por enfermeiro de família, no entanto, os cuidados prestados ainda não correspondem, na sua totalidade às orientações da Organização Mundial de Saúde e às competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, para os especialistas de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018), pois o foco dos cuidados de enfermagem ainda continua a ser essencialmente o indivíduo, verificando-se isso, quer na documentação dos cuidados de enfermagem, quer na avaliação dos cuidados de enfermagem no desempenho das unidades funcionais.

As competências a desenvolver neste estágio, no âmbito desta unidade curricular são as competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e as específicas de enfermagem de saúde comunitária na área da saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A enfermagem de família evoluiu nas últimas décadas, acompanhando as transformações sociais, demográficas e científicas. Inicialmente focou-se na compreensão da dinâmica de saúde e doença do indivíduo inserido no contexto da família, para posteriormente reconhecer a família como unidade de cuidados, amplificando o papel do enfermeiro (Wright & Leahey, 2005).

A enfermagem centrada na família como unidade de cuidados deve reconhecer a família enquanto

primeira entidade prestadora de cuidados de saúde e bem-estar aos seus membros. A prestação de cuidados no seio da família é moldada quer pelas alterações demográficas das últimas décadas, quer pelas novas estruturas familiares.

No que respeita às alterações demográficas, nas últimas décadas, em Portugal, as alterações na população residente devido à baixa natalidade e ao aumento da longevidade, sugerem a continuação do envelhecimento demográfico, estimando-se que entre 2015 e 2080, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2017). A existência de uma relação entre envelhecimento e incapacidade tem sido evidenciada na literatura (Chen et al., 2018). A presença de multimorbilidade frequente entre as pessoas idosas tem uma associação significativa com o declínio funcional e/ou dependência (Wang et al., 2017). Decorrente desta realidade os utentes idosos dependentes, representam um grupo prevalente, que requer um elevado consumo de recursos em saúde, não só porque apresentam em geral mais comorbilidades, mas também pela maior necessidade de consultas de enfermagem domiciliárias e necessidade de (re) avaliação biopsicossocial contínua.

Quanto às novas estruturas familiares, a mudança de um modelo de responsabilidade partilhada em famílias alargadas para uma abordagem principalmente centrada na família nuclear, contribui para o aumento do stress dos cuidadores familiares dos utentes idosos dependentes (Sakakibara et al., 2015)

Tendo em conta esta abordagem desenvolveu-se em contexto de estágio o estudo empírico: *"Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio"*, que pretendeu conhecer a experiência dos cuidadores na transição para o novo papel de cuidador, bem como identificar as implicações familiares do cuidado ao idoso dependente. Neste sentido, o estudo pretende fornecer insights que impelem os enfermeiros a avaliar a família numa perspetiva sistémica e intervir na estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, fundamentais para uma prática mais holística e eficaz que contribui para o equilíbrio do sistema familiar (Wright & Leahey, 2005).

O presente relatório tem como objetivos: 1- Descrever a integração na equipa e dinâmica da USF; 2- Descrever as atividades desenvolvidas, fazendo uma análise crítico-reflexiva das mesmas, no desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista; 3- Descrever as atividades desenvolvidas, fazendo uma análise crítico-reflexiva das mesmas no desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar; 3- Aprofundar competências metodológicas de investigação através da elaboração do estudo empírico: *"Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa*

*dependente no domicílio"*; 4- Analisar a perspetiva do cuidador familiar acerca das implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio.

Para evidenciar o desenvolvimento ao longo do estágio e o cumprimento dos objetivos propostos, este relatório estrutura-se em duas partes. A primeira parte corresponde à avaliação da integração na unidade e à análise crítico-reflexiva do desempenho, fazendo-a através da descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio e relacionando-as com a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e com as competências específicas em enfermagem de saúde familiar. A segunda parte corresponde à descrição do estudo empírico desenvolvido: contextualização do estudo, enquadramento teórico, metodologia, discussão dos resultados, limitações e pontos fortes e conclusões do estudo empírico).

O relatório termina com uma síntese das principais conclusões da aprendizagem com o desenvolvimento do estágio e com a elaboração do estudo empírico.

# 2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESEMPENHO DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo é apresentada a contextualização da unidade prestadora de cuidados, seguida da reflexão sobre o percurso realizado no estágio e o desenvolvimento de competências comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, publicadas no Diário da República nº135 de 16 de julho de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Será apresentada a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do estágio de forma abrangente por competência comum ou específica, sem as discriminar por unidade de competência, pois no contexto clínico, estas unidades interconexão.

O exercício da enfermagem é complexo e rigoroso. Não só porque estamos a falar de um profissional que lida todos os dias com a vida humana e com a saúde física, social e emocional das pessoas e suas famílias, mas também porque é uma atividade altamente regulamentada, cujas competências são alvo de avaliação contínua. Neste sentido, torna-se fundamental esta reflexão, pois permite uma autoavaliação do meu desenvolvimento e da forma como está em consonância com o plasmado nas leis da profissão.

Em rigor, esta aprendizagem em contexto clínico, sustentada no treino e na reflexão da prática é imprescindível para poder no futuro como enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, promover a capacitação da família a enfrentar as eventuais transições durante o ciclo vital (Figueiredo et al., 2022).

## 2.1. Contextualização da Unidade Prestadora de Cuidados

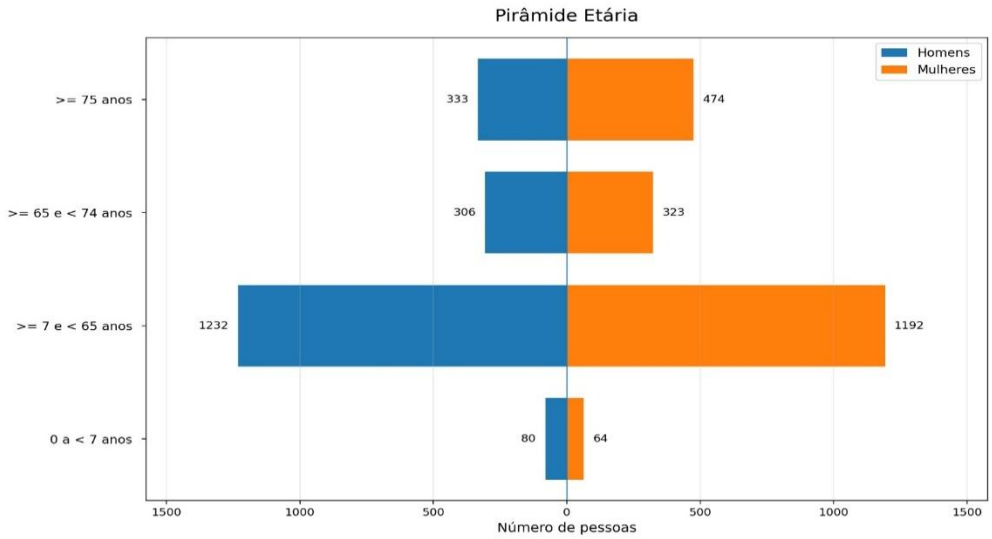
A USF onde desenvolvi o estágio, é uma unidade funcional que pertence a uma ULS, da zona Norte de Portugal. Está em funcionamento desde 28/12/2015, atualmente como modelo B, conta com uma equipa multidisciplinar de 14 colaboradores entre médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Situa-se numa área predominantemente rural, com baixa densidade populacional e abrangendo uma área geográfica dispersa, de difícil acesso para algumas aldeias e com uma rede de transportes públicos deficitária.

Pertence a uma ULS da zona norte do país, com 262548 utentes inscritos, distribuídos por 56 unidades funcionais. De acordo com os dados do BI-CSP referentes a 11/2025, extraídos a

21/01/2026, o índice de dependência total da ULS à qual pertence a USF é de 68,6%, superior ao conjunto das unidades da região norte no mesmo período- 55,29%, sendo a segunda ULS com a percentagem mais elevada. Em relação à USF, o índice de dependência total no mesmo período é de 79,39%, superior ao da ULS e ao do conjunto das unidades da região norte. O índice de dependência de jovens é de 15,05% e o de idosos é de 64,34%.

O total de utentes inscritos na USF é de 4004 utentes (dados referentes a 11/2025), em que a distribuição dos utentes por grupos etários é a seguinte: utentes com idade < 7 anos é de 144 utentes (aproximadamente 3,6%); com idade ≥ 7 e < 65 anos é de 2424 utentes (aproximadamente 60,5%) e com idade ≥ 65 anos é de 1436 utentes (aproximadamente 35,9%) (Figura 1).

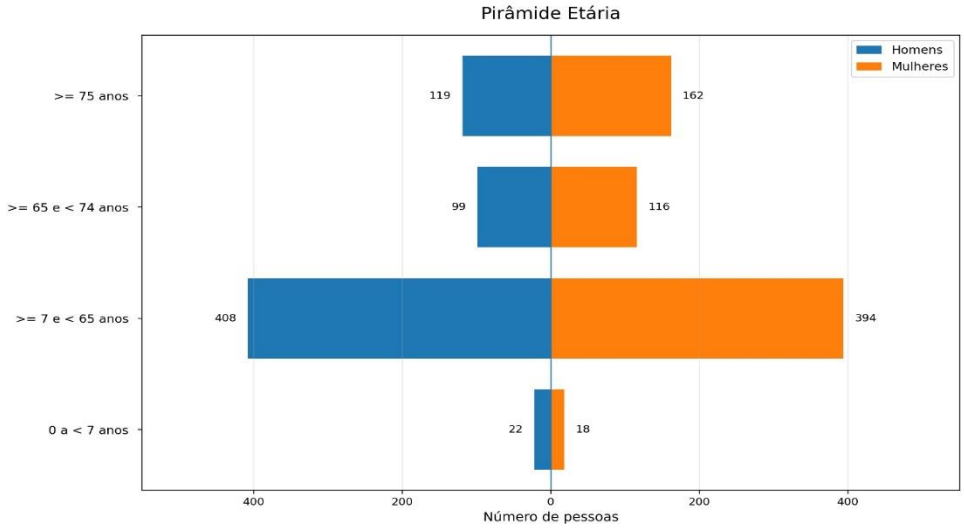
Figura 1- Distribuição dos utentes inscritos na USF por grupo etário e sexo




Fonte: Dados retirados do MIM@UF® a 21/01/2026

Os dados extraídos a 21/01/2026 do MIM@UF® relativos a 11/2025, mostram que os utentes inscritos na lista da enfermeira supervisora, no total de 1338 utentes, vão de encontro às características gerais dos utentes inscritos na USF: o número de utentes com idade <7 anos é de 40 utentes (aproximadamente 3%), com idade ≥ 7 e < 65 anos é de 802 (aproximadamente 60%) e com idade ≥ 65 anos é de 496 utentes (aproximadamente 37%) (Figura 2).

Figura 2- Distribuição dos utentes inscritos na lista da enfermeira supervisora por grupo etário e sexo




Fonte: Dados retirados do MIM@UF® a 21/01/2026

De salientar que tanto na lista do total de utentes da USF, como na lista da enfermeira supervisora, entre os utentes com idade ≥ 65 anos, estão em maior número os utentes com idade ≥ 75 anos (na USF do total de 1436 utentes com idade ≥ 65 anos, 807 têm idade ≥ 75 anos e na lista da enfermeira supervisora do total de 496 utentes com idade ≥ 65 anos, 281 têm idade ≥ 75 anos).

A partir destes dados concluiu-se que estamos perante uma população envelhecida, com necessidades sociais e económicas a ter conta na prestação de cuidados de saúde de proximidade. A USF optou por distribuir os utentes por lista, ficando cada lista adstrita a um médico e a um enfermeiro. No início, foi desafiante a gestão desta lista, sendo as dificuldades ultrapassadas pela ajuda e orientação presente da enfermeira supervisora.

A USF presta serviços centrados na família, na identificação das suas necessidades, planeamento, intervenção e acompanhamento e avaliação. Presta cuidados ao indivíduo ao longo do seu ciclo vital, desde a infância até à idade avançada, aplicando os programas nacionais da Direção Geral de Saúde (DGS), apostando na promoção e prevenção até à recuperação e reabilitação, trabalhando em equipa. Para além da equipa fixa, a USF também partilha recursos tais como: assistente social, psicóloga, nutricionista, técnica de cardiopneumologia, consulta para rastreio de retinopatia diabética, que pertencem à ULS. Os profissionais referenciam ainda os utentes e famílias para outros profissionais e unidades funcionais (Unidade de Cuidados na Comunidade- UCC, assistentes sociais, enfermeiros

especialistas em reabilitação e saúde materna; Podologista) existentes na sede, por forma a oferecer um atendimento integral e facilitando o acesso dos utentes/famílias aos diversos serviços.

## 2.2. Análise crítico-reflexiva das Competências Comuns

Ao longo deste processo desenvolveram-se competências comuns nos diferentes domínios do esperado do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que irei de seguida abordar separadamente.

***Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal***

**Competência 1: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional**

Todas as atividades desenvolvidas durante o estágio estiveram alinhadas com a responsabilidade profissional, ética e legal, tendo como farol de orientação o estipulado no Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Para a construção de estratégias de resolução de problemas, envolveu-se o utente e família, como por exemplo, nas situações em que foi discutida a necessidade de apoio social no domicílio (serviço de apoio domiciliário) ou internamento em Estruturas residenciais para idosos (ERPI) com os utentes em isolamento e em fragilidade sociofamiliar. A construção da tomada de decisão foi feita em conjunto com a enfermeira supervisora, com a família e com a equipa multiprofissional, orientada para as respostas mais apropriadas ao utente, fornecendo-lhe a informação necessária sobre o seu estado de saúde de acordo com a sua disponibilidade, para que possa decidir de forma mais responsável e informada (exemplo: articulação com a equipa médica para dar seguimento a um tratamento adequado a utentes com feridas agudas ou crónicas).

Durante a realização das consultas de enfermagem na área de especialidade, integraram-se conhecimentos através da discussão com a equipa de enfermagem acerca das tarefas de desenvolvimento da família de acordo com a etapa do ciclo vital, integrando-as no seu processo de saúde/doença. Foram discutidas em maior pormenor as tarefas relativas às famílias em fim de vida (funcionamento do casal, declínio fisiológico e novas opções de papéis familiares e sociais), (Carter &

McGoldrick, 1999), por representarem um número significativo de famílias inscritas na unidade, em comparação com as famílias nas restantes etapas do ciclo vital.

Também foram discutidos vários casos de famílias nesta etapa do ciclo vital durante a seleção dos participantes para o estudo de investigação intitulado: *"Perspetiva do cuidador familiar no cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio"*, que será desenvolvido no capítulo seguinte.

Em relação a famílias que se encontravam noutra etapa do ciclo vital, também foi discutida a sua estrutura interna e externa com a equipa de enfermagem, a fim de envolver a família no processo de prestação de cuidados, elaborando o plano de intervenção em colaboração com a família (Wright & Leahey, 2012).

Os resultados dos processos de tomada de decisão foram aferidos, partilhados e avaliados com a enfermeira supervisora e com o utente/família em relação por exemplo, às várias opções de tratamentos ou de regime terapêutico, durante as consultas de enfermagem a indivíduos com feridas ou com doença crónica, quer na unidade, quer no domicílio.

**Competência 2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**

Durante o estágio promoveram-se os direitos humanos, assegurando o direito dos utentes no acesso à informação, à confidencialidade e segurança da informação escrita e oral. Assegurou-se o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde familiar prestados. Exemplos destas situações foram os das pessoas com diabetes e hipertensão não controladas, seguidos em consulta de enfermagem, que não querem mudar o regime alimentar, tendo-se resignado à situação. Outros, vivendo sozinhos, embora com pouca capacidade de autocuidado, negam pedir apoio domiciliário para cuidado pessoal e para gestão do regime medicamentoso, negligenciando o seu autocuidado.

Respeitaram-se os valores, costumes e crenças espirituais aquando da prestação de cuidados, avaliando de que forma estes moldam as respostas dos utentes e famílias aos seus processos de saúde/doença.

Geriu-se o processo de cuidados, tendo em atenção a segurança, a privacidade e a dignidade do utente.

### *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

#### Competência 1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A melhoria contínua é algo que o enfermeiro especialista deverá ter sempre presente, de forma a ajudar os serviços e as comunidades a identificar obstáculos operacionais e a definir soluções que permitam elevar a qualidade dos serviços a um nível de desempenho superior.

Durante o estágio teve-se presente o Guia de Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019) que é um instrumento de melhoria contínua de qualidade e segurança dos cuidados, que pretende contribuir para a consolidação dos princípios da reforma dos CSP, promover a coesão e a harmonização do modelo de organização e gestão, e monitorizar a qualidade organizacional e o desempenho assistencial. Através do guia teve-se acesso à avaliação dos processos: de gestão, assistencial e de suporte, que permitiram compreender melhor e discutir em equipa de enfermagem a organização e funcionamento da USF.

Teve-se igualmente presente o manual de qualidade: Agrupamentos dos Centros de Saúde- Alto Trás-os-Montes Alto Tâmega e Barroso, onde foram consultados entre outros aspetos as normas e procedimentos em vigor (Agrupamento de Centros de Saúde Alto Tâmega e Barroso, 2023).

Não houve oportunidade de colaborar na orientação de projetos institucionais na área da qualidade, no entanto, a integração do conjunto de programas de vigilância da unidade funcional e dos CSP contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

#### Competência 2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Em colaboração com a enfermeira supervisora foi feita a avaliação das práticas, na revisão de procedimentos, como por exemplo, o procedimento: "Prevenção de Úlceras por Pressão", e na implementação de um novo procedimento: "Consulta de enfermagem ao utente dependente/prestador de cuidados/família", temas desenvolvidos mais adiante no subcapítulo das competências específicas. A sua elaboração permitiu a consulta de normas e legislação na área permitindo atualizar conhecimentos para melhorar a prática clínica (Decreto lei 101/2006, 2006; European et al., 2019; Orientação nº 17/2011, 2011). Permitiu também a discussão sobre a utilização e o registo dos instrumentos de avaliação do risco de úlcera de pressão - Escala de Braden e avaliação da

dependência nas atividades de vida diárias (AVDs)- Escala de Barthel, existentes no suporte informático de registo dos cuidados de enfermagem- SClínico- Perfil de Enfermagem.

Não houve oportunidade de colaborar no planeamento e liderança de programas de melhoria contínua, embora reconheça o seu papel fundamental na implementação na prática clínica como forma de identificar oportunidade de melhoria e incrementar a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

**Competência 3: Garante um ambiente terapêutico e seguro**

Durante o estágio promoveu-se um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/famílias, compreendendo as suas necessidades espirituais como parte integrante da sua segurança.

Foi garantida a colaboração na segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares, através do acompanhamento da enfermeira supervisora na requisição de material, na organização da farmácia identificando corretamente os materiais, na reposição de stocks através de elaborar uma lista de material em falta e na verificação das datas de validade dos materiais.

Colaborou-se também na prevenção de riscos ambientais e na elaboração de planos de manutenção preventiva das instalações, materiais e equipamentos, acompanhando a enfermeira supervisora na participação de incidentes, por exemplo, relacionados com higienização adequada das instalações. Foram desenvolvidas atividades na gestão de risco, implementando e mantendo as medidas de prevenção e controlo da infeção. Estas atividades revelaram-se particularmente desafiantes na medida em que a USF se encontrava a funcionar provisoriamente noutras instalações, enquanto o edifício original era alvo de obras de melhoramento. O novo espaço era reduzido e foi necessário fazer uma nova identificação dos espaços e sinalética e organizar o espaço de acordo com o desempenho das funções da equipa multiprofissional no sentido de responder às necessidades dos utentes em cuidados de saúde.

Durante o estágio, houve oportunidade de acompanhar a enfermeira supervisora na participação de ocorrência relacionada com a violência profissional.

No que respeita à organização do trabalho, foi discutida de forma a reduzir a ocorrência de erro, tendo em atenção o agendamento dos utentes de acordo com os horários planeados e a identificação inequívoca do utente.

***Domínio da Gestão dos Cuidados***

**Competência 1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde**

Durante o estágio houve colaboração nas decisões da equipa de enfermagem e restante equipa de saúde no processo de cuidar, disponibilizando informação de acordo com os conhecimentos na área da enfermagem de saúde familiar. Por exemplo, durante as consultas de enfermagem no domicílio, que eram realizadas só pelas enfermeiras ou em equipa, de carácter preventivo ou curativo, a pedido do doente/prestador de cuidados/família ou por iniciativa dos profissionais ou devido a carta de transferência, a pessoas maioritariamente dependentes com dificuldade em se deslocar à unidade, avaliaram-se em equipa as condições habitacionais (segurança e higiene), o processo familiar (comunicação familiar, interação de papéis, coping familiar e a relação dinâmica) e a rede familiar e social de apoio no cuidado à pessoa idosa dependente ao domicílio, avaliando a família segundo um sistema, em que a saúde da pessoa idosa dependente, afeta toda a função familiar que irá afetar a saúde de cada um (Hanson, 2005).

Para além desta avaliação, foram realizados em simultâneo: o tratamento a feridas, úlceras venosas, úlceras de pressão da pessoa idosa dependente, atualização do estado vacinal de todos os elementos da família, capacitação do cuidador e informação sobre os apoios comunitários existentes.

De acordo com as necessidades detetadas era feita a referenciação para a assistente social, para o médico de família ou para a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) para cuidados de reabilitação ou para a continuidade de cuidados de tratamento a feridas/úlceras, através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A gestão da continuidade dos cuidados de saúde através da referenciação para outras unidades ou instituições e da referenciação para outros enfermeiros especialistas previne complicações o que está de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Nesta competência, não foi possível delegar e supervisionar competências na equipa. No entanto, o desconhecimento, por parte da equipa de enfermagem, da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar foi uma oportunidade para discussão de algumas das suas áreas de competência, estimulando a equipa no investimento nestas áreas e na respetiva documentação dos cuidados prestados através dos registos no programa de saúde da Família na plataforma de registo informático: SClínico: Perfil de Enfermagem.

**Competência 2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados**

Durante o estágio foi otimizado o trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, tendo em consideração a utilização de recursos de material clínico de forma eficiente para promover a qualidade (por exemplo, gerindo o material clínico mediante a sua disponibilidade e fornecimento pela farmácia, estabelecendo prioridades).

Ao longo do estágio, foi adaptado o método de organização do trabalho da equipa, reconhecendo os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática.

***Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais***

**Competência 1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**

Ao longo do ensino clínico foi otimizado o autoconhecimento e reconhecido como poderia interferir no relacionamento com o utente ou com a equipa multidisciplinar. Geriu-se as idiossincrasias, nomeadamente o reconhecimento do utente como o beneficiário do melhor cuidado humano aliado ao cuidado diferenciado na área das competências do enfermeiro especialista, na construção dos processos de ajuda.

Foram-se reconhecendo os limites pessoais e profissionais tendo em consideração por um lado, as fragilidades neste caminho de aprendizagem por vezes desgastante e, por outro lado, os conhecimentos teórico-práticos que levaram a consultar outros profissionais quando os cuidados necessários ultrapassavam a área de competência.

Consciencializou-se a influência pessoal na relação profissional, tentando integrar o papel de aluna e deixar hábitos e preconceitos associados ao percurso profissional, para que numa atitude de abertura, pudesse nutrir a aprendizagem de novas experiências. Esta atitude permitiu evoluir nas áreas: a) gestão e planeamento dos cuidados em função do tempo disponível; b) educação do utente e família para a gestão da doença crónica, empoderando-os para a autovigilância; c) documentação dos cuidados, melhorando os registos no SClínico, passando a registar mais sistematicamente os cuidados que já prestava.

Ao longo do estágio geriu-se a pressão associada à sobrecarga de trabalhador-estudante e foram geridas respostas de adaptabilidade individual e organizacional. Houve reconhecimento e antecipação

de situações de conflitualidade e gestão de emoções para responder de forma eficiente e atuar eficazmente sob pressão.

**Competência 2: Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica**

Durante a realização das consultas de enfermagem ao utente ou à família foram considerados os conhecimentos teóricos acerca das teorias emergentes de enfermagem de família, discutindo com a enfermeira supervisora casos de famílias cujas vivências dos seus processos de saúde/ doença poderiam ser analisados à luz das seguintes teorias: estrutural-funcional, da teoria dos sistemas, da teoria interativa, da teoria do desenvolvimento, da teoria da mudança e teorias de enfermagem, sendo esta matéria alvo de desenvolvimento nas competências específicas a seguir apresentadas.

Foi utilizado o conhecimento sobre os vários modelos de avaliação e intervenção familiar, entre os quais o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023; Wright & Leahey, 2012), para orientar a prática de enfermagem baseada na família. Descobriu-se em colaboração com as famílias os fatores de resiliência e debilidades que moldam as suas experiências durante o processo de saúde/doença (Gottlieb, 2014), direcionando o cuidado de enfermagem para as forças e recursos da família, minimizando os seus défices ou fatores de risco.

Com o desenvolvimento do projeto de investigação: *"Perspetiva do cuidador familiar no cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio"*, em contexto de estágio, foi motivada a equipa de enfermagem para um desempenho diferenciado na consulta de enfermagem à pessoa idosa dependente/prestador de cuidados/família, através da discussão dos vários casos e intervenção do enfermeiro de família de forma a pensar na família enquanto um sistema, elaborando um procedimento para apoio à prática de enfermagem nesta área, que veio colmatar uma lacuna existente na unidade e cujo conteúdo será desenvolvido à frente nas competências específicas.

## 2.3. Análise crítico-reflexiva das Competências Específicas

Ao iniciar este subcapítulo, é importante avaliar o desenvolvimento da especialização da enfermagem de saúde familiar e da figura do enfermeiro de família.

A Declaração de Munique (World Health Organization, 2000), foi pioneira a nível internacional na abordagem do enfermeiro centrada na prevenção e promoção da saúde da família/comunidade, para

além das funções de tratamento, tendo pela primeira vez reconhecido a relevância do enfermeiro de família.

Desde então a enfermagem de saúde familiar tem vindo a desenvolver-se, tendo para isso contribuído o trabalho desenvolvido por Wright & Leahey, com a sua obra de referência Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família (traduzida para português) onde desenvolvem o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2012).

Por seu turno, o trabalho desenvolvido pela International Family Nursing Association (IFNA) tem contribuído para a divulgação de toda a dinâmica de prática clínica, de ensino e de investigação de enfermeiros de família de todo o mundo.

A nível nacional, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários entre 2006 e 2008, levou à criação das USF, introduzindo equipas multiprofissionais (médico, enfermeiro e secretário clínico) e listas de utentes, facilitando a atribuição de um enfermeiro de referência. Em 2014, consolidou oficialmente a figura do enfermeiro de família, definido como o profissional responsável por cuidados globais à família em todas as fases da vida (Decreto lei 118/2014, 2014).

Apesar do Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais considerar a família como alvo de cuidados, a par do indivíduo e comunidade, é só com a criação da especialidade de enfermagem de saúde familiar que as competências do enfermeiro de família se consolidam.

De acordo com o Diário da República nº135 de 16 de julho de 2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar são duas: 1- Cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, e aos diferentes níveis de prevenção e 2- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Cada uma das competências subdivide-se em várias unidades de competências. Irá abordar-se as competências separadamente, e em cada uma refletir sobre as atividades desempenhadas para as atingir (que respondem às unidades de competência e seus respetivos critérios de avaliação).

Esta reflexão irá descrever as atividades desenvolvidas, confrontando-as com os referenciais teóricos de saúde familiar e de enfermagem de família.

**Competência 1- Cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, e aos diferentes níveis de prevenção**

O processo de cuidados global a um sistema familiar em constante mudança torna-se complexo e desde o início do estágio houve dificuldades que decorreram de considerar a família, como alvo dos cuidados de enfermagem, ao invés de um individuo.

Existem quatro níveis de enfermagem de família por ordem crescente de complexidade: (i) a família como contexto do desenvolvimento individual; (ii) a família como um cliente; (iii) a família como sistema e (iv) a família como uma componente da sociedade (Hanson, 2005). As quatro abordagens têm implicações no processo de enfermagem às famílias, e a sua utilização depende de diversos fatores, como o contexto dos cuidados de saúde, as circunstâncias familiares e os recursos do enfermeiro (Knafl, 2010). Ao longo do estágio prestaram-se cuidados de enfermagem nos quatro níveis.

Ao longo do estágio foram realizadas consultas de enfermagem na unidade de saúde familiar, aos diversos utentes ao longo do seu ciclo vital nas áreas da saúde infantil e juvenil (nas diferentes faixas etárias- RN, consulta 1m, 6m, 1 ano, 4 anos e adolescentes), saúde de adulto, planeamento familiar e saúde reprodutiva, saúde materna e saúde do idoso. Quando os familiares vinham também à consulta ou acompanhavam os utentes, eram integrados no processo de cuidados, estabelecendo uma relação promotora da sua saúde, dando resposta às necessidades de cuidados em enfermagem dos utentes, inseridos nas famílias.

Também foram realizadas consultas de enfermagem aos utentes em situação de doença crónica (com diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipocoagulados, doenças oncológicas, respiratórias, cardíacas, com necessidade de cuidados paliativos, entre outros programas de vigilância/prioritários determinados pela DGS) e suas famílias, contribuindo para o controlo dos utentes com essas doenças. Estas consultas de enfermagem ocorreram na USF, no domicílio e em ERPI, quando os utentes devido à sua fragilidade e dependência funcional não conseguiam deslocar-se à unidade.

Em alguns utentes com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes interveio-se promovendo o processo de autogestão e adesão ao regime terapêutico, incentivando à autovigilância, responsabilizando-o a exercer a sua autonomia pelo processo de gestão da doença crónica. Identificaram-se algumas pessoas que referiram que a intervenção dos profissionais de saúde no sentido de lhes dizerem "o que devem fazer, não chega". Nestes casos, promoveu-se a satisfação do cliente, utilizando a entrevista

motivacional, através da qual se procurou entender as motivações do utente, questionando-o como gostaria de mudar e como o deve fazer, atendendo aos cinco princípios básicos: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar discussões e argumentações, estimular a autoeficácia e fluir com a resistência (Tomás et al., 2020).

Teria sido pertinente avaliar o estilo de gestão de regime terapêutico de acordo com (Bastos, 2013), para melhorar a intervenção.

Também foram prestados cuidados a utentes/famílias imigrantes, sendo uma realidade cada vez mais frequente e complexa, devido às barreiras relacionadas com a comunicação e com o apoio familiar mais escasso, porque em alguns casos, os utentes deixaram a família ou parte dela no país de origem, e vêm à procura de melhores condições de vida ou vêm cuidar dos pais idosos que ficaram dependentes. Tentou-se estabelecer uma relação com os utentes para prestar os cuidados necessários como por exemplo: cuidados de vigilância da gravidez, de planeamento familiar, prestação de cuidados de saúde infantil a crianças pequenas, promoção do papel parental, promoção do papel de prestador de cuidados, atualização do plano nacional de vacinação, entre outros.

Em todas as situações foram prestados cuidados direcionados à situação de saúde/doença do indivíduo/ família, mostrando curiosidade em relação à constituição do agregado familiar, disponibilizando tempo e fazendo perguntas-chave ao utente e/ou aos familiares mediante o contexto, relacionadas com os recursos familiares disponíveis (avaliando a estrutura interna e externa); as expectativas em relação à prestação de cuidados por parte da unidade e os desafios/sofrimentos e preocupações/problemas mais prementes (Wright & Leahey, 2012). Estas perguntas eram realizadas ao utente e familiares quando estavam presentes ou apenas aos utentes, incluindo outros membros da família na conversa terapêutica, mesmo sem estarem presentes (Wright & Leahey, 2012).

Utilizaram-se questões lineares, estratégicas, reflexivas e circulares, durante as entrevistas convencionais e várias técnicas de intervenção interacionais como: rituais terapêuticos, metáfora, a amplificação da narrativa alternativa e as abordagens orientadas para a solução.

No decurso da prestação de cuidados, foi elogiado um ou mais pontos fortes da família e individuais, indo de encontro aos princípios-chave da entrevista familiar propostos por Wright & Leahey (2012).

Ao realizar as consultas, tentou-se esclarecer as competências adquiridas nas consultas anteriores e a forma como lidaram com os seus problemas de saúde/doença, para avaliar o que lhe foi mais útil, os problemas a evitar, os sucessos a repetir e pontos fortes. Neste sentido, reconheceu-se a experiência

do utente e família na gestão dos problemas de saúde, utilizando-a para a definição dum plano de ação com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde de ambos.

Durante as consultas de enfermagem, quer na USF, quer em contexto domiciliário solicitou-se o histórico familiar e hereditário dos vários tipos de famílias, e as suas redes de apoio da família extensa e comunitárias. Aplicaram-se instrumentos de avaliação estrutural, como o genograma e o ecomapa, que já tinham sido aplicados no outro estágio e que agora foram alvo de atualização em duas famílias, uma família nuclear, que, entretanto, nasceu um filho e outra família reconstruída.

Também se aplicou a Escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001), na avaliação estrutural de várias famílias com pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário, que permitiu conhecer a classe social de cada família, sendo esta possível de registar no SClínico.

O conhecimento mais aprofundado do histórico familiar e hereditário, da situação profissional de cada um dos membros, dos seus problemas de saúde, dos vínculos entre os diferentes elementos e da influência da família extensa e dos sistemas mais amplos no processo de saúde/doença da família e de cada membro, permitiu implementar intervenções direcionadas para um melhor funcionamento das famílias e dos seus membros, tendo em conta os recursos e os fatores de risco por ela identificados.

Simultaneamente, os próprios utentes e familiares ao refletirem sobre as suas relações com os restantes membros da família e com o ambiente, consciencializaram como estas condicionam os seus processos de saúde/doença.

Na avaliação dos utentes identificaram-se várias crenças e cultura familiar, umas dificultadoras, outras facilitadoras do seu processo de saúde/doença.

Um exemplo de crenças e cultura familiar dificultadora foi o caso duma mãe duma família reconstruída, com antecedentes de violência doméstica e satisfação conjugal comprometida, que vive atualmente as relações na sua família com a ansiedade e medo de que esse padrão possa repetir-se. Outro exemplo é o de uma adulta que sofrendo de depressão major identificou que a influência da família ascendente não ajudava na sua recuperação.

A avaliação das crenças e cultura familiar teve como objetivo que as utentes avaliassem como estas influenciavam a sua saúde individual e a saúde familiar, servindo para se discutir novas formas de lidar com as crenças constrangedoras.

Também foram avaliados utentes e as famílias que apresentavam uma atitude de confiança e empreendedora face à sua capacidade para integrar novos desafios, e adaptar-se a transições não normativas, como foi o caso de filhos adultos que vinham acompanhar os seus pais idosos à consulta, sendo integrados na gestão do regime medicamentoso e do regime dietético para a hipertensão e diabetes, e que com a implementação dos cuidados necessários, obtiveram resultados que beneficiaram a gestão da doença crónica dos utentes idosos. Nestes casos, foi elogiada a sua capacidade de entreajuda e união nos processos de mudança, sendo estas consideradas forças da família de acordo com Gottlieb (2014).

Para a tomada de decisão na prestação de cuidados aos utentes e suas famílias em situações complexas, foram mobilizados conhecimentos tanto de enfermagem, como de outras ciências, como da educação para a saúde, dos cuidados em fim de vida, dos cuidados centrados no empowerment dos utentes e famílias.

Ao avaliar a forma como as famílias respondem às transições normativas ou não normativas, verificou-se que esta se reflete na saúde da família, que por sua vez, se vai refletir na saúde individual de cada um dos seus membros. Um destes exemplos, é o caso duma senhora adulta, casada com filhos adultos, que ao fazer uma narrativa retrospetiva, relatou que na consulta anterior estava com depressão major e que isso estava a afetar negativamente os filhos (quer na sua vida escolar, quer na sua condição de saúde). Após alguns anos nesta situação resolveu emigrar e deixar cá os filhos e o marido, referindo que esta seria a derradeira oportunidade. A decisão de deixar o país foi bem-sucedida, pois conseguiu diferenciar-se de si própria em relação à família ascendente, que segundo ela a afetava negativamente, e estabelecer novamente a sua identidade em relação a trabalho e independência financeira. O filho naquela altura já tinha deixado os estudos e foi trabalhar para junto da mãe, enquanto a filha ficou com o pai. Atualmente ambos retomaram os estudos e o cônjuge planeia ir ter com ela.

Esta situação fez refletir e pesquisar um dos alicerces teóricos da saúde familiar, a Teoria Geral dos Sistemas (Von Bertalanffy, 2023). Nesta teoria, a família é vista como um sistema, um todo e indivisível. Sendo um sistema, um conjunto de elementos em interação dinâmica (Von Bertalanffy, 1974), o estado de cada membro da família é condicionado pelo estado dos restantes e vice-versa. Por outras palavras, uma alteração num membro da família (neste caso, a doença da mãe) potencia uma mudança nos outros e, por sua vez, no sistema familiar como um todo, resultando em pior funcionamento familiar (KaaKinen & Hanson, 2010).

As interações entre os membros da família, baseiam-se em processos de causalidade circular, designados por ciclo de retroação ou feed-back (Von Bertalanffy, 2023). Neste caso, a doença da mãe originou uma série de dificuldades no subsistema filial e conjugal (relacionadas a dificuldade da mãe para exercer o papel maternal, a dificuldade do filho em continuar a estudar, a somatização da filha, entre outros). Contudo, estes problemas originaram, por sua vez, um agravamento do estado de saúde da mãe. O ciclo de retroação é, neste contexto familiar, de feed-back negativo. Quando a mãe começou a reabilitar, após a mudança e adaptação a um novo país, os filhos regressaram aos estudos e o marido irá ter com ela. O ciclo de retroação neste caso, mudou para positivo.

Durante a consulta interveio-se no sentido de ajudar a utente a identificar os papéis familiares, nomeadamente o papel maternal e conjugal e a definir limites menos permeáveis com a família de origem materna.

Para além desta situação complexa de prestação de cuidados, houve outras no sentido de ver os utentes individuais como membros participantes de um sistema familiar.

Algumas dessas situações prenderam-se com a prestação de cuidados a familiares idosos funcionalmente dependentes. Nalguns casos houve dificuldades na tomada de decisão para cuidar, sendo essa uma situação causadora de ansiedade e alterações na satisfação conjugal e na dinâmica familiar. Interveio-se, normalizando a situação, no sentido de cuidar da geração mais idosa, encorajando a expressão de emoções e crenças, referenciou-se para a psicóloga e otimizou-se a comunicação do casal sobre o assunto através da esposa, pois seria difícil agendar uma consulta com o casal.

Noutras situações, em que já havia uma relação de cuidado estabelecida, interveio-se na díade cuidador- familiar dependente, quando por motivo de agravamento do estado de saúde do familiar dependente, o cuidador manifestava comprometimento do papel e stress, que por sua vez se repercutia no tipo de cuidados prestados e na condição de saúde do familiar dependente. A intervenção de enfermagem foi desenvolvida no sentido de: capacitar a cuidadora; apoiá-la emocionalmente; avaliar em conjunto os recursos comunitários formais e informais de apoio domiciliário, incentivando a cuidadora a pedir ajuda; avaliar as barreiras arquitetónicas e a necessidade de adaptação do edifício, sugerindo possíveis alterações por forma a torná-lo mais seguro. Simultaneamente foram prestados cuidados à pessoa idosa direcionados ao compromisso nos autocuidados no sentido da readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) e cuidados direcionados ao tratamento de feridas pós-operatórias e de úlceras de pressão.

Outro tipo de situações complexas, envolveram o apoio a membros da família enlutados, como foi o apoio a um jovem, em que a mãe faleceu e se avaliou como estava a viver o processo de luto e a adaptação atual à família reconstruída do pai. Da avaliação feita, verificou-se que continuava o seu percurso formativo e pretendia acabá-lo para se tornar independente, estando a adaptar-se à família reconstituída do pai. Interveio-se, ajudando o utente a identificar os recursos e sistemas de apoio da família para aumentar o coping.

Simultaneamente interveio-se ao nível da prevenção primária, antecipando alguns cuidados relacionados com o desenvolvimento normativo do seu ciclo vital. Educou-se sobre o estabelecimento de relacionamentos íntimos, prevenção de gravidez indesejada e prevenção de comportamentos aditivos.

Da análise desta situação, verifica-se que a intervenção de enfermagem teve em consideração a influência das diferentes etapas do desenvolvimento familiar e individual na resposta dos utentes e suas famílias a problemas complexos.

Neste sentido, avaliaram-se várias famílias e o ciclo de desenvolvimento das mesmas, à luz das teorias do desenvolvimento, nomeadamente a do ciclo vital, como a de Carter & McGoldrick (1999). Na avaliação das tarefas verificou-se que algumas mudanças nas famílias não tinham ocorrido decorrentes das transições normativas em casa fase do ciclo vital e tentou-se saber a causa para ajustar as tarefas desenvolvimentais, tendo em consideração as crenças culturais e espirituais de cada indivíduo/família.

Ao avaliar diferentes situações de transição normativa e não normativa em famílias em fim de vida, verificou-se que haviam famílias que aceitavam a mudança de papéis inerente ao seu estágio do ciclo de vida, de acordo com Carter & McGoldrick (1999), desenvolvendo uma manutenção própria e funcionamento do casal face ao declínio fisiológico e explorando novas opções de papéis familiares e sociais. A este respeito atenderam-se em consulta, casais de idosos autónomos que apresentavam um processo familiar funcional, no que respeita à relação dinâmica, interação de papéis, comunicação familiar e satisfação conjugal. Estabeleciam relações fortes com a família extensa valorizando o convívio com os filhos, netos e bisnetos que iam a sua casa regularmente.

Noutros casais de idosos foi possível avaliar como lidavam com a perda de irmãos e outros companheiros, bem como se preparavam para a própria morte, revisão da vida e integração (Carter & McGoldrick, 1999). Através da narrativa retrospetiva uma idosa narrou a sua vida de cuidadora dos pais e dos filhos em simultâneo, relatando as dificuldades em conciliar os diferentes papéis, as dificuldades

sociais e financeiras porque deixou o estrangeiro e o trabalho para vir cuidar, estando, no entanto, com uma sensação de dever cumprido.

Considera que atualmente devido à situação profissional dos seus filhos emigrados, não terão a mesma disponibilidade para cuidar dela e o casal já perspetiva ir para um lar.

A reflexão sobre esta narrativa permite, por um lado, avaliar de que forma a doença de um familiar traz alterações na estrutura, papéis e funções familiares e, por outro lado, refletir sobre as atuais configurações das famílias em fim de vida, em que os casais de idosos moram sozinhos, com pouca retaguarda familiar porque os filhos estão emigrados.

Ao longo do estágio, realizaram-se várias consultas de enfermagem no domicílio a famílias nucleares de idosos, em que um dos cônjuges estava dependente e o outro se tornou cuidador, por falta de outra retaguarda familiar, havendo muitas vezes uma inversão de papéis em que o marido passou a ter a responsabilidade que anteriormente era atribuída à mulher: cuidado de saúde aos seus membros, cuidado doméstico, papel recreativo, entre outros. As alterações ocorridas, alteraram a capacidade da família em funcionar e a intervenção de enfermagem foi no sentido de: ajudar a família a usar estruturas de apoio, informar sobre os serviços de apoio domiciliário, incentivar à modificação da sua organização e à redistribuição dos papéis. Nalguns casos, os cônjuges cuidadores não aceitavam, contudo, existiram situações semelhantes em que com a nossa intervenção em colaboração com a família, houve capacitação das famílias.

Podemos analisar a forma como atuamos ao nível da prevenção secundária, de acordo com Hanson, (1996), no modelo de avaliação e intervenção da família, pois estabelecemos ordem das prioridades e tratamento na capacitação das famílias.

A prestação de cuidados neste tipo de situações no domicílio, revelou-se importante, já que muitas famílias eram do tipo unipessoal ou nucleares, constituídas por pessoas idosas, (verificando-se no caso das nucleares, que o cuidador é o cônjuge, também idoso) que viviam em meio rural, com uma rede de transporte deficitário.

Em várias situações ao longo da nossa intervenção avaliamos a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares, tendo recebido feedback positivo, reconhecendo como interessante a identificação dos familiares ou outras pessoas e instituições que poderiam ou não ser usados como recursos para um melhor funcionamento familiar. Também consideraram que as

entrevistas proporcionaram um momento de reflexão sobre os padrões familiares, contribuindo para mudanças promotoras do melhor funcionamento da família.

Ao longo do estágio, manteve-se uma atitude de imparcialidade, dando oportunidade à família ou aos seus membros individualmente, de emitirem a sua opinião, sendo um recurso para a co construção de mudanças, o que está de acordo com os pressupostos dos modelos de enfermagem familiar- MDAIF (Figueiredo, 2012) e MCAIF (Wright & Leahey, 2012). Esta relação de colaboração com a família constitui um fator chave para o sucesso das intervenções de enfermagem. As intervenções de enfermagem de família visaram os diferentes domínios do indivíduo/família: cognitivo, afetivo e comportamental e foram avaliadas no sentido das mudanças das famílias em situação de transição complexa de saúde (Wright & Leahey, 2012).

Ao intervir nas famílias integrou-se a investigação e evidências clínicas, através de relacionar as teorias da enfermagem de saúde familiar supracitadas ao longo da reflexão, com a prática, pedindo à enfermeira supervisora para identificar novos casos de famílias que pudessem responder às necessidades de formação e de investigação. Após avaliação dessas famílias foram discutidas e refletidas as escolhas das famílias e as interações com elas, avaliando a intervenção com a enfermeira supervisora. Também foram discutidas com a enfermeira supervisora, as potencialidades da utilização do programa de Saúde Familiar da plataforma de registo dos cuidados de enfermagem- SClínico- Perfil de Enfermagem.

Durante o ensino clínico foi promovido o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, investindo na frequência de várias atividades formativas e na divulgação de trabalhos científicos.

*Atividades formativas:*

– Participação no 4º Seminário Nacional/1º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de São João- "O Debate", que decorreu nos dias 25 e 26 de setembro de 2025;

- Participação no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária, Saúde Pública e Saúde Familiar, que decorreu no Instituto Politécnico de Santarém, na Escola Superior de Saúde nos dias 8 e 9 de janeiro de 2026;

*Divulgação de trabalhos científicos:*

- Apresentação da Comunicação oral: "Implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio", em coautoria, via online, durante o 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária, Saúde Pública e Saúde Familiar, que decorreu no Instituto Politécnico de Santarém, na Escola Superior de Saúde nos dias 8 e 9 de janeiro de 2026 (Anexo 1);

A realização destas formações e trabalhos contribuíram para aprofundar conhecimentos e melhorar a prática na área da saúde familiar.

**<u>Competência 2</u> - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar**

Ao longo do estágio promoveu-se a colaboração interdisciplinar entre os profissionais pertencentes à USF, a fim de contribuir para os cuidados de saúde à família. Por exemplo, durante a realização das consultas de enfermagem a utentes a realizar tratamento a feridas/úlceras, pediu-se colaboração ao médico de família para dar continuidade à prestação de cuidados.

Quando necessário também se referenciou o utente/família para outros profissionais de saúde, como o podologista, a psicóloga e a assistente social. Por exemplo, no caso dum casal de idosos a morarem sozinhos com apoio domiciliário para higiene da casa, higiene pessoal e serviço de refeições, durante a realização de consultas domiciliárias avaliou-se a necessidade de um suporte social mais eficaz, devido às fracas condições habitacionais e à rede familiar deficitária e articulou-se com a instituição de apoio domiciliário e com os familiares a fim de referenciar a situação para a assistente social.

Também houve necessidade de referenciar o utente/família para outras unidades funcionais ou instituições, como por exemplo para a UCC, nomeadamente para os enfermeiros especialistas em reabilitação e para o Centro Hospitalar da área, a fim de promover a continuidade dos cuidados de saúde e melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos. Na referenciação destes utentes/famílias utilizou-se a técnica baseada na mnemónica ISBAR (Identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações), para uma comunicação eficaz entre equipas.

A referenciação dos utentes/famílias para outros profissionais da unidade ou para outras unidades foi feita sempre com permissão dos utentes e da família/pessoa definida pela família para gerir os cuidados ao utente.

Também se receberam utentes/famílias de outras unidades funcionais ou instituições e garantiu-se a continuidade na prestação de cuidados.

Houve uma área particularmente desafiante durante o estágio que foi a realização de consultas de enfermagem no domicílio a utentes dependentes de acordo com a escala de Barthel, com dificuldade em se deslocar à unidade. Eram realizadas por mim e pelas várias enfermeiras de família ou em equipa médico/enfermeira de família e tinham carácter preventivo ou curativo. Eram realizadas a pedido do utente, do familiar/cuidador, por iniciativa dos profissionais ou por referenciação de outras unidades.

Os utentes dependentes estavam em famílias de acolhimento, em ERPI e nas suas famílias. No que respeita aos utentes dependentes a viverem com a sua família, eram idosos a viver com o cônjuge que era o prestador de cuidados, noutros casos a pessoa dependente já estava viúva e a coabitar com a filha ou filho que era o prestador de cuidados. Havia também casos em que ambos os idosos eram dependentes e estavam a ser cuidados por uma filha. Noutros casos, a pessoa dependente estava a coabitar com outros familiares na linha colateral de parentesco (primos).

Verificam-se situações cada vez mais diversificadas de prestação de cuidados a familiares dependentes, decorrentes da vida pessoal e profissional dos familiares e das alterações estruturais nas famílias. Os filhos que trabalham, têm uma pessoa contratada para cuidar que vão arranjar no seio das relações de vizinhança ou na família extensa. Existem outros casos de filhos que optaram por uma relação de partilha de cuidados, havendo vários prestadores de cuidados, verificando-se aqui duas situações distintas: os filhos que não coabitam vão prestar cuidados de forma rotativa a casa do familiar dependente ou o familiar dependente vai rodando pelo domicílio dos diversos filhos. Nesta última situação, houve um caso dum filho de um idoso dependente, pertencente a uma família monoparental com guarda partilhada a cuidar do pai dependente, em regime de partilha de cuidados com os restantes irmãos, havendo uma cuidadora contratada que se desloca para prestar cuidados no domicílio dos vários filhos.

Vêem-se ainda casos de utentes dependentes em que o casal são ambos dependentes, com um cuidador não coabitante ou sem cuidador e que têm apoio domiciliário de instituição formal de apoio domiciliário para higiene, serviço de refeição e higiene da casa.

Este grupo de utentes idosos dependentes a necessitarem de cuidados de enfermagem no domicílio foi prevalente ao longo do estágio. Necessitavam de re (avaliação) biopsicossocial contínua devido a várias situações como: o isolamento e a fragilidade da rede de suporte (em alguns casos os filhos estavam ausentes no estrangeiro ou em outros locais); as condições habitacionais deficitárias; os problemas de saúde mental ou comportamentos aditivos (álcool e tabaco); o baixo nível socioeconómico; as

alterações significativas na dinâmica familiar (luto e viúvez); o tratamento da doença oncológica e estratégias não farmacológicas para alívio da dor e os prestadores de cuidados sem potencial para melhorar a capacidade e o conhecimento sobre o cuidar.

A intervenção de enfermagem passou por: avaliar as condições habitacionais (segurança e higiene); as relações familiares; a rede familiar e social de apoio; educar sobre os apoios comunitários existentes para auxiliar no cuidado ao domicílio (lares, apoio domiciliário, centro de dia, entre outros) e sobre os apoios económicos e capacitar o cuidador, com vista a melhorar a sua capacidade para tomar conta e diminuir o stress do prestador de cuidados. Para além destas intervenções realizamos o tratamento a feridas/úlceras de pressão e atualizamos do estado vacinal de todos os membros da família. Quando necessário referenciamos para outros profissionais da equipa e para outras unidades.

A prestação de cuidados domiciliários aos utentes dependentes permitiu conhecer a população idosa dependente inscrita na área de influência da unidade quanto às características sociodemográficas e necessidades de cuidados de saúde. Este conhecimento, as dúvidas sobre esta realidade sociofamiliar, em conjunto com o levantamento duma lista de utentes dependentes já identificada pela equipa de enfermagem foi o mote para enveredar por um trabalho de investigação, intitulado: "*Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio"*, que será desenvolvido no capítulo seguinte.

Aprofundar o conhecimento desta realidade familiar, na perspetiva do cuidador, pareceu de importância capital para responder melhor às necessidades de saúde e capacitar as famílias para esta transição do ciclo vital.

Por outro lado, o trabalho com estes utentes promoveu a reflexão com a equipa de enfermagem sobre a configuração atual das famílias com pessoas idosas dependentes a cargo, sendo discutidos o modelo de partilha de cuidados na família, a rede social de suporte, quer informal, quer formal e exploradas as debilidades e as forças da família na prestação de cuidados. O apoio informal é constituído pelos vizinhos, amigos e família extensa e o apoio formal é constituído pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que realizam apoio domiciliário e pelos serviços de saúde.

Desta reflexão surgiu a proposta de elaboração de um procedimento sobre: Consulta de enfermagem ao utente dependente/prestador de cuidados/família, com objetivo de responder a uma necessidade de serviço de uniformizar e melhorar a prestação de cuidados de enfermagem ao utente dependente e ao prestador de cuidados/família. Para além do procedimento, foi proposto e elaborado um "Guia de

acolhimento do cuidador", que será utilizado pelos enfermeiros de família durante a consulta e será fornecido aos prestadores de cuidados/família para consolidar os cuidados prestados. Possui algumas orientações para a capacitação dos cuidadores, no que respeita a estratégias de autocuidado, adaptar-se à situação e pedir e aceitar ajuda na família e na comunidade. O conjunto de estratégias visam aumentar a resiliência para cuidar, quer no prestador de cuidados, quer na família. Destacam-se as estratégias desenvolvidas em relação a pedir e aceitar ajuda na família que vêm colmatar uma falta de informação na área de saúde familiar que também não existe no programa informático de documentação de cuidados- SClínico- Perfil de enfermagem.

O procedimento com o guia de acolhimento foram apresentados e discutidos em equipa de enfermagem e podem ser consultados em anexo 2.

Para complementar a educação dos utentes/prestadores de cuidados/família nesta área também foi desenvolvido um poster que pode ser consultado em anexo 3.

Para além da elaboração deste procedimento, fez-se a revisão dum Procedimento sobre Prevenção de úlceras por pressão, que englobou a leitura do procedimento existente no Manual de Qualidade do Agrupamento de Centros de Saúde a que a unidade pertencia e o levantamento da evidência científica na área. A revisão do procedimento teve como objetivos: uniformizar as práticas dos enfermeiros quanto à avaliação do risco de úlcera por pressão, diagnósticos e intervenção; evitar o aparecimento de úlceras por pressão a todos os utentes que apresentem fatores de risco para desenvolver úlcera de pressão; diminuir o sofrimento físico e emocional do utente e cuidador, potenciar a sua qualidade de vida e diminuir os custos em consumo de materiais, recursos humanos e de tempo. A sua revisão foi relevante para a atualização dos conhecimentos da equipa de enfermagem na área, a fim de atuarem no número elevado de idosos em risco de desenvolver úlceras de pressão e na necessidade de capacitação do cuidador nesta área. Esta atividade teve como foco inovador a discussão sobre a família e o envolvimento desta nos cuidados à pessoa com úlcera de pressão.

Ao longo do estágio promoveu-se o planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, como por exemplo, no levantamento dos utentes elegíveis para vacinação sazonal – crianças, adultos e idosos de acordo com o motivo de elegibilidade e procedeu-se à sua convocatória. Para além disso, aproveitaram-se todas as consultas dos utentes/famílias quer na unidade, quer no domicílio, como oportunistas para administração da vacina sazonal.

Simultaneamente, promoveu-se o planeamento e execução da campanha de vacinação na comunidade- vacinação programada por aldeia/freguesia aos grupos elegíveis para vacinação sazonal das vacinas da gripe e covid-19, conseguindo desta forma uma maior cobertura vacinal num espaço de tempo mais curto, aumentando a prevenção das doenças preveníeis pela vacinação, bem como das suas complicações nos utentes/famílias/comunidade. Ao desenvolver esta atividade, interveio-se, sensibilizando os elementos da família para a importância da vacinação. Por outro lado, foi uma oportunidade para conhecer a rede familiar e de proximidade de alguns utentes.

Ao longo do estágio promoveu-se uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação interprofissionais, através de:

- Participar numa formação em serviço desenvolvida pelos médicos internos de medicina geral e familiar, subordinada ao tema: "Suporte Básico de Vida", no dia 29/01/2026;

- Discutir as práticas diárias de cuidados de enfermagem com os enfermeiros de família;

- Propor e colaborar na elaboração/revisão de procedimentos para a unidade, referidos anteriormente, indo de encontro às necessidades do serviço;

- Envolver a equipa de enfermagem na seleção dos participantes para o estudo de investigação: *"Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio".*

Ao longo do estágio foi-se criando uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diferentes níveis de prevenção. Ao nível da prevenção primária monitorizaram-se vários parâmetros antropométricos do utente e de outros membros da família no decurso da realização das consultas, bem como foram desenvolvidas atividades de educação para a saúde conforme as necessidades identificadas e relatadas. Isto foi realizado no âmbito dos diferentes programas de vigilância da saúde dos utentes ao longo do ciclo vital (saúde infantojuvenil, planeamento familiar e saúde reprodutiva, saúde materna, saúde do adulto, saúde do idoso), reduzindo fatores de risco e englobando sempre a família do utente nessas consultas.

Para além disso, também se interveio na promoção da saúde da família através de avaliar a fase do ciclo vital familiar e verificar de que forma a família está a desenvolver as tarefas referentes àquela fase, no sentido da sua adaptação e bem-estar. Agindo desta forma podemos explicar a nossa intervenção de acordo com o modelo de avaliação e intervenção de Hanson, que refere que a prevenção primária é o conhecimento geral aplicado na avaliação e intervenção familiares, para identificar e reduzir fatores de risco e fatores de stress ambiental a fim de prevenir reações (Hanson, 1996).

Ao nível da prevenção secundária, fizeram-se rastreios, por exemplo das doenças sazonais como a gripe e a covid-19, bem como rastreios do cancro do colo do útero que permitiram a deteção precoce de doenças agudas ou crónicas, de acordo com os procedimentos em vigor na unidade. Esta intervenção está de acordo Hanson (2005), quando se refere aos cuidados de enfermagem de saúde para famílias na comunidade no que respeita à prevenção secundária na doença aguda e crónica.

Também se desenvolveram estratégias de capacitação dos prestadores de cuidados e famílias para cuidarem dos utentes/familiares dependentes, como foi o caso da capacitação duma filha cuidadora para tomar conta da mãe após agravamento do grau de dependência no regresso a casa após a alta hospitalar. A sua capacitação permitiu diminuir o stress do prestador de cuidados e melhorar os cuidados prestados à utente dependente. Ao analisarmos esta intervenção verificamos que vai de encontro ao modelo de avaliação e intervenção de Hanson, pois estabeleceu-se a ordem de prioridades e o tratamento para reduzir os efeitos da doença (Hanson, 1996).

Ao nível da prevenção terciária, a intervenção foi nos processos adaptativos de reestruturação, a fim de restabelecer o funcionamento familiar saudável (Hanson, 1996). Foi o caso dum utente dependente em situação de isolamento social, com comportamento aditivo, e sem apoio familiar, que se encontrava a fazer tratamento a uma úlcera crónica da pele. Articulou-se com a assistente social no sentido de dar resposta à falta de apoio familiar e às fracas condições habitacionais e socioeconómicas. Passou a ter apoio domiciliário duma IPSS, a fim de lhe prestar serviços de higiene pessoal, higiene da casa, serviços de refeição, para transporte às consultas médicas, entre outros. Foi ainda avaliada a possibilidade de orientar para uma ERPI.

Outra situação foi a prestação de cuidados em contexto domiciliário a uma utente oncológica, durante a qual discutimos os vários tipos de tratamento possíveis, face às necessidades da utente, ajustados não só à condição de saúde, mas também aos hábitos de vida.

Ao longo do estágio, as experiências vividas serão potenciadoras, como enfermeira de família de um conjunto de famílias, da aquisição de competências na avaliação da condição de saúde da família e dos seus membros individualmente. Também permitirão refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo e família com base nos referenciais teóricos da disciplina e na melhor evidência disponível.

E é neste âmbito de melhor cuidar que se desenvolveu a investigação: "*Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio"*, que será descrita no capítulo seguinte.

# 3. ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo é apresentada a contextualização do estudo empírico, onde será explicado o surgimento do tema: *"Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio"*, para a realização do estudo de investigação em contexto da unidade curricular: Estágio de natureza profissional com relatório. De seguida, será desenvolvido: o enquadramento teórico sobre a temática; as opções metodológicas para desenvolver a investigação; a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos e principais conclusões do trabalho empírico, bem como as principais limitações e pontos fortes do estudo.

## 3.1. Contextualização do estudo

O estudo empírico a desenvolver ao longo da realização do estágio, surge por um lado de motivações pessoais para a investigação na área, que já vêm do passado. Em 2009, foi defendida a dissertação: "O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal", onde se descreveu o cuidado informal prestado no domicílio, as necessidades educativas do cuidador principal na prestação de cuidados e o apoio prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar.

Após o percurso percorrido durante o primeiro ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, entende-se a família enquanto sistema, em que a saúde do indivíduo afeta toda a função familiar que por sua vez, irá afetar a saúde de cada um. Após esta aprendizagem surge a necessidade de aprofundar as implicações familiares na prestação de cuidados pelos familiares à pessoa idosa dependente no domicílio.

Por outro lado, do contexto de estágio emergiu um grupo prevalente representado por utentes idosos, em que o número total de utentes inscritos com idade ≥ 65 anos é de 1436 utentes, que representam 35,9% do total de utentes, sendo que destes 807 têm idade ≥ 75 anos. O aumento da idade leva a um declínio funcional, sendo esta realidade observada durante o estágio, através do grupo de idosos dependentes, com necessidade de consultas domiciliárias de enfermagem e necessidade de (re)avaliação biopsicossocial contínua. Neste âmbito, surgiu a necessidade de realizar o procedimento da consulta de enfermagem à pessoa idosa dependente/prestador de cuidados/família.

Para além disso, verificou-se que havia uma necessidade de aprofundar conhecimento dos enfermeiros de família na área da enfermagem de saúde familiar, nas famílias com uma pessoa idosa dependente a cargo, e que faltava suporte documental dos cuidados nesta área, pois o programa informático de registo utilizado pelo enfermeiros de família - Programa de saúde: Dependentes, documenta o processo de enfermagem nos focos mais direcionados para a avaliação e intervenção na pessoa idosa dependente e no prestador de cuidados e não na família enquanto unidade de cuidados.

## 3.2. Enquadramento teórico

Para fazer uma análise das implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio, fez-se uma revisão narrativa da literatura. Começou-se por analisar o fenómeno do envelhecimento e da dependência na sociedade atual, em particular na sociedade portuguesa e o cuidado familiar informal como resposta frequente ao aumento de pessoas idosas em situações de dependência e necessidade de cuidado contínuo no domicílio.

De seguida apresentam-se os três domínios principais das implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio, de acordo com a literatura: implicações do cuidado no cuidador, implicações do cuidado na família e fatores de resiliência e debilidade do cuidador/ família para cuidar, sendo neste último domínio explorado o papel dos enfermeiros na equipa de saúde no apoio às famílias com idosos dependentes no domicílio. Embora na realidade estes domínios se interliguem e influenciem, pois, o próprio cuidador faz parte da família, e pela análise sistémica da família, é difícil definir onde começam as implicações de um e acabam as de outro, iremos analisá-las separadamente, a fim de se tornar mais compreensível.

### 3.2.1. Implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio

Nas últimas décadas, em Portugal, as alterações na população residente devido à baixa natalidade e ao aumento da longevidade, sugerem a continuação do envelhecimento demográfico.

No que respeita à última década, em relação ao índice de envelhecimento em 2015, por cada 100 jovens residiam em Portugal 147,6 idosos, número que aumentou para 192,4 em 2024 (188,1 em 2023) (Instituto Nacional de Estatística, 2025). Da mesma forma, o índice de dependência total continuou a aumentar, acentuando a pressão demográfica sobre a população em idade ativa (Instituto

Nacional de Estatística, 2025). Em 2015, por cada 100 pessoas em idade ativa residiam em Portugal 53,9 jovens e idosos, número que aumentou para 58,7 em 2024 (58,5 em 2023) (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

O aumento do índice de dependência total decorreu em simultâneo com o decréscimo continuado do índice de dependência de jovens, que passou de 21,8 jovens por cada 100 pessoas dos 15 aos 64 anos, em 2015, para 20,1, em 2024 (20,3 em 2023) e foi acompanhado pelo agravamento progressivo do índice de dependência de idosos, de 32,1 idosos por cada 100 pessoas dos 15 aos 64 anos em 2015 para 38,6 em 2024 (38,2 em 2023) (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

No futuro estima-se que entre 2015 e 2080, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

A existência de uma relação entre envelhecimento e incapacidade tem sido evidenciada na literatura (Chen et al., 2018). A presença de multimorbilidade frequente entre as pessoas idosas tem uma associação significativa com o declínio funcional e/ou dependência (Wang et al., 2017). Pessoa dependente, é aquela que se encontra em situação de défice ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza e não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária (Decreto lei 101/2006, 2006), necessitando dum cuidador.

O quadro demográfico, o perfil da população portuguesa em situação de dependência e ou incapacidade e os contextos e dinâmicas familiares, impelem o desenvolvimento de medidas de atenção à pessoa que cuida, que maioritariamente pertence à família, bem como aos restantes membros familiares. Esta premissa está de acordo com o objetivo de desenvolvimento sustentável nº 3, que defende a garantia do acesso à saúde de qualidade e promoção do bem-estar para todos, em todas as idades, inserido na agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada por todos os estados-membros das Nações Unidas em 2015 (Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável, 2026).

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e organização familiar, ultrapassando as novas formas de família e alargando-se ao aumento da diversidade das interações conjugais, mesmo no âmbito das estruturas familiares tradicionais, como as famílias nucleares (Figueiredo et al., 2011). Apesar destes processos de

transformação, a família mantém-se como unidade emocional e afetiva, espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se como unidade transformativa e auto-organizativa (Figueiredo, 2009).

As famílias são um dos fatores de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde. A continuação da família enquanto cuidadora, é fundamental tendo em consideração os desafios no futuro demográfico de Portugal e os custos associados com os cuidados de saúde e respostas sociais.

Definindo família como um sistema de saúde para os seus membros, alguns autores consideram que esta supervisiona o estado de saúde dos seus membros, toma decisões quanto aos caminhos a seguir, no caso de queixas e de sinais de mal-estar, avalia e acompanha a saúde dos seus membros, pedindo auxílio a pessoas significantes e/ou profissionais (Elsen et al., 2002).

A literatura analisada situa o cuidado familiar informal como resposta frequente ao aumento de pessoas idosas e, consequentemente, de situações de dependência e necessidade de cuidado contínuo no domicílio (Moreira et al., 2018; Moura et al., 2019).

A própria continuação dos cuidados informais no seio familiar é também, reconhecida como uma condição preferencial para as pessoas que recebem cuidados (Sakakibara et al., 2015).

De acordo com Figueiredo (2009), a família é o contexto onde se desenvolvem padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, sendo que a forma como a família é capaz de gerir as transições de saúde de um dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar. Assim, a forma como a família vai responder à doença de um familiar idoso dependente, vai influenciar a saúde da família. De acordo com esta perspetiva, torna-se importante entender melhor este processo de transição dos familiares para o novo papel de cuidadores, bem como entender como a resposta da família à doença do familiar idoso, vai influenciar a saúde da família.

Para compreender a transição da família para o novo papel de cuidadora, recorreu-se a uma teoria de médio alcance – A Teoria das Transições de Meleis. Nesta teoria, a transição é caracterizada por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e pode ser definida através de indicadores de processo e dos resultados finais (Meleis, 2010). A transição implica a passagem de um estado para o outro, pelo qual se espera alcançar a adequada adaptação ao novo papel e/ou situação. Neste pressuposto existem fatores que podem funcionar como inibidores ou facilitadores de uma transição eficaz, tais como os conhecimentos e capacidades, o significado pessoal, as crenças e atitudes, a condição socioeconómica e os recursos comunitários e sociais disponíveis (Meleis et al., 2000). Assim,

as respostas dos cuidadores a todo este processo, o seu envolvimento, a confiança evidenciada e as estratégias de coping a que estes recorrem são indicadores de processo, que se esperam adequados, para que os indicadores de resultado (mestria e integração do novo papel) sejam os mais eficientes e saudáveis possíveis (Melo et al., 2014).

Segundo a Teoria das Transições, os cuidadores familiares experienciam uma transição do tipo situacional (Schumacher & Meleis, 1994). Este tipo de transição inclui situações inesperadas que ocorrem na vida da pessoa e requerem uma redefinição dos seus papéis e/ou integração de novos.

Para entender como a resposta da família à doença do familiar idoso, vai influenciar a saúde da família é necessário recorrer à Teoria Geral dos Sistemas (Von Bertalanffy, 2023), um dos alicerces teóricos da saúde familiar. Nesta teoria, a família é vista como um sistema, logo uma alteração num membro da família (neste caso, o idoso dependente) potencia uma mudança nos outros e, por sua vez, no sistema familiar como um todo, resultando em alterações no funcionamento familiar (alteração nas relações, redefinição das funções e papéis familiares), nas quais o cuidador assume uma posição central.

As interações entre os membros da família, baseiam-se em processos de causalidade circular, designados por ciclo de retroação ou feed-back (Von Bertalanffy, 2023). Neste caso, a doença do familiar idoso pode levar a uma série de dificuldades na família (relacionadas as dificuldades financeiras, dificuldades na prestação de cuidados, de distribuição das novas tarefas e papéis e manutenção dos papéis existentes, comunicação familiar, sobrecarga do cuidador), que, por sua vez, essas dificuldades podem levar à dificuldade na prestação de cuidados pelo cuidador e a um agravamento do estado de saúde do familiar idoso. O ciclo de retroação é, neste contexto familiar, de feed-back negativo.

Por outro lado, se houver uma boa preparação, conhecimento e recursos dos familiares para cuidar, para além de outros fatores facilitadores, pode levar a melhores condições para cuidar e a um melhor estado de saúde do familiar idoso. O ciclo de retroação neste caso, será positivo.

De acordo com a literatura, as implicações familiares de cuidar de idosos dependentes em casa são profundas e estendem-se pelos domínios emocional, social, económico e de saúde, quer no cuidador, quer na família.

De seguida serão analisadas as implicações familiares do cuidado no cuidador.

#### 3.2.1.1. Implicações do cuidado no cuidador

O cuidador familiar ou membro da família prestador de cuidados é aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, 2016).

O papel de cuidador normalmente abrange apoio físico e emocional a idosos, particularmente aqueles com condições debilitantes, como demência ou doenças crónicas (Aly et al., 2023; Oliveira-Monteiro et al., 2018).

Em primeiro lugar, o papel do cuidador principal frequentemente muda para membros específicos da família, muitas vezes filhos adultos ou cônjuges (Sakakibara et al., 2015). Esses membros da família, particularmente as mulheres, tendem a assumir a maior parte das horas de cuidados, o que pode resultar em tensão física e emocional (Silva et al., 2020; Xie et al., 2016).

Outros autores referem igualmente que o cuidado tende a ser assumido por familiares (muitas vezes mulheres) (Amaro et al., 2019; Cardoso et al., 2019; Costa et al., 2018; Moura et al., 2019; Oliveira et al., 2015; Oliveira & Moura, 2017; Ramírez-Pereira et al., 2018), embora estudos também descrevam crescimento/maior visibilidade de cuidadores homens, especialmente quando se investiga especificamente esse grupo (Moherdaui et al., 2019; Moreira et al., 2018). Esse pano de fundo é relevante porque várias "motivações" relatadas não são apenas escolhas subjetivas, mas respostas a estruturas familiares, disponibilidade de apoio e expectativas sociais percebidas pelos cuidadores (Costa et al., 2018; Madureira, 2010; Oliveira et al., 2015; Ramírez-Pereira et al., 2018).

Assim, falar em "motivações" exige considerar que elas podem coexistir (por exemplo, afeto e obrigação) e variar conforme o vínculo (filho, cônjuge), história relacional e rede de suporte (Moherdaui et al., 2019; Moreira et al., 2018; Oliveira et al., 2015).

A literatura consultada sugere que cuidar por "obrigação" pode ter implicações psicossociais distintas quando comparada a outras motivações como "retribuição". Manoel et al. (2013), refere no seu estudo uma sobrecarga nos cuidadores relacionada com o cuidar por obrigação que influencia a função de cuidador. Num outro estudo com homens, os autores discutem evidências de que cuidar motivado predominantemente por "retribuição" favorece a motivação quando as dificuldades inerentes ao cuidado se apresentam (Moreira et al., 2018). Moherdaui et al. (2019), também refere que cuidar por

obrigação relaciona-se com maiores índices de sobrecarga, depressão e ansiedade quando comparado com um cuidado motivado pela reciprocidade. Ainda assim, os resultados destes estudos devem ser interpretados com cautela, pois a evidência apresentada é, em grande parte, de natureza qualitativa e correlacional, e não estabelece causalidade (Costa et al., 2018; Manoel et al., 2013; Moherdaui et al., 2019; Moreira et al., 2018).

De facto, a literatura remete para várias implicações do cuidado no cuidador, subdividindo-as em vários subdomínios: psicológicas e emocionais, saúde física, económicas e sociais. Quanto às implicações psicológicas e emocionais, estas podem ser negativas ou positivas.

Nas implicações negativas, os cuidadores experimentam, muitas vezes, níveis elevados de ansiedade, stress e depressão resultantes das suas responsabilidades (Biran et al., 2022; Xie et al., 2016). Esta responsabilidade contínua pode levar ao esgotamento do cuidador, exacerbando o sofrimento psicológico e diminuindo a sua qualidade de vida (Kimura et al., 2019; Li et al., 2023).

Alguns autores defendem ainda que o aumento de stress nos cuidadores se deve à mudança de um modelo de responsabilidade partilhada em famílias alargadas para uma abordagem principalmente centrada na família nuclear (Sakakibara et al., 2015).

Para além das implicações negativas, os cuidadores também podem obter uma sensação de realização e afinidade com a experiência de cuidar. As recompensas psicológicas e emocionais derivadas dos cuidados — tais como o crescimento pessoal e a satisfação emocional — podem muitas vezes contrariar alguns dos conflitos relacionais que surgem durante os cuidados (Murphy et al., 2023).

Além disso, os cuidadores muitas vezes precisam de desenvolver novas habilidades e competências para gerir as várias necessidades dos familiares idosos. Essas habilidades podem incluir gestão médica, apoio emocional e gestão doméstica, já que os cuidadores normalmente assumem responsabilidades que vão além dos papéis familiares tradicionais (Silva et al., 2020). Por exemplo, os cuidadores podem ter de tomar decisões críticas sobre cuidados médicos, higiene e nutrição, adaptando-se às necessidades em evolução dos seus familiares idosos (Hayati & Astari, 2020). Esta nova responsabilidade de cuidar pode levar a um aumento do sentimento de competência e confiança nas capacidades de prestação de cuidados, uma vez que os cuidadores relatam frequentemente um crescimento pessoal e uma melhoria na regulação emocional à medida que enfrentam estes desafios (Sya'diyah et al., 2023).

As implicações do cuidado para a saúde física dos cuidadores também são cruciais. Alguns estudos demonstraram que os cuidadores muitas vezes negligenciam a sua própria saúde e bem-estar enquanto se concentram nas necessidades dos idosos, levando a um declínio na sua saúde física e, consequentemente, a uma redução na sua capacidade de cuidar (Nortey et al., 2017; Ubenoh et al., 2019). A função de cuidador tem sido associada a uma maior prevalência de problemas de saúde crónicos entre os cuidadores, incluindo problemas cardiovasculares e diminuição da saúde mental (Han et al., 2014; Loureiro et al., 2013).

Ao nível económico, os cuidadores familiares enfrentam, muitas vezes, encargos financeiros significativos. Muitos cuidadores precisam reduzir as horas de trabalho ou deixar o emprego para cumprir as responsabilidades de cuidados, levando a uma perda de rendimento e potencial instabilidade financeira a longo prazo (Sabzwari et al., 2016; Sya'diyah et al., 2022).

Além disso, os cuidadores muitas vezes enfrentam uma pressão nas suas redes sociais, uma vez que as funções de prestação de cuidados podem limitar a sua capacidade de se envolver fora da esfera familiar. Este isolamento social pode exacerbar ainda mais os conflitos e levar a sentimentos de solidão entre os membros da família. Por exemplo, os cuidadores que vivem com doentes com Alzheimer relatam frequentemente uma deterioração na qualidade das suas relações devido ao stress da prestação de cuidados (Kim et al., 2024).

As implicações do cuidado estendem-se também ao resto da família, manifestando-se em várias áreas da saúde familiar que irão ser descritas a seguir.

#### 3.2.1.2. Implicações do cuidado na família

De acordo com a bibliografia consultada as implicações na família podem dividir-se em vários subdomínios: relações familiares, papéis familiares, comunicação familiar e finanças familiares.

*Relações familiares*

Cuidar de idosos dependentes em casa influencia significativamente as relações familiares, criando dinâmicas interpessoais complexas que podem levar a resultados positivos e negativos. As implicações desse papel de cuidador podem afetar os laços familiares, alterar os padrões de comunicação e remodelar a forma como os membros da família se relacionam entre si.

Uma implicação principal é a alteração da dinâmica relacional dentro das famílias, muitas vezes levando ao aumento da tensão e do conflito.

Em muitos casos, as tarefas de prestação de cuidados recaem desproporcionalmente sobre um ou dois membros da família, o que pode levar a ressentimentos e conflitos, particularmente em famílias alargadas, onde vários membros podem sentir que devem contribuir (Kyei-Arthur & Codjoe, 2021; Tumanggor et al., 2021).

Outros autores também defendem que quando o cuidador assume um papel mais autoritário nas decisões relacionadas aos cuidados, muitas vezes, resulta em sentimentos de ressentimento ou conflito entre outros membros da família, que podem sentir-se excluídos ou subutilizados nas tarefas de cuidados (Reid & O'Brien, 2021; Sya'diyah et al., 2023).

O contexto cultural desempenha um papel significativo na formação da dinâmica familiar, especialmente no que diz respeito às normas e expectativas de cuidados. Em culturas onde a convivência multigeracional é comum, os cuidados são frequentemente uma responsabilidade partilhada. Este imperativo cultural pode levar a sentimentos de obrigação e culpa entre os familiares que podem sentir-se incapazes de prestar cuidados adequados (Martín-Martín et al., 2021). É vital reconhecer como estas expectativas culturais moldam as respostas da família aos desafios dos cuidados e exigem uma compreensão mais ampla da dinâmica dentro do lar.

Também Triyono (2017), defende que, em muitas culturas, a expectativa de que os membros da família cuidem de parentes idosos está profundamente enraizada, reforçando a obrigação familiar e muitas vezes levando à suposição de que cuidar de idosos é uma responsabilidade compartilhada entre todos os membros da família. Essa perspetiva pode promover um senso de dever, mas também pode levar a encargos indesejados, especialmente em famílias que passam por mudanças geracionais ou urbanização, o que tende a enfraquecer os sistemas de apoio tradicionais (Xie et al., 2016).

Algumas pesquisas indicam que as relações familiares tensas não apenas deixam de apoiar os cuidadores, mas também podem impedir a melhoria do estado de saúde do utente, especialmente entre cuidadores de indivíduos com demência (Lin et al., 2024). Essa dinâmica é ainda mais enfatizada por descobertas que destacam que a carga do cuidador frequentemente se correlaciona com conflitos familiares, onde desacordos entre os membros da família em relação às decisões e responsabilidades de cuidados criam uma atmosfera de stress e ressentimento (Browning et al., 2024; Kwak et al., 2012). Segundo estes autores os membros da família podem discutir sobre a distribuição das

responsabilidades de cuidados ou os métodos utilizados para prestar cuidados, levando a mal-entendidos e relações tensas. Tais desafios podem, por vezes, fomentar uma cultura de culpa dentro das famílias, afetando negativamente o bem-estar geral da família.

Outros estudos identificaram também uma correlação entre o peso dos cuidados e os conflitos familiares, indicando que as divergências sobre a logística dos cuidados podem afetar significativamente a harmonia familiar (Reis et al., 2017; Widyastuti et al., 2023).

Numa outra perspetiva, existem estudos que alertam que os cuidados podem ter consequências positivas para os relacionamentos entre os membros da família, podendo aumentar a intimidade emocional e o apoio, desde que se comuniquem de forma eficaz e se apoiem mutuamente ao longo do processo de prestação de cuidados (Hui et al., 2011; Yu et al., 2021).

Também Widyastuti et al. (2023) referem que quando os membros da família trabalham juntos para prestar cuidados, isso pode levar a um sentimento de união e propósito comum, fortalecendo os laços familiares.

Alguns autores estudaram ainda de que forma as implicações nas relações familiares variam em função da etapa do ciclo vital da família cuidadora, bem como as abordagens personalizadas sugeridas para gerir eficazmente o contexto dos cuidados e garantir a manutenção das relações familiares saudáveis.

Na fase inicial do ciclo de vida familiar, os novos casais concentram-se em estabelecer a sua relação e, potencialmente, em constituir família (Silva et al., 2020). Esta fase é caracterizada pela negociação de papéis e expectativas relativas à gestão do lar e às tarefas de prestação de cuidados. Quando os pais idosos dependentes necessitam de cuidados, isso pode perturbar a dinâmica familiar recém-estabelecida, criando tensão, uma vez que os casais têm de equilibrar as suas responsabilidades de prestação de cuidados com as tarefas de desenvolvimento de estabelecer intimidade e cuidar de crianças pequenas (Ayu Henny Achjar et al., 2024).

Durante esta fase, a comunicação e o trabalho em equipa são cruciais. Silva et al. (2020), enfatizam que o apoio profissional às famílias é fundamental para ajudá-las a reorganizar-se em torno da tarefa de prestação de cuidados, garantindo que os papéis sejam claramente definidos e as responsabilidades partilhadas para minimizar conflitos e melhorar o apoio. Isto é essencial à medida que os parceiros fazem a transição de se concentrarem exclusivamente nas necessidades do seu relacionamento para acomodarem responsabilidades familiares maiores.

À medida que as famílias entram na fase de lançar os filhos na vida adulta, muitas vezes redirecionam a atenção para os pais idosos, que agora podem precisar de assistência, o que pode provocar sentimentos de tensão emocional e financeira, à medida que conciliam as suas próprias responsabilidades com as necessidades emergentes de cuidados (Hayati & Astari, 2020).

Também Ayu Henny Achjar et al. (2024), refere que a dinâmica de várias gerações a viverem juntas pode complicar ainda mais os cuidados. Os filhos adultos que cuidam dos pais idosos enquanto ainda criam os seus próprios filhos fazem frequentemente parte de uma geração sanduíche, o que leva a um aumento do stress.

Também nas fases mais tardias do ciclo de vida familiar, os filhos adultos podem dar por si a cuidar dos pais idosos, muitas vezes acompanhados por um aumento do peso emocional devido ao planeamento do funeral e ao luto após a morte de familiares (Rabelo & Néri, 2015; Silva et al., 2023). Estas tarefas podem afetar profundamente a dinâmica familiar e a satisfação relacional. O apoio emocional partilhado entre os membros da família pode influenciar significativamente a sua capacidade coletiva de prestar cuidados. As famílias podem precisar de reavaliar os seus papéis e sistemas de apoio para lidar não só com os aspetos práticos dos cuidados, mas também com o impacto psicológico sobre os cuidadores (Silva et al., 2023).

Em qualquer das etapas do ciclo vital da família existe uma adaptação a uma nova situação de doença de um dos seus familiares.

A comunicação familiar eficaz torna-se crucial, uma vez que os filhos devem discutir as necessidades dos pais e coordenar os cuidados, ao mesmo tempo que gerem as suas relações com os seus próprios filhos e parceiros. Também Ayu Henny Achjar et al. (2024) e Flores González & Seguel Palma (2016), referem que quando as famílias promovem a cooperação intergeracional e o apoio mútuo, elas podem satisfazer as necessidades tanto dos idosos quanto dos membros mais jovens da família, melhorando seu funcionamento.

*Papéis familiares*

Das implicações analisadas anteriormente verifica-se que ao cuidar de idosos dependentes em casa, as alterações nos papéis familiares são profundas, resultando em mudanças significativas na dinâmica e nas responsabilidades familiares tradicionais. À medida que as famílias se envolvem nos cuidados, a distribuição de papéis dentro do lar muitas vezes muda, o que pode levar tanto a uma maior cooperação familiar quanto a um aumento do stress ou da carga.

O processo de prestação de cuidados muitas vezes leva à expansão dos papéis dos membros da família, fazendo com que eles deixem de apoiar apenas emocionalmente e passem a ser participantes ativos nos cuidados médicos e diários de seus familiares idosos.

Essa reestruturação de papéis normalmente coloca o fardo dos cuidados sobre aqueles que já podem estar a equilibrar outras responsabilidades, como trabalho e parentalidade. Consequentemente, o envolvimento direto da família nos cuidados também pode diminuir o tempo e a energia que podem dedicar a outros papéis familiares, criando tensão à medida que os cuidadores lutam para cumprir várias responsabilidades simultaneamente (Reis et al., 2017).

Assim, a expansão dos papéis dos membros da família exige não apenas tempo e paciência, mas também a capacidade de se adaptar a vários desafios relacionados aos cuidados, enquanto equilibram suas próprias vidas pessoais e profissionais (Dommaraju, 2016).

Em relação ao papel conjugal, as implicações da prestação de cuidados na satisfação conjugal são profundas e multifacetadas, sendo que fatores como a carga física e emocional do cuidador, a dinâmica da comunicação e os contextos culturais interagem para moldar a experiência conjugal.

Quanto ao aumento da carga emocional e física sobre o cuidador principal, geralmente o cônjuge, pode levar à diminuição da satisfação conjugal. Como os cuidadores dedicam tempo e energia significativos para atender às necessidades do familiar idoso, eles podem negligenciar as necessidades emocionais do parceiro ou deixar de cuidar da própria saúde, levando a sentimentos de ressentimento e frustração no casamento. Alguns estudos demonstraram que o fardo do cuidador está negativamente associado à satisfação conjugal, sugerindo que, à medida que as exigências dos cuidados aumentam, a qualidade da relação conjugal muitas vezes se deteriora, devido ao stress e conflito (Perrone et al., 2006). Portanto, a tarefa de cuidar pode levar a uma comunicação menos eficaz e ao afastamento emocional entre os parceiros e os casais podem beneficiar de intervenções focadas em melhorar as suas competências de comunicação e apoio emocional para aumentar a satisfação conjugal perante o stress dos cuidados (Ben Brik & Wang, 2024)

No entanto, também pode haver implicações mais positivas para a dinâmica do casal nesses cenários. Alguns estudos sugerem que os casais podem encontrar força renovada e intimidade nos seus relacionamentos ao enfrentar desafios juntos, com os cuidados promovendo um senso de propósito e compromisso compartilhados (Nazari et al., 2024; Polenick et al., 2017), aumentando a resiliência.

Os fatores culturais também desempenham um papel significativo na forma como os casais percebem e gerem as responsabilidades de prestação de cuidados e o trabalho emocional que isso acarreta. Por exemplo, culturas que enfatizam a responsabilidade coletiva podem ter um impacto diferente na satisfação conjugal em comparação com aquelas que priorizam as relações de cuidados individuais (Yadav, 2024). Compreender estes contextos culturais é crucial para desenvolver estratégias personalizadas para apoiar os casais (Huang et al., 2020).

Em suma, os papéis familiares mudam significativamente em resposta às exigências dos cuidados a idosos dependentes. Essa mudança pode levar tanto a uma maior colaboração familiar quanto a dinâmicas tensas, à medida que os membros se adaptam às suas responsabilidades em evolução. Compreender essas implicações destaca a necessidade de sistemas de apoio e recursos que possam ajudar as famílias a desempenhar os seus papéis de cuidadores de forma mais eficaz.

*Comunicação familiar*

Cuidar de um membro idoso da família requer, muitas vezes, maior comunicação entre os membros da família. A comunicação eficaz é essencial para coordenar as tarefas de cuidados, partilhar responsabilidades e atender às necessidades do idoso em evolução (Abulaiti et al., 2022). A investigação indica que, quando as famílias mantêm uma comunicação aberta e consistente, são mais propensas a desenvolver um entendimento comum sobre os papéis de prestação de cuidados, levando a um ambiente mais solidário. Os estudos de Ayalon et al. (2025) e Silva et al. (2020), também indicam que quando os membros da família se envolvem em discussões transparentes sobre as necessidades de cuidados e a tomada de decisões, é mais provável que tenham resultados positivos nas relações.

Por outro lado, a falta de comunicação pode levar a mal-entendidos e conflitos, tensionando ainda mais as relações familiares. Por exemplo, cuidadores familiares relataram que a colaboração com profissionais de cuidados domiciliários na gestão dos cuidados aos idosos promoveu uma melhor comunicação dentro da família. Essa colaboração permitiu que os membros da família contassem com os profissionais para aspetos dos cuidados que, de outra forma, poderiam causar tensão em casa (Shaw et al., 2021).

No entanto, o stress associado aos cuidados pode levar a falhas na comunicação. As famílias podem ter dificuldade em expressar emoções ou discutir temas difíceis relacionados com a saúde dos idosos, levando a mal-entendidos e conflitos (Ciabotti Elias et al., 2018). Tais questões podem dificultar o

processo de prestação de cuidados, tornando crucial que as famílias desenvolvam estratégias para facilitar diálogos construtivos. Quando as famílias são incapazes de comunicar eficazmente, podem experimentar tensões elevadas, resultando em resultados negativos tanto para os cuidadores como para os destinatários dos cuidados (Hayati & Astari, 2020).

*Finanças familiares*

As finanças familiares dos cuidadores ficam reduzidas como já foi falado anteriormente, devido à redução das horas de trabalho e a deixar o emprego. Para além disso, os altos custos associados aos cuidados médicos e serviços de apoio a idosos dependentes podem sobrecarregar ainda mais as finanças familiares, especialmente em contextos socioeconómicos mais baixos, onde os recursos são limitados (Idris et al., 2019; Meurs & Giddings, 2021).

#### 3.2.1.3. Fatores de resiliência e debilidade do cuidador/família para cuidar

Quando as famílias enfrentam a responsabilidade de cuidar de um idoso dependente, elas encontram vários fatores de resiliência e fragilidades que moldam significativamente a sua experiência de prestação de cuidados. Compreender esses aspetos é crucial para desenvolver mecanismos de apoio eficazes que possam melhorar o funcionamento familiar e a qualidade dos cuidados prestados aos idosos**.**

a) Fatores de resiliência

A resiliência familiar desempenha um papel crucial na proteção contra o stress dos cuidados. As famílias que desenvolvem resiliência estão mais bem equipadas para gerir as exigências que lhes são impostas, levando a um melhor apoio emocional e funcionalidade (Zhang et al., 2023).

Alguns fatores de resiliência são:

*Sistemas de apoio familiar*

Redes familiares fortes podem aliviar substancialmente o fardo emocional e físico associado aos cuidados. Li et al. (2023), afirmam que o envolvimento de vários membros da família nas responsabilidades de cuidados leva a uma melhoria da saúde emocional e a uma diminuição do fardo para os cuidadores primários, sublinhando a importância da partilha de responsabilidades. Este envolvimento coletivo promove um sentimento de união e propósito entre os membros da família, aumentando a sua resiliência contra o stress dos cuidados.

Também Litzelman et al. (2016) enfatizam a importância de um ambiente familiar de apoio para mitigar as tensões psicológicas da prestação de cuidados. Neste sentido, reforçar o apoio social dentro da unidade familiar é crucial, uma vez que mecanismos de apoio eficazes podem amortecer o stress e melhorar a satisfação nas relações (Hui et al., 2011).

*Mecanismos de adaptação*

As famílias muitas vezes desenvolvem estratégias de adaptação para lidar com os desafios dos cuidados, contribuindo para a sua resiliência. Abulaiti et al. (2022), discutem como o estabelecimento de um sistema de crenças familiares positivo permite que os membros compreendam as adversidades e reavaliem as suas situações, o que é essencial para amortecer o stress. Essa reestruturação cognitiva capacita as famílias a enfrentar os desafios dos cuidados com uma perspetiva mais construtiva, aumentando assim a sua resiliência.

*Acesso a recursos e informações*

O conhecimento e o acesso a recursos adequados desempenham um papel vital na construção da resiliência entre as famílias. Programas educacionais de apoio e recursos comunitários permitem que os cuidadores desenvolvam as suas habilidades de prestação de cuidados, o que pode reduzir o stress e melhorar sua capacidade de lidar com cuidados complexos de forma eficaz (Dehnavi et al., 2022; Ubenoh et al., 2019). Também Reid & O'Brien (2021), refere que o acesso a serviços de cuidados formais, podem mitigar as pressões familiares e melhorar a harmonia familiar.

Além disso, programas de cuidados holísticos que incluem apoio físico, emocional e social podem ajudar a mitigar em parte, o stress associado aos cuidados a idosos.

*Comunicação consistente e aberta*

A resiliência familiar está intimamente ligada à comunicação familiar eficaz, que permite aos membros da família expressar adequadamente as suas necessidades, medos e esperanças (Abulaiti et al., 2022).

Concluindo, a resiliência é caracterizada pela unidade, adaptabilidade nas funções e uma abordagem proativa para lidar com as dificuldades, o que permite às famílias prosperar mesmo em circunstâncias desafiantes.

b) Fatores de debilidade

Alguns fatores de debilidade ou dificuldades das famílias são:

*Aumento da carga dos cuidadores*

Um dos desafios mais significativos enfrentados pelas famílias é a carga dos cuidados, que pode levar à exaustão física e emocional. Vários estudos documentam que as elevadas exigências dos cuidados estão frequentemente correlacionadas com um aumento do sofrimento psicológico, comprometendo, em última análise, o bem-estar dos cuidadores (Pavarini et al., 2017; Widyastuti et al., 2023). Este fardo pode esgotar os recursos familiares e diminuir a eficácia global dos cuidados prestados.

*Conflito na dinâmica familiar*

A prestação de cuidados pode levar a disputas entre os membros da família em relação à divisão de responsabilidades e abordagens de cuidados, prejudicando as relações (Tumanggor et al., 2021). Em situações em que a dinâmica familiar já é frágil, as divergências podem escalar para conflitos significativos que afetam negativamente a saúde mental do cuidador e a qualidade dos cuidados prestados ao idoso.

A natureza do relacionamento de prestação de cuidados — seja caracterizada pela cooperação ou pelo conflito — pode ser um fator de resiliência ou debilidade da família, desempenhando um papel vital na determinação do funcionamento geral da família e do bem-estar individual.

*Vulnerabilidade socioeconómica*

Famílias com recursos financeiros limitados podem ter dificuldade em prestar cuidados adequados aos seus familiares idosos. Pavarini et al. (2017), destacam que as famílias em contextos de alta vulnerabilidade social carecem dos recursos necessários para atender às necessidades dos cuidadores e dos idosos, o que pode levar a uma deterioração da saúde física e mental de todas as partes envolvidas. A pobreza pode exacerbar os desafios existentes na prestação de cuidados e limitar a capacidade das famílias de aceder aos serviços necessários ou a um descanso.

*Isolamento e estigma*

Os cuidadores podem sofrer isolamento social devido à natureza exigente das suas funções, agravando o seu stress e as suas dificuldades de saúde mental. O estigma associado à prestação de cuidados, particularmente em relação a certas condições como a demência, pode impedir as famílias de procurar apoio ou partilhar experiências com outras pessoas (Ezalina et al., 2019; Park et al., 2021). Este isolamento pode prejudicar a sua capacidade de lidar eficazmente com a situação, reduzindo a resiliência geral.

Do atrás exposto podemos concluir que as famílias devem enfrentar os desafios do cuidado, enquanto implementam estratégias eficazes de enfrentamento e procuram apoio, priorizando não apenas as necessidades dos idosos, mas também o bem-estar dos próprios cuidadores. Simultaneamente, as redes de apoio formais sociais e de saúde devem reconhecer e abordar essas dinâmicas para promover um ambiente de apoio para o idoso/cuidador/família.

Alguns autores defendem o contributo dos enfermeiros dentro das redes formais de saúde, no apoio às famílias com idosos dependentes em casa, através duma abordagem que inclua a identificação das necessidades do familiar idoso, do cuidador e da família e que promova estratégias de adaptação e capacitação que visam a manutenção do equilíbrio familiar.

c) O papel dos enfermeiros na equipa de saúde no apoio às famílias com idosos dependentes no domicílio

O enfermeiro assume junto das famílias com um membro dependente, um papel fundamental que inclui educação, apoio holístico, defesa e fortalecimento da dinâmica familiar.

*Educação e capacitação das famílias*

De acordo com Hayati & Astari (2020), quando os enfermeiros prestam cuidados centrados na família, eles aumentam o conhecimento dos familiares sobre os sinais e sintomas associados ao envelhecimento ou doenças crónicas. Para além disso, educam as famílias sobre as melhores práticas de cuidados.

*Apoio holístico e coordenação de serviços*

O seu papel envolve ainda, a coordenação dos cuidados entre vários profissionais e serviços de saúde, garantindo que os idosos recebam apoio abrangente (Keyvanloo Shahrestanaki et al., 2023). A colaboração eficaz entre enfermeiros, cuidadores familiares e outros profissionais de saúde é imperativa para manter a segurança do utente e melhorar a qualidade de vida dos idosos em casa (Keyvanloo Shahrestanaki et al., 2023).

*Defesa da melhoria da qualidade de vida*

Muitas vezes, os enfermeiros identificam as limitações dos serviços comunitários e podem direcionar melhor os recursos e os serviços que atendam às necessidades específicas dos pacientes idosos e das suas famílias (Gong et al., 2022). Também Stojak et al. (2019), no seu estudo concluiu que os

cuidadores familiares de idosos dependentes que recebem cuidados de enfermagem de longo prazo em casa, sentiram menos stress, maior apoio e maior satisfação no seu papel de cuidador em relação aos cuidadores que não receberam esses cuidados. O mesmo estudo conclui que as visitas domiciliárias de longo prazo, pode facilitar e melhorar a prestação de cuidados à pessoa dependente e ajudar os cuidadores a prestar melhores cuidados, assim como melhora a situação dos cuidadores.

*Fortalecimento da dinâmica familiar*

De acordo com o estudo de Pires (2020), os enfermeiros na prestação de cuidados às famílias com uma pessoa dependente no domicílio assumem várias estratégias, entre as quais: estabelecer um acordo entre os membros da família para minimizar a sobrecarga nalguns dos seus elementos e estabelecer uma relação de empatia com a família para que esta se sinta livre para falar sobre as suas preocupações. Também Lopes & Marcon (2012), referem que existem algumas formas para os enfermeiros fortalecerem o grupo familiar como o diálogo, a atenção à família, o conhecimento de todos os membros e a participação de toda a equipa de saúde.

O enfermeiro de família ao atuar tendo em conta os quatro pontos acima enunciados deverá fazer uma avaliação e intervenção sistémica da família, intervindo tanto na saúde individual de cada membro, como na família como um todo, indo de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Neste contexto, deve utilizar modelos de avaliação e intervenção familiar como o MCAIF (Wright & Leahey, 2012). De acordo com este modelo, a avaliação familiar é feita nas categorias:

Estrutural- a avaliação da estrutura interna vai permitir avaliar a composição familiar, os subsistemas, os limites, avaliando os vínculos entre os diversos elementos. A avaliação da estrutura externa vai permitir avaliar a família extensa e sistemas mais amplos. A avaliação do contexto vai permitir avaliar a classe social, a religião e/ou espiritualidade. Todas estas áreas podem avaliar as relações familiares, a entreajuda e ser potenciais recursos a serem utilizados na intervenção de enfermagem;

De desenvolvimento- a avaliação do estágio de desenvolvimento da família com um familiar idoso a cargo pode elucidar sobre as tarefas de desenvolvimento dessa família e a forma como a família está a equilibrá-las ao mesmo tempo que presta cuidados ao familiar idoso em evolução;

Funcional- a avaliação instrumental implica avaliar as atividades de vida diárias no familiar idoso, e a avaliação expressiva permite avaliar a comunicação, a forma como a família soluciona os seus problemas, o equilíbrio entre os vários papéis e as crenças.

Araújo et al. (2008), no seu estudo sobre a transição de cuidados do hospital para a comunidade no doente com AVC, evidenciaram a necessidade desta visão sistémica da família. As autoras constaram que os cuidados de enfermagem tinham como foco o idoso dependente, vendo a família como contexto. Concluíram que aquilo que faltava fazer, prendia-se com os cuidados ao cuidador informal e à família. Algumas propostas de cuidados à família prendiam-se com oferecer informação sobre a situação a vários membros da família, ajudar a verbalizar sentimentos entre os vários membros de família, instruir e treinar os membros da família de acordo com os seus papéis familiares, ajudar a exteriorizar medos e promover a exteriorização de afetos, sugerindo a necessidade de melhorar as práticas de cuidados no sentido de uma evolução dos cuidados à família como sistema.

Como conclusão acerca das implicações familiares do cuidado a pessoas idosas dependentes em casa, verifica-se que estas mostram tanto o potencial para conflitos quanto a oportunidade para laços mais profundos. Embora o cuidado possa aumentar a tensão sobre a dinâmica familiar e aumentar os conflitos, ele também pode promover conexões mais fortes quando gerido de forma colaborativa e com estratégias de apoio eficazes.

Decorrente deste enquadramento considerei fundamental conhecer as perceções do cuidador familiar acerca das implicações familiares do cuidado à pessoa idosa, surgindo deste modo a investigação qualitativa sobre a "*Perspetiva do cuidador familiar no cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio".*

## 3.3. Metodologia

Neste capítulo será abordado o tipo de estudo, a questão de investigação, a finalidade e objetivos, os participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos inerentes à recolha de dados, assim como as considerações éticas e deontológicas.

### 3.3.1. Tipo de estudo

Este estudo teve a seguinte pergunta de partida: *Qual a perspetiva do cuidador familiar acerca das implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio?* Está enquadrado no paradigma da investigação qualitativa, uma vez que se tratou de um estudo exploratório e descritivo, que teve como objetivo estudar o fenómeno em profundidade relativo à perspetiva do cuidador familiar

nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio. De acordo com Vilelas (2022), a pesquisa exploratória tem como principal finalidade a formação de conceitos e ideias, capazes de tornar os problemas mais precisos e de formular hipóteses para estudos posteriores e os estudos descritivos servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensões de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa.

Este estudo tem como finalidade compreender as implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio, na perspetiva do cuidador familiar.

Decorrente da pergunta de partida, este estudo tem como objetivo geral: analisar a perspetiva do cuidador familiar acerca das implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio. Como objetivos específicos pretende-se com este estudo:

- Caracterizar sócio demograficamente a pessoa idosa dependente, o cuidador familiar e a família;

- Caracterizar a pessoa idosa dependente quanto ao seu grau de dependência;

- Identificar as motivações do cuidador para assumir o cuidado à pessoa idosa dependente;

- Conhecer a perceção do cuidador familiar sobre o consenso familiar na atribuição do papel assumido;

- Analisar as implicações familiares do cuidado para o cuidador familiar e restantes membros da família;

- Identificar as necessidades/dificuldades do cuidador familiar na prestação de cuidados;

- Identificar os apoios do cuidador familiar para a prestação de cuidados;

- Avaliar a perceção de satisfação do cuidador familiar relativamente aos cuidados prestados.

### 3.3.2. Instrumentos de recolha de dados

Para responder à questão de investigação e atendendo às características da população, elaborou-se um questionário de administração indireta ou inquérito por questionário e um guião de entrevista semiestruturada (Anexo 4). De acordo com Vilelas (2022), a vantagem da aplicação do inquérito por questionário é dar a possibilidade de aplicação a qualquer tipo de população, independentemente do grau de instrução.

O questionário inclui:

- Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa dependente;

- Identificação do grau de dependência através da Escala de Barthel, previamente avaliado e registado pelo enfermeiro de família no Sclínico - Perfil de enfermagem;

- Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar;

- Caracterização da família, através da aplicação da Escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001).

Relativamente à Escala de Barthel existente no SClínico, esta é constituída pelas atividades de vida diárias: alimentação, tomar banho, higiene pessoal, vestir/despir, evacuar, urinar, ida à casa de banho, transferência cadeira/cama, mobilidade e escadas. Cada atividade de vida diária está dividida em vários itens, sendo atribuído um valor numérico a cada item. No final é feita a soma do total da escala e é obtido um score ao qual corresponde um grau de independência. Quando o resultado é igual a100 a pessoa é considerada independente; com um resultado de 95 considera-se a pessoa com dependência ligeira; um resultado entre 55-90 revela uma dependência em grau moderado e para resultados entre os 0-50 considera-se um grau de dependência grave.

Para caracterizar a família do ponto de vista social, optou-se pela *Escala de Graffar* (Amaro, 2001), traduzida por Louise da Cunha Teles em 1960 e adaptada para a população portuguesa em 1990.
Numa abordagem multidimensional de saúde familiar, a *Escala de Graffar* permite avaliar as condições socioeconómicas da família tendo em vista a identificação da sua classe social. Esta escala classifica a família nas dimensões: profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência.
A família é classificada segundo cinco graus de cada critério. Assim, grau 1 implica pontuação 1, grau 2, a pontuação 2 e assim sucessivamente até ao grau 5. A soma das pontuações dos diferentes itens permite integrar a família nas posições familiares seguintes: I classe alta (score de 5 a 9); II classe média alta (score de 10 a 13); III classe média (score de 14 a 17); IV classe média baixa (score de 18 a 21); V classe baixa (score de 22 a 25).

A aplicação da Escala prevê as condições de risco, bem como as alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial (Figueiredo, 2012).

Relativamente às entrevistas semiestruturadas estas previam perguntas abertas, onde os participantes tinham a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto (Vilelas, 2022).

Ambos os instrumentos foram sujeitos a pré-teste, aplicado a dois participantes não incluídos na amostra, inscritos na USF, com características semelhantes aos da amostra (Vilelas, 2022). Houve necessidade de reformular uma questão, referente às habilitações literárias do cuidador familiar, onde foi acrescentada a categoria analfabeto/Inferior à 4ª classe. Posteriormente aquando da aplicação do questionário aos participantes foi alterada uma segunda questão referente ao grupo etário do cuidador, havendo necessidade de acrescentar o grupo > 90 anos.

### 3.3.3. Participantes

Neste estudo são participantes os cuidadores familiares das pessoas idosas com algum grau de dependência, avaliado pelos enfermeiros de família através da Escala de Barthel, registada no padrão documental SClínico- Perfil de enfermagem e inscritos numa Unidade de Saúde Familiar, pertencente a uma Unidade Local de Saúde da zona norte do país.

A amostra foi intencional, escolhida a partir da lista de idosos dependentes identificados pela equipa de enfermagem da USF, sendo que há medida que foi desenvolvido o estudo foram aparecendo novos casos que também integraram o estudo. Os participantes tinham de obedecer aos critérios de inclusão, aceitar integrar o estudo e estavam dependentes da análise das entrevistas e da saturação dos dados.

Definem-se os critérios de inclusão: o cuidador ter mais de 18 anos, ser familiar e coabitar com a pessoa idosa dependente e no caso de haver mais do que um cuidador a coabitar, será selecionado o que dedica mais horas a cuidar, prestando a maioria dos cuidados e ser cuidador há mais de 6 meses.

Definem-se como critérios de exclusão: cuidadores que não sejam membros da família; cuidadores que cuidem há menos de 6 meses; cuidadores que não coabitam com a pessoa idosa dependente e cuidadores de familiares dependentes que não são idosos.

Quanto ao procedimento de colheita de dados decorreu entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026. Após reunião com os enfermeiros de família da USF, foram discutidos os procedimentos de recolha de dados.

A recolha dos dados decorreu entre os meses de dezembro de 2025 a janeiro de 2026 e todas as entrevistas decorreram presencialmente num local à escolha do entrevistado, sendo a maioria no domicílio e apenas um cuidador na USF. Os cuidadores foram contatados previamente pelo enfermeiro de família, para informar acerca do estudo, resultados esperados, motivo de seleção dos participantes, importância da participação, tempo de duração previsto para a realização e marcação (Vilelas, 2022). Aceitaram participar no total doze cuidadores atendendo aos objetivos do estudo.

### 3.3.4. Procedimentos Formais e Éticos

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde decorreu o estudo (Anexo 5). Todos os procedimentos do estudo seguiram as recomendações da Declaração de Helsinque e suas atualizações subsequentes. O consentimento dos participantes foi obtido por meio de um documento no qual foram informados previamente sobre os objetivos do estudo, tiveram a garantia do anonimato e da confidencialidade de quaisquer dados fornecidos e concordaram em ser entrevistados, assinando o termo de participação voluntária (Anexo 6). Eles também foram informados de que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo da sua privacidade, e que não haveria recompensa financeira ou de qualquer outra natureza pela participação.

### 3.3.5. Análise de dados

Para analisar os dados recolhidos através do questionário foi criado um ficheiro Excel e analisados recorrendo à estatística descritiva a fim de caracterizar a amostra e descrever as variáveis em estudo, recorrendo a frequências absolutas e a medidas de tendência central (média e moda).

Para a análise de dados, as entrevistas foram gravadas em suporte áudio e, posteriormente, transcritas com o recurso à ferramenta de Inteligência Artificial Vidnoz (vidnoz.com). Após a transcrição automática, procedeu-se à revisão manual integral de todos os textos para garantir a fidedignidade e o rigor linguístico das falas dos participantes.

Posteriormente, foram anonimizadas com um código alfanumérico (E1...E12), sendo numeradas por ordem alfabética. Em algumas situações foi necessário o entrevistador dirigir oportunamente a

discussão para o assunto do seu interesse, fazendo perguntas adicionais para elucidar perguntas que não ficaram claras e para recompor o contexto da entrevista, quando o entrevistado mudava de assunto (Vilelas, 2022).

A duração média das entrevistas foi de 29 minutos (variando de 21 a 41 minutos). Para a análise qualitativa do discurso utilizou-se o referencial teórico de Bardin (Bardin, 2016). Nenhum software informático foi utilizado para gerenciar os dados.

A análise dos dados segui três fases. Começou por realizar-se uma pré-analise, através de leituras flutuantes, que possibilitou o início da análise e a esquematização de ideias gerais, correspondendo a um período de intuições que permitiu guiar um esquema preciso para as fases seguintes. Seguiu-se a fase da exploração/codificação do material, que consistiu na transformação de dados brutos e sua agregação em unidades que permitissem a descrição de características relevantes ao conteúdo do texto. Este processo de categorização foi feito gradualmente, as categorias foram-se refinando e dando lugar às categorias e subcategorias.

## 3.4. Apresentação e análise dos resultados

A apresentação, análise e discussão dos resultados que se segue pretende responder à questão que esteve na origem deste estudo, assim como ao objetivo geral e aos objetivos específicos e vai de encontro ao enquadramento teórico em que este se insere, e a estudos que, de algum modo, se relacionam com as questões em discussão.

Durante a análise dos resultados tentar-se-á realçar os aspetos mais significativos, de modo a perceber de que forma os objetivos e as questões equacionadas foram atingidos.

A apresentação e análise desenvolver-se-á em duas partes distintas. A primeira parte é referente à apresentação e análise dos dados do questionário, sendo constituída por: a) caracterização sociodemográfica e grau de dependência do familiar idoso, b) caracterização sociodemográfica do cuidador, grau de parentesco com a pessoa idosa e tempo de prestação de cuidados e c) caracterização da família através da análise da constituição do agregado familiar e da notação social da família.

A segunda parte é referente aos dados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas. Da leitura e análise do “corpus” das entrevistas semiestruturadas, emergiram em

cada pergunta várias categorias e subcategorias que serão desenvolvidas num texto narrativo, ao qual se juntou unidades de contexto. Estes dados serão apresentados em tabelas tendo em vista elucidar melhor a análise efetuada sobre o conteúdo das entrevistas.

O número de entrevistas terminou quando se atingiu a saturação dos dados, ou seja, o ponto em que já não se obtém nova informação, que começa a ser redundante (Vilelas, 2022).

### 3.4.1. Apresentação e análise dos resultados do questionário

*Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas dependentes*

Num total de 13 pessoas idosas dependentes, a ser cuidadas pelos seus familiares, oito eram mulheres e cinco eram homens. Um dos familiares cuidados, mulher, tinha entre 65 e 74 anos, outro, homem, entre 75 e 84 anos, e a maioria (onze), sete mulheres e quatro homens, tinham uma idade igual ou superior a 85 anos. Das 13 pessoas idosas dependentes, sete eram viúvas e seis eram casadas, sendo que entre as casadas havia um casal.

Quanto ao grau de dependência, foi utilizada a avaliação já efetuada pelo enfermeiro de família através da aplicação da Escala de Barthel, registada no padrão documental SClínico- Perfil de enfermagem. Das pessoas idosas dependentes, seis mulheres, eram dependentes em grau moderado e sete (duas mulheres e cinco homens), eram dependentes em grau elevado. Verificou-se que a maioria dos idosos dependentes em grau elevado (seis) tinham idade ≥ 85 anos, sendo quatro mulheres e três homens.

As características sociodemográficas detalhadas das pessoas idosas, bem como a sua dependência funcional são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e do grau de dependência das pessoas idosas dependentes (n =13)

| **Variável** | | **n** |
|---|---|---|
| Género | Masculino | 5 |
| | Feminino | 8 |
| | Outro | 0 |
| | 65-74 | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| Idade | 75-84 | 1 |
| | ≥ 85 | 11 |
| Estado civil | Solteiro/a | 0 |
| | Casado/a ou em união de facto | 6 |
| | Viúvo/a | 7 |
| | Separado/a ou Divorciado/a | 0 |
| Dependência funcional- Pontuação na escala de Barthel/Grau de dependência | 100- Independente | 0 |
| | 95- Ligeira | 0 |
| | 55-90- Moderada | 6 |
| | 0-50- Grave | 7 |

*Caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares*

Num total de 12 cuidadores, a maioria (nove), eram mulheres e três eram homens. Quanto às idades, sete cuidadores tinham idades compreendidas entre 46 e 60 anos (todos filhos), quatro entre 61 e 75 anos (dois cônjuges e duas filhas) e um cuidador cônjuge do género masculino tinha idade ≥ 90 anos.

Quanto ao estado civil, seis eram casados, sendo três filhas e três cônjuges, duas eram viúvas (filhas), dois solteiros (filhos, um filho e uma filha) e dois separados (duas filhas).

Relativamente às habilitações literárias, um cuidador familiar era analfabeto, dois cuidadores familiares frequentaram o 1º ciclo do ensino básico, quatro o 2º ciclo do ensino básico, três o ensino secundário e dois cuidadores o ensino superior- licenciatura

Quanto à situação profissional, é heterogénea, sendo que cinco cuidadores estavam reformados (três cônjuges e duas filhas), três estavam empregados a tempo inteiro (duas filhas e um filho), dois estavam desempregadas (duas filhas) e duas eram domésticas (duas filhas).

O período de tempo em que era cuidador variou entre 6 meses e 14 anos mais 8 meses, sendo que metade (seis) dos cuidadores, cuida até 3 anos e quatro cuidadores familiares eram cuidadores há mais de 7 anos.

As características sociodemográficas detalhadas dos cuidadores familiares, bem como o tipo de parentesco com o familiar dependente e o tempo de cuidador são apresentados na tabela 2.

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares, grau de parentesco com o familiar dependente e tempo de prestação de cuidados (n=12)

| **Variável** | | **n** |
|---|---|---|
| Género | Masculino | 3 |
| | Feminino | 9 |
| | Outro | 0 |
| Idade | 18-29 | 0 |
| | 30-45 | 0 |
| | 46-60 | 7 |
| | 61-75 | 4 |
| | 76-90 | 0 |
| | > 90 | 1 |
| Estado civil | Solteiro/a | 2 |
| | Casado/a ou em união de facto | 6 |
| | Viúvo/a | 2 |
| | Separado/a ou Divorciado/a | 2 |
| Habilitações literárias | Analfabeto | 1 |
| | 1º Ciclo do Ensino Básico | 2 |
| | 2º Ciclo do Ensino Básico | 4 |
| | 3º Ciclo do Ensino Básico | 0 |
| | Ensino Secundário | 3 |
| | Ensino Superior Bacharelato | 0 |
| | Ensino Superior Licenciatura | 2 |
| | Ensino Superior Mestrado | 0 |
| | Ensino Superior Doutoramento | 0 |
| | Outro | 0 |
| Situação profissional | Empregado/a: a tempo inteiro<br>Profissão: Professora de Educação Especial, Professora e Serralheiro | 3 |
| | Aposentado/a Reformado/a | 5 |
| | Desempregado/a | 2 |

| | | |
|---|---|---|
| | Estudante | 0 |
| | Doméstica | 2 |
| | Outra situação | 0 |
| Tipo de parentesco | Filho/a | 9 |
| | Cônjuge | 3 |
| Tempo de prestação de cuidados | 3 anos | 6 |
| | 4 - 6 anos | 2 |
| | 7 - 9 anos | 3 |
| | 10 -12 anos | 0 |
| | > 12 anos | 1 |

*Caracterização das famílias*

A maioria das famílias (sete) são constituídas por dois membros no seu agregado familiar, em que três delas são constituídas pelo idoso dependente e pelo cuidador cônjuge e quatro são constituídas pelo idoso dependente e pela filha cuidadora. As famílias constituídas por três elementos são três, sendo uma dela constituída pela filha cuidadora e pelo casal de idosos dependentes, outra constituída pela filha cuidadora, pela idosa dependente e pelo neto de 26 anos e outra constituída pela filha cuidadora, pelo marido e pelo idoso dependente. As famílias constituídas por quatro elementos são duas, uma delas é constituída pelo idoso dependente e esposa, pela filha cuidadora e pelo neto de 15 anos e a outra é constituída pelo idoso dependente, pela cuidadora e marido e pela filha de 23 anos. Existem três famílias em que coabitam três gerações.

Quanto à notação social da família, classificada através da Escala de Graffar que avalia cinco dimensões: profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência, verificou-se que a maioria (oito) das famílias, pertence à classe média baixa, duas famílias pertencem à classe média e duas pertencem à classe média alta.

A caracterização das famílias quanto ao número de elementos que constituem o agregado familiar e quanto à notação social são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização das famílias segundo o número de elementos e notação social

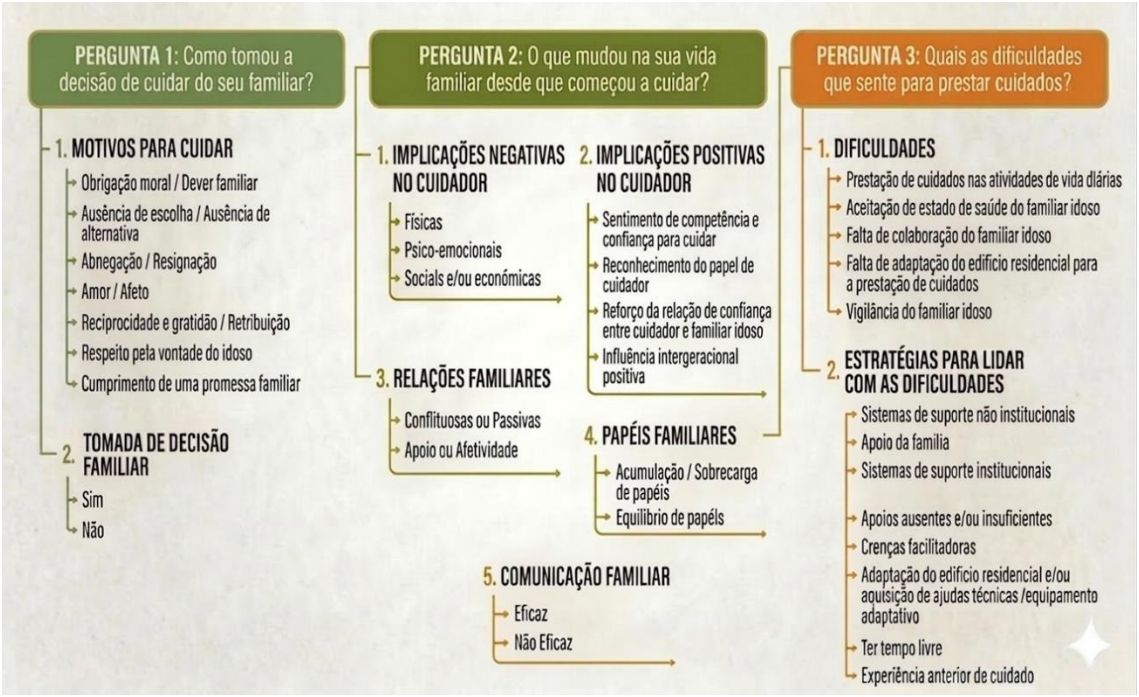
| **Variável** | | **n** |
|---|---|---|
| Número elementos | 2 | 7 |
| | 3 | 3 |
| | 4 | 2 |
| Classe social | Classe Alta | 0 |
| | Classe Média Alta | 2 |
| | Classe Média | 2 |
| | Classe Média Baixa | 8 |
| | Classe Baixa | 0 |

### 3.4.2. Apresentação e análise dos resultados da entrevista

A relação entre os dados obtidos e o enquadramento teórico conferiu sentido à interpretação realizada. O tratamento e a análise dos dados favoreceram uma abordagem indutiva, sem a definição de categorias à priori.

Para uma melhor compreensão dos dados obtidos pela análise de conteúdo apresentamos na figura 3, uma visão geral das categorias e subcategorias que emergiram em cada pergunta.

Figura 3 - Categorias e subcategorias identificadas a partir da análise de conteúdo das respostas às perguntas 1,2 e 3.




### 3.4.2.1. Tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador

Da análise de conteúdo à primeira pergunta: Como tomou a decisão de cuidar do seu familiar? emergiram duas categorias: A - Motivos para Cuidar e B - Tomada de Decisão Familiar.

*Categoria A: Motivos para cuidar*

Ao responderem à questão, os cuidadores invocaram diversos motivos para se tornarem cuidadores. Esses motivos foram agrupados em sete subcategorias:

A1- Obrigação moral/Dever familiar

Uma motivação central e repetidamente identificada é a obrigação (sentido de dever moral/familiar), descrita de forma muito explícita pelos cuidadores.

A2- Ausência de escolha/Ausência de alternativa

Outros cuidadores invocaram também que não havia outra alternativa, não vivenciando o papel como uma escolha, evidenciando insuficiência de outro suporte familiar.

A3- Abnegação/Resignação

Dois cuidadores referiram que renunciaram a si em favor do outro, mostrando uma dedicação quase completa à tarefa, sobrecarga e limitação da vida pessoal, sendo que mesmo assim não querem abandonar o familiar e permanecem no papel.

A4- Amor/Afeto

O Amor/Afeto foi também invocado por quatro cuidadores que referiram que exerciam o cuidado com carinho, afeto, amor e dedicação, denotando-se em alguns cuidadores que este cuidado estava ancorado numa relação familiar construída ao longo da vida.

A5- Reciprocidade e gratidão/Retribuição

A ideia de retribuir cuidados recebidos ao longo da vida foi identificada em três dos cuidadores filhos como motivação para cuidar, sugerindo que trajetórias de cuidado intergeracional e memória de suporte parental e de suporte na educação dos netos estruturam o "porquê" do cuidado.

A6- Respeito pela vontade do idoso

Dois cuidadores referiram que o respeito pela vontade do familiar idoso em ser cuidado em casa e não ser institucionalizado também pesou na decisão de ser cuidador.

A7- Cumprimento duma promessa familiar

Um dos cuidadores referiu cuidar do pai porque tinha feito essa promessa à mãe enquanto estava viva.

*Categoria B- Tomada de Decisão Familiar*

O discurso dos cuidadores acerca da tomada de decisão para cuidar envolveu dois tipos de decisão, dando origem a duas subcategorias: Sim - aquela em que houve diálogo familiar e Não-aquela em que foi tomada sem que houvesse uma discussão prévia entre os membros da família.

B1- Sim

A maioria dos cuidadores (N=8), refere que a tomada de decisão para aquisição do papel foi partilhada com os elementos da família extensa, nomeadamente irmãos e com a sua família nuclear quando esta existe. Observou-se na maioria dos casos que o cuidador toma a iniciativa de assumir mais diretamente os cuidados e consulta os irmãos, seguindo-se processos de negociação. Noutras situações, o cuidador foi sugerido pelos outros irmãos para exercer o cargo de cuidador.

B2- Não

Quatro dos cuidadores referiram que começaram a cuidar por decisão pessoal, dois porque referem não haver outra alternativa, como no caso dos cônjuges idosos cuidadores e duas filhas invocaram começar a cuidar porque eram filhas únicas ou estavam mais disponíveis para cuidar.

Para maior clareza, as categorias, subcategorias e unidades de contexto transcritas, da análise de conteúdo à pergunta 1 encontram-se na tabela 4.

Tabela 4 – Categorias e subcategorias e unidades de contexto (literalmente) referentes à tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador

| **Categoria** | **Sub-categoria** | **Unidade de Contexto (Transcrição literal)** |
|---|---|---|
| Motivos para cuidar | Obrigação moral/Dever familiar | "Porque é mãe e tenho que cuidar dela." (E7)<br>"...eu não deixo a minha mãe em lado nenhum, é como se seja uma obrigação." (E6) |
| | Ausência de escolha/Ausência de alternativa | "A decisão é fácil, tem que ser. Quem é que ia cuidar dela?" (E5)<br>"Começou a precisar de cuidados... Não tinha quem os fizesse por mim e tinha de os fazer eu, não é? O que eu ia fazer?" (E2) |
| | Abnegação/Resignação | "... tenho que levar a cruz até ao fim, dure o tempo que durar, é comigo que ela vai ficar até ao fim sempre." (E6)<br>"Se vou estar a dizer que lá estava melhor... Porque é que vim para aqui... Porque a minha casa estava melhor. Não. Tenho é que dizer, já que decidi, tenho que assumir com as consequências e assumir." (E1) |
| | Amor/Afeto | "...se não tivermos amor, não fazíamos estes sacrifícios todos." (E12)<br>"O que contribui mais foi o amor que nós tínhamos por eles..." (E8) |
| | Reciprocidade e gratidão/Retribuição | "O meu pai sempre foi o melhor pai do mundo e a minha mãe também...ele fez muitos sacrifícios por nós, por isso... fazemos isto com amor" (E12)<br>"...tínhamos muito amor de pai e de mãe, tínhamos muito colo, tínhamos muito afeto. E fomos habituados e criados no redor desse amor de família. Por isso é que eu não deixo a minha mãe em lado nenhum." (E6) |

| | | |
|---|---|---|
| | Respeito pela vontade do idoso | "Ela também não quer ir para um lar." (E1)<br>"...o objetivo era mantê-lo no seu lar onde ele se sentia melhor." (E8) |
| | Cumprimento duma promessa familiar | "...eu fico com o pai, prometi isso à mãe." (E12) |
| Tomada de decisão familiar | Sim | "...com os meus irmãos ...os três em conjunto disseram: "Como estás mais perto ... Se for da tua livre vontade ficares com a mãe em vez dela estar no centro de dia?", e eu trouxe-a, o meu marido concordou..." (E6)<br>"...isto teve que ser organizado antes de eu vir para aqui. Tive que me organizar com os meus irmãos para ajudar, mas tive que me organizar também com os meus filhos. Se eles estavam de acordo que eu viesse para aqui e isso tudo..." (E 1) |
| | Não | "O que eu ia fazer?... os filhos cada um tinha a sua vida, não é?" (E2)<br>"...quando eu fiquei sem trabalho é que eu vim para cima para tomar conta deles, para estar ao pé deles.... Sou filha única. (E4) |

#### 3.4.2.2. Implicações do cuidado na vida familiar

Da análise de conteúdo à segunda pergunta: O que mudou na sua vida familiar desde que começou a cuidar?, emergiram cinco categorias: A- Implicações negativas no cuidador, B- Implicações positivas no cuidador, C- Relações Familiares, D- Papéis Familiares e E- Comunicação Familiar.

*Categoria A: Implicações negativas no cuidador*

Ao responderem à questão, os cuidadores invocaram diversas implicações negativas associadas ao processo de cuidado, que se subdividiram em três subcategorias: físicas, psico-emocionais e sociais e/ou económicas.

A1- Físicas

Cerca de metade dos cuidadores referiram ter problemas de saúde física, como cansaço, impacto músculo-esquelético, associados às exigências dos cuidados. Também relataram um agravamento das doenças já existentes.

A2- Psico-emocionais

As implicações psico-emocionais foram relatadas pela maioria dos cuidadores que invocaram sentir stress, perdidos, sem vida própria, desanimados, sobretudo em cuidadores de familiares com demência, devido à dificuldade de relacionamento com eles.

A3- Sociais e/ou económicas

Todos os cuidadores referiram que se sentiam presos, sem liberdade e que tinham deixado de poder fazer o que queriam. Alguns dos cuidadores também referiram dificuldades económicas associadas às despesas extra com os cuidados.

*Categoria B- Implicações positivas no cuidador*

Para além das implicações negativas, os cuidadores invocaram implicações positivas associadas ao processo de cuidado, que se subdividiram em quatro subcategorias: sentimento de competência e confiança para cuidar, reconhecimento do cuidado prestado, reforço da relação de confiança entre cuidador e familiar idoso e influência intergeracional positiva.

B1- Sentimento de competência e confiança para cuidar

O sentimento de competência e confiança para cuidar foi referido por cinco cuidadores, que asseguram que desenvolveram habilidades para cuidar com a experiência, assegurando que a experiência do cuidado os fez crescer e amadurecer pessoalmente.

B2- Reconhecimento do cuidado prestado

Dois dos cuidadores referiram que o próprio idoso cuidado reconhecia o seu cuidado, elogiando-o e outro referia que as pessoas achavam que o seu familiar estava bem cuidado.

B3- Reforço da relação de confiança entre cuidador e familiar idoso

Um dos cuidadores referiu que com o passar dos anos, o familiar idoso passou a confiar mais nele, depositando confiança para a gestão doméstica e económica.

B4- Influência intergeracional positiva

Um dos cuidadores referiu que o neto ao vivenciar o cuidado prestado aos idosos iria aprender mais sobre a necessidade dos cuidados intergeracionais, sendo uma oportunidade para ensinar os netos a cuidar dos mais velhos e para que sintam que um dia podem estar na mesma situação.

*Categoria C- Relações Familiares*

Os cuidadores referiram que ao longo do processo de cuidados as relações familiares foram-se alterando, transformando-se em relações mais negativas ou positivas, que se subdividem em dois tipos de subcategorias: conflituosas e/ou passivas e apoio e afetividade.

C1- Conflituosas e/ou Passivas

Alguns cuidadores referiram que desde que começaram a prestar cuidados os laços familiares foram afetados, sendo afetada a forma como se relacionam com os familiares, levando a um aumento de tensão e conflito. Os conflitos eram devidos a ressentimentos do cuidador face à falta de apoio e crítica de alguns familiares, como os irmãos, em relação ao seu papel. Também se verificou nalgumas situações o cuidador referir que alguns irmãos não colaboravam e deixaram de manter o contato consigo e com o familiar idoso.

C1- Apoio e Afetividade

Alguns cuidadores referiram que após a situação de dependência do seu familiar houve consequências positivas para os relacionamentos entre os membros da família, aumentando a intimidade emocional, o apoio mútuo e a resiliência, mesmo que não compartilhem tarefas do cuidado. Houve cuidadores que

relataram que trabalhavam juntos para prestar cuidados, e simultaneamente se sentiam unidos, com um propósito comum, fortalecendo os laços familiares.

*Categoria D- Papéis Familiares*

Os cuidadores referiram que ao longo do processo de cuidados foi necessário expandir os papéis, passando a ter responsabilidade na prestação de cuidados ao familiar idoso para além dos papéis habituais como: papel parental, conjugal, de cuidado doméstico, papel profissional, entre outros. Desta categoria sugiram duas subcategorias: acumulação e sobrecarga de papéis e equilíbrio de papéis.

D1- Acumulação e sobrecarga de papéis

Alguns cuidadores revelaram que cuidar dos seus familiares idosos levou a uma acumulação de papéis, pois para além de apoiarem emocionalmente os idosos, prestavam-lhe cuidados nas atividades de vida diárias, acumulando simultaneamente o papel de cuidado doméstico e num dos cuidadores acumulava com a atividade profissional, levando a tensão, por cumprir várias responsabilidades em simultâneo.

D2- Equilíbrio de papéis

Alguns cuidadores que conseguiram expandir os seus papéis, adaptando-se aos desafios dos cuidados, enquanto equilibram o papel de cônjuge, o papel parental ou de avó e a própria vida profissional (o caso duma cuidadora que trabalhava a tempo inteiro). Estes cuidadores revelaram que tinham o apoio e colaboração de outros membros da família e dos serviços de apoio domiciliário.

*Categoria E- Comunicação Familiar*

Os cuidadores referiram que ao longo do processo de cuidados foi necessário dialogar com os familiares para coordenar as tarefas de cuidados, partilhar responsabilidades e atender às necessidades do idoso em evolução, tendo-se verificado duas subcategorias distintas: eficaz e não eficaz.

E1- Eficaz

Alguns cuidadores referiram comunicar abertamente sobre a coordenação de tarefas e partilha de responsabilidades, quer com os membros da família nuclear (no caso de duas cuidadoras casadas), quer com os membros da família extensa, havendo um entendimento comum sobre os papéis de cada um, facilitador da prestação de cuidados.

E2- Não Eficaz

Noutras situações houve cuidadores que relataram não estabelecer comunicação com alguns membros da família extensa, como irmãos. Outros referiram sentir-se ofendidos com as discussões com alguns membros da família acerca da tomada de decisão sobre os cuidados que prestam.

Para maior clareza, as categorias, subcategorias e unidades de contexto transcritas, da análise de conteúdo à pergunta 2 encontram-se na tabela 5.

Tabela 5– Categorias, subcategorias e unidades de contexto (literalmente) referentes às implicações do cuidado na vida familiar

| **Categoria** | **Sub-categoria** | **Unidade de Contexto (Transcrição literal)** |
|---|---|---|
| Implicações negativas no cuidador | Físicas | "...custa-me um bocado também porque sofro das costas" (E7)<br>"... fui reagindo mal e o cansaço também já vai ficando em cima de mim" (E4) |
| | Psico-emocionais | "Estava mais preso, a minha vida está presa e eu já tenho dito que eu sou um prisioneiro a domicílio." (E9)<br>"Foi uma mudança radical mesmo e mudou muito porque eu não tinha liberdade nem tinha praticamente vida própria, não é?" (E8) |
| | Sociais e/ou económicas | "Eu tenho que estar aqui fechada com ela." (E6)<br>"...e o dinheiro não dá para tudo. (E7) |
| Implicações positivas no cuidador | Sentimento de competência e confiança para cuidar | "...eu lá olhei e sei olhar por ela e sempre bem." (E3)<br>"Então eu tenho de estar aqui. A minha presença, aliás ajuda a que eles se deem melhor." (E11) |
| | Reconhecimento do cuidado prestado | "...acho que ela que está bem estimada, porque toda gente cá vem e diz: Ai, a senhora está bem estimadinha!" (E3)<br>"A minha mãe até diz, às vezes, que deixo eu melhor as coisas do que certas pessoas que vêm aí. (E7) |
| | Reforço da relação de confiança entre cuidador e familiar idoso | "Não, ela aceita e às vezes digo qualquer coisa, e ela diz: Óh meu filho, tu é que sabes, tu é que mandas. Mas primeiro quando vim para aqui... com o dinheiro, ela recebia e queria-o contar sempre." (E3) |

| | | |
|---|---|---|
| | Influência intergeracional positiva | "é uma boa oportunidade para ensinar aos netos a cuidar dos mais velhos." (E11) |
| Relações familiares | Conflituosas e/ou passivas | "É como a minha filha às vezes diz: "Óh pai, você não modifique os medicamentos, o médico é que sabe!" A minha resposta é simples: "Olha, é muito simples comandar à distância, mas quem está à frente dos cornos do touro sou eu." (E9)<br>"Eu estou a ficar maluca da cabeça aqui nesta casa, mas às vezes nem é a minha mãe, está a perceber? Isto é uma casa de muito movimento, às vezes o meu irmão é chato, está a perceber? E depois aquilo mete-me nervos: "Tu não estás aqui para ver tudo, cala-te!" Digo-lhe mesmo, quando há em família isso assim..." (E10) |
| | Apoio e Afetividade | "...também é bom conviverem com os avós e é bom para eles conviverem com o neto. Eu acho que eles gostam da companhia uns dos outros e faz-lhes bem." (E11)<br>"Existe uma rede de apoio entre nós, estão sempre disponíveis para... O meu marido está mesmo disponível para... As minhas filhas também. Se eu disser Mariana fica aqui um bocadinho com o avô, a minha filha mas velha igual... foi uma decisão muito bem tomada e é tanto que já dura há sete anos e nós continuamos sempre com ele" (E12) |

| | | |
|---|---|---|
| Papéis Familiares | Acumulação ou sobrecarga de papéis | "...chegava a casa tinha comida feita e até as voltas que pertencia fazer, ela fazia. Agora sou eu que tenho que fazer, dar uma limpadela na casa... que remédio eu tenho que fazer." (E5)<br>"A minha vida praticamente é trabalho e casa... quando estou a trabalhar, estou sempre com aquela preocupação por causa dela é um bocado complicado isso para mim, uma pessoa sozinha." (E7) |
| | Equilíbrio de papéis | "...sempre que havia uma festinha de anos ... que era uma neta minha, em vez de ser na casa do meu filho fazia-se lá em casa para podermos estar todos juntos. E para eles também poderem participar." (E8)<br>"Nunca deixei nada para fazer. Isso foi uma das coisas que eles sabem... E uma das coisas que a minha mãe também pediu foi: "Não quero que vocês parem a vossa vida por causa de nós." (E12) |
| Comunicação Familiar | Eficaz | "Ela nem quer que eu lhe diga: Ah, eu não vou!, ela diz: Ai, vais, vais!, eu fico com ele e tu vais. Nisso, sempre foi uma coisa que foi discutida em família antes de tomarmos essa decisão. (E12)<br>"Tenho que telefonar aos meus irmãos, porque coisas de casa ou de família tem que ser com eles que eu resolvo. (E1) |
| | Não eficaz | "O que eles querem dizer para mim é que eu não estou a fazer um bom trabalho, para a tirar da cama. E depois chapam-me na cara: "Não sabes tomar conta da mãe!", mas o problema é que eu não vejo eles aqui a tomar conta dela |

| | |
|---|---|
| | quando ela precisa e ainda por cima não sou paga por eles, está-me a perceber?"(E10)<br>"Ele até o momento não ajudou ainda em nada, mas também não lhe peço nada a ele, enquanto eu puder faço." (E7) |

#### 3.4.2.3. Dificuldades do cuidador e estratégias para lidar com as dificuldades

Da análise de conteúdo à terceira pergunta: Quais as dificuldades que sente para prestar cuidados?, emergiram duas categorias: A- Dificuldades, B- Estratégias para lidar com as dificuldades.

*Categoria A: Dificuldades*

Ao responderem à questão, os cuidadores invocaram diversas dificuldades associadas ao processo de cuidado, que se subdividiram em cinco subcategorias: Prestação de cuidados nas atividades de vida diárias, Falta de adaptação do edifício residencial para a prestação de cuidados, Lidar com a evolução do estado de saúde do familiar idoso, Falta de colaboração do familiar idoso e Vigilância do idoso.

A1- Prestação de cuidados nas atividades de vida diárias

A maioria dos cuidadores (N=9) relataram diversas dificuldades na prestação de cuidados nas atividades de vida diárias, que se relacionavam com a exigência técnica e com a sobrecarga física.

A2- Falta de adaptação do edifício residencial para a prestação de cuidados

Dois cuidadores referiram não ter condições na estrutura do edifício residencial para prestar cuidados nas atividades de vida diárias.

A3- Lidar com a evolução do estado de saúde do familiar idoso

Quase metade dos cuidadores (N=5) referiram que era difícil lidar com a evolução do estado de saúde do familiar idoso, sobretudo com as alterações resultantes da evolução do estado de demência (aumento do grau de dependência, falta de reconhecimento do próprio cuidador e de outros membros da família).

A4- Falta de colaboração do familiar idoso

Metade dos cuidadores (N=6) referiram que era difícil lidar com a falta de colaboração do familiar idoso, no que respeita a recusa para a realização de diversas atividades de vida diárias: alimentação, banho, transferir-se, deambular e para a toma da medicação.

A5- Vigilância do idoso

Quase metade dos cuidadores (N=5), referiram dificuldade na vigilância do familiar idoso, relacionada com o facto de não estar sempre em casa (no caso dum cuidador que trabalha) e com o fato dos idosos com demência necessitarem de estar sempre sob vigilância para sua segurança.

Categoria B- Estratégias para lidar com as dificuldades

Ao falarem das dificuldades, os cuidadores falaram também de diversas estratégias para lidar com as dificuldades que se subdividem em oito subcategorias: Sistemas de suporte não institucionais, Apoio da família, Sistemas de suporte institucionais, Apoios ausentes e/ou insuficientes, Crenças facilitadoras, Adaptação do edifício residencial e/ou Aquisição de ajudas técnicas/equipamento adaptativo, Ter tempo livre e Experiência anterior de cuidado.

B1- Sistemas de suporte não institucionais

Como estratégias para lidar com as dificuldades, quatro dos cuidadores referiram solicitar o apoio dos vizinhos, sendo nalguns casos remunerado, para auxílio na prestação de cuidados nas atividades de vida diárias, vigilância do familiar idoso enquanto saem para tratar doutros assuntos e para higiene da casa.

B2- Apoio da família

Todos os cuidadores referiram que tinham apoio dos familiares, sendo este para: auxiliar na prestação de cuidados nas atividades de vida diárias, tratar de assuntos burocráticos (relacionados com os apoios sociais e com os cuidados de saúde), vigilância do idoso dependente, ter tempo livre para visitar outros familiares ou para outras atividades recreativas e apoio monetário. Alguns destes apoios provinham da família coabitante, outros provinham da família extensa (como por exemplo dos irmãos). Por exemplo, no caso de duas filhas cuidadoras, a vigilância do familiar idoso era feita pela esposa também idosa mas com capacidade para vigiar. Noutros casos, o cônjuge do cuidador e os filhos do cuidador também auxiliavam nos cuidados.

B3- Sistemas de suporte institucionais

Todos os cuidadores referiram ter apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente apoio da enfermeira de família e da médica de família que iam fazer a consulta ao domicílio e apoio ao nível da realização das consultas telefónicas de especialidade para evitar deslocações. Também referiram apoio da segurança social (reformas, complemento por dependência, atestado multiusos e estatuto de

cuidador), apoio das equipas do apoio domiciliário (para prestação de cuidados de higiene ao familiar idoso, limpeza da casa, limpeza da roupa e serviços de refeições) e apoio do centro de dia.

B4- Apoios ausentes e/ou insuficientes

Ao falarem dos apoios, seis cuidadores reconhecem os seus apoios como insuficientes e/ou ausentes para cuidar do seu familiar idoso, invocando diversas causas: a não atribuição do estatuto de cuidador, a insuficiência do apoio domiciliário e a falta de apoio dos restantes membros da família quer na prestação de cuidados, quer no apoio monetário.

B5- Crenças facilitadoras

Uma cuidadora referiu que acredita ter nascido para cuidar dos outros, sendo esta uma crença que já a acompanhava de experiências anteriores e lhe dava forças para continuar a cuidar. Outra cuidadora revela a crença em Deus para que lhe dê saúde para continuar a cuidar.

B6- Adaptação do edifício residencial e/ou Aquisição de ajudas técnicas/equipamento adaptativo

Mais de metade dos cuidadores (N=7), referiu ter adquirido ajudas técnicas e equipamentos adaptativos como camas articuladas, cadeira de rodas, andarilhos, colchões para prevenção de úlceras de pressão, entre outras ajudas técnicas para auxiliar na prestação de cuidados. Alguns cuidadores referiram também que tiveram necessidade de adaptar o edifício residencial, por forma a diminuir as barreiras arquitetónicas e facilitar a prestação de cuidados.

B7- Ter tempo livre

Alguns cuidadores (N=5) referiram que ter tempo para lazer, para convívio com outros familiares e para realizar tarefas para além das relacionadas com os cuidados lhe permitia lidar melhor com as exigências do papel de cuidador.

B8- Experiência anterior de cuidado

Cinco cuidadores invocaram que as aprendizagens obtidas através das experiências anteriores de cuidado a outros familiares ou em contexto de trabalho, lhe permitiam mobilizar conhecimentos e habilidades para a experiência atual de cuidado do seu familiar, facilitando a prestação de cuidados.

Para maior clareza, as categorias, subcategorias e unidades de contexto transcritas, da análise de conteúdo à pergunta 3 encontram-se na tabela 6.

Tabela 6– Categorias, subcategorias e unidades de contexto (literalmente) referentes às dificuldades do cuidador e estratégias para lidar com as dificuldades

| **Categoria** | **Sub-categoria** | **Unidade de Contexto (Transcrição literal)** |
|---|---|---|
| Dificuldades | Prestação de cuidados nas atividades de vida diárias | "Também não tenho muita força, porque ela está pesada... Eu visto-a e depois ela bota aqui as mãos ao pescoço e ela põe-se a pé comigo. Ela está a ficar muito presa das pernas..." (E10)<br>"Dar-lhe banho até na cama, porque, não é fácil agarrar nela e levá-la para o duche." (E7) |
| | Falta de adaptação do edifício residencial para a prestação cuidados | "Depois a banheira, custa-lhe a subir os pés lá para cima, custa." (E1)<br>"...a minha maior dificuldade neste momento é quando ele precisa de ir ao médico, pronto pó descer as escadas e depois pó subir as escadas." (E4) |
| | Lidar com a evolução do estado de saúde do familiar idoso | "É mau para ele e é mau para nós, porque imagine ele não sabe nos dizer se está doente, não nos sabe dizer se tem dor, não nos sabe dizer o que lhe dói e isso para nós é um sofrimento muito grande..." (E12)<br>"...ele foi sempre perdendo algumas faculdades...desde que lhe deu um AVC que queria explicar-se e não conseguia, às vezes eu ficava sem saber o que é que ele me estava a dizer e não percebia..." (E8) |
| | Falta de colaboração do familiar idoso | "... para lhe dar a medicação que me vejo desgraçada, bebe a água e deixa os comprimidos todos na boca." (E6)<br>"...ela tem que tomar banho, e ela agora, muitas vezes não quer obedecer. Quer |

| | | |
|---|---|---|
| | | ficar na caminha, deitadinha no quentinho." (E10) |
| | Vigilância do idoso | "O problema é que é muitas horas que está aí sozinha. Desde as oito praticamente ou oito e meia até ao meio-dia e meio, é muita hora. E à tarde é igual, embora venham fazer higiene por volta das quatro e meia, mas da uma e meia às quatro e meia, é muito tempo aí sozinha." (E7)<br>"Ela se me apanha a porta aqui aberta, agora está a chave por fora, mas eu tenho que tirar sempre a chave, porque basta apanhar-me distraída ela apanha e põe-se a andar..." (E6) |
| Estratégias para lidar com as dificuldades | Sistemas de suporte não institucionais | "...uma nossa vizinha estava disponível e contratamo-la, não declarado..." (E11)<br>"...tenho aí uma vizinha que às vezes vem-me ajudar..." (E2) |
| | Apoio da família | "...uma irmã minha veio do estrangeiro e que se comprometeu a ficar com ele durante o dia enquanto eu estava a trabalhar. E quando chegava em casa, a minha irmã vai embora e depois sou eu que fico com ele o resto do dia e a noite toda..." (E8)<br>"É a minha mãe que fica, ainda fica a vigiá-lo. É minha mãe ainda que fica em casa com ele..." (E4) |
| | Sistemas de suporte institucionais | "...perguntei à fundação Montalvão ali, pedi-lhes ajuda para pelo menos fazerem a parte da higiene... uma horinha de manhã, ele fica logo todo limpinho, lavadinho, tudo arranjadinho." (E11) |

| | | |
|---|---|---|
| | | "...a nível de saúde sim. Mesmo a médica e a enfermeira já têm que vir cá a casa, que ela já não consegue..." (E7) |
| | Apoios ausentes e/ou insuficientes | "Não tenho direito a receber nada da segurança social, porque tenho o meu filho a morar comigo." (E6)<br>"Os da fundação Montalvão comunicaram-me que de manhã, ainda me podiam fazer essa ajuda, ir lá de manhã, ajudá-lo a descer. Só que à noite já não conseguiam ir lá ajudá-lo a levar para cima." (E4) |
| | Crenças facilitadoras | "...eu consigo, eu tenho uma força interior tão grande comigo que eu consigo tratar dela sozinha." (E6)<br>"...só peço que Deus nosso senhor, me dê saúde para eu poder olhar por ela." (E3) |
| | Adaptação do edifício residencial e/ou Aquisição de ajudas técnicas/equipamento adaptativo | "...eu também fiz uma casa de banho lá em baixo, que pode entrar a cadeira e já consigo fazer tudo sozinha, porque é mais fácil." (E12)<br>"...comprei-lhe um colchão ortopédico, aquele colchão fez-lhe muito bem." (E2) |
| | Ter tempo livre | "...porque me tenho organizado desta maneira, porque se não, acho que não ia conseguir. Não conseguia. Consigo ter algum tempo também para mim..." (E11)<br>"Também tenho que ir fazer a minha vida, não é, e as minhas coisas. Também tenho filhos e netos, também tenho que ir visitar..." (E3) |
| | Experiência anterior de cuidado | "...a minha profissão obriga-me a isso, aos meninos, eles se não andam eu |

| | |
|---|---|
| | tento ajudar a andar, se eles não comem também. Isso já faz parte." (E12)<br>"Eu já tomei conta de outras pessoas, só de fazer higiene e assim, não estava o tempo todo, mas já fazia umas horas. E não tenho curso nenhum..." (E6) |

## 3.5. Discussão dos resultados

Quanto à caracterização dos idosos dependentes mais de metade eram mulheres, com idade igual ou superior a 85 anos e viúvas, indo de encontro a outros estudos (Rodrigues et al., 2023). O grau de dependência avaliado através da Escala de Barthel, revelou que sete familiares idosos eram dependentes em grau grave e seis em grau moderado. Verificou-se que a maioria dos idosos dependentes em grau elevado (seis) tinham idade ≥ 85 anos, o que vai de encontro à evidência de que a dependência tende a aumentar com a idade (Chen et al., 2018).

Estes resultados vão de encontro ao estudo de Valencia Guevara et al. (2025), em que o grau da maioria dos idosos dependentes avaliado através da mesma escala era grave.

Quanto à caracterização sociodemográfica dos cuidadores, a maioria são mulheres, filhas a coabitarem com o familiar idoso, à semelhança de outros estudos (Moura et al., 2019; Oliveira & Moura, 2017; Pérez-Cruz et al., 2017). Têm idades compreendidas entre os 46 e os 60 anos e baixa escolaridade, o que está de acordo com outros estudos, com cuidadores informais, em que a maioria são mulheres, de meia-idade (Moura et al., 2019; Valencia Guevara et al., 2025). Isto vai de encontro ao papel social atribuído à mulher de prover o cuidado em casa.

De salientar, no entanto que entre os entrevistados temos três homens (um filho e dois cônjuges). Alguns estudos remetem para uma maior visibilidade de cuidadores homens, especialmente quando se investiga especificamente este grupo (Moherdaui et al., 2019; Moreira et al., 2018; Moura et al., 2019).

Quanto ao estado civil, a maioria dos cuidadores entrevistados são casados. Quanto à situação profissional, quase metade dos cuidadores são reformados e os restantes são domésticas e desempregados em número sensivelmente igual, como acontece no estudo de (Rodrigues et al., 2023). Para além das situações profissionais referidas, havia três cuidadores empregados a tempo inteiro. Das características atrás expostas, pode-se dizer que os cuidadores se apresentam como um grupo com algumas fragilidades que poderão influenciar o desempenho do papel, que será analisado à frente.

Quanto à caracterização das famílias eram maioritariamente constituídas por menos de três elementos (N=7), à semelhança do estudo de (Rodrigues et al., 2023) e pertenciam à classe social média baixa (N=8).

Entre as motivações para cuidar, os cuidadores referiram a obrigação moral e dever familiar e a ausência de escolha/ ausência de alternativa, sendo estas não apenas escolhas subjetivas, mas respostas a estruturas familiares, disponibilidade de apoio e expectativas sociais percebidas pelos cuidadores, como o caso dos cônjuges idosos cuidadores que moravam sozinhos com o familiar idoso ou o caso dos cuidadores filhos que moravam mais perto e/ou estavam mais disponíveis em relação aos seus irmãos. Vários autores também concordam que as motivações para cuidar não são apenas escolhas, mas resultantes de circunstâncias acima descritas (Madureira, 2010; Moreira et al., 2018; Oliveira et al., 2015; Ramírez-Pereira et al., 2018).

Duas cuidadoras filhas, revelaram que a experiência de cuidar levou a grandes mudanças na rotina, sobrecarga e privação da vida pessoal, mas apesar das adversidades querem permanecer no papel numa atitude de abnegação e/ou resignação. No presente estudo estas motivações foram encontradas em filhos, tal como acontece noutros estudos consultados (Manoel et al., 2013; Oliveira & Moura, 2017; Ramírez-Pereira et al., 2018).

Outras motivações para cuidar invocadas pelos cuidadores basearam-se no afeto e amor (sobretudo nos cuidadores que relatam ter tido durante a vida um vínculo forte com o familiar idoso). Por vezes esse amor coexistiu com dever. Noutros estudos com cuidadores informais de idosos dependentes, o quotidiano do cuidar foi descrito como permeado por sofrimento e sacrifícios, mas também exercido com amor, carinho e dedicação (Moreira et al., 2018; Moura et al., 2019; Ramírez-Pereira et al., 2018).

A reciprocidade e gratidão/retribuição é destacada como motivação particularmente relevante em alguns cuidadores, revelando um vínculo familiar coeso e uma necessidade de retribuir o cuidado que o familiar idoso teve consigo e com os seus filhos, o que vai de encontro a outros estudos (Costa et al., 2018; Manoel et al., 2013; Moherdaui et al., 2019; Moreira et al., 2018; Oliveira & Moura, 2017).

Mais de metade dos cuidadores tomou a decisão de cuidar em contexto familiar, quer fosse com a família coabitante (quando aplicável), quer fosse com a família extensa, pois embora tenham tido a iniciativa, esta foi partilhada e aceite pela maioria dos restantes membros, fazendo-os sentir-se apoiados. Estes resultados diferem da afirmação de Oliveira et al. (2015), quando refere que cuidar é, muitas vezes uma imposição de várias circunstâncias ligadas ao papel social da mulher, com atribuição da função dos cuidados em casa, não sendo um ato pensado e muito menos decidido conjuntamente.

Os cuidadores revelaram várias implicações negativas do papel de cuidador: físicas, psico-emocionais e sociais e/ou económicas que resultaram das suas responsabilidades de cuidar. À semelhança de outros estudos, os cuidadores muitas vezes negligenciam a sua própria saúde e bem-estar, concentrando-se nas necessidades dos familiares idosos, levando a um declínio na sua saúde física (Costa et al., 2018; Moura et al., 2019) e, consequentemente, a uma redução na sua capacidade de cuidar (Nortey et al., 2017; Ubenoh et al., 2019). A nível psico-emocional, os cuidadores revelaram-se sem vida própria, pois passaram a viver para o familiar idoso, tal como foi verificado noutros estudos (Manoel et al., 2013; Oliveira & Moura, 2017; Ramírez-Pereira et al., 2018).

Todos os cuidadores revelaram que estavam mais "presos", e alguns não conseguiam envolver-se fora da família. Houve ainda uma cuidadora que saiu de casa, de ao pé da família para cuidar. Também Oliveira & Moura (2017) e Manoel et al. (2013), referem que cuidar duma pessoa dependente leva a modificação do estilo de vida do cuidador, anulando atividades de lazer, convívio social e perda da liberdade mesmo em relação a outros familiares.

Os sintomas de sobrecarga atrás referidos pareceram mais presentes em cuidadores de familiares idosos com um grau de dependência mais elevado, maior exigência nos cuidados e com demência, alguns dos quais revelavam cuidar vinte e quatro sobre vinte e quatro horas por dia. Kim et al. (2024), também verificaram no seu estudo que os cuidadores que vivem com doentes com Alzheimer relatam frequentemente uma deterioração na qualidade das suas relações devido ao stress da prestação de cuidados.

Ao nível económico, os cuidadores familiares relataram encargos financeiros significativos com as despesas com os cuidados ao familiar idoso, levando a um esforço na gestão do orçamento familiar. Houve também o relato duma cuidadora que ficou desempregada para poder cuidar, levando a uma maior instabilidade financeira, o que está de acordo com outros estudos (Sabzwari et al., 2016; Sya'diyah et al., 2022). A sobrecarga económica e os custos do cuidado informal foram também encontrados noutros estudos (Araújo, 2007; Melo et al., 2014; Ramírez-Pereira et al., 2018).

Para além das implicações negativas, os cuidadores referiram implicações positivas do cuidado, sendo relatadas por menos cuidadores. Baseiam-se em sentimentos de competência para cuidar, reconhecimento do cuidado prestado quer pelo familiar idoso, quer por outras pessoas, reforço da relação de confiança entre cuidador e familiar idoso e influência intergeracional positiva, que os faz sentir-se mais motivados para cuidar. Sya'diyah et al. (2023), refere que a nova responsabilidade de cuidar pode levar a um aumento do sentimento de competência e confiança nas capacidades de

prestação de cuidados, uma vez que os cuidadores relatam frequentemente um crescimento pessoal e uma melhoria na regulação emocional à medida que enfrentam estes desafios. Noutro estudo, um dos aspetos positivos do cuidado relatado foi a gratificação pelo cuidado prestado (Moreira et al., 2018).

Os cuidadores revelaram que a prestação de cuidados veio moldar as relações familiares, sendo que metade dos cuidadores revelaram sentir apoio e afeto por parte da família nuclear (quando existe) ou por parte da família extensa, muitas vezes com partilha das responsabilidades no cuidado. A este respeito, Hui et al. (2011) e Yu et al. (2021), referem que os cuidados podem aumentar a intimidade emocional e o apoio entre os membros da família, desde que se comuniquem de forma eficaz e se apoiem mutuamente ao longo do processo de prestação de cuidados

A outra metade dos cuidadores, ao contrário, revelou haver conflitos e/ou passividade com os outros membros da família, devido à tomada de decisão na partilha de responsabilidades, à prestação direta de cuidados e à falta de reconhecimento dos cuidados prestados.

Alguns estudos vêm corroborar os nossos resultados, destacando que a prestação de cuidados pode levar a disputas entre os membros da família em relação à divisão de responsabilidades e abordagens de cuidados, prejudicando as relações (Tumanggor et al., 2021).

Alguns autores defendem também que a carga do cuidador frequentemente se correlaciona com conflitos familiares, onde desacordos entre os membros da família em relação às decisões e responsabilidades de cuidados criam uma atmosfera de stress e ressentimento (Browning et al., 2024; Kwak et al., 2012).

Também no que respeita aos papéis familiares, as opiniões dos cuidadores dividem-se. Alguns cuidadores revelaram uma sobrecarga de papéis, pois para além das tarefas relacionadas com a prestação de cuidados, ainda acumulavam os papéis de cuidado doméstico, papel profissional, entre outros, enquanto outros cuidadores, relataram que a par do papel de cuidador, mantiveram o papel profissional, de cônjuge, parental ou de avó, entre outros papéis, por forma a manterem o equilíbrio familiar.

No seu estudo com famílias de idosos dependentes Araújo (2007), concluiu que o cuidado ao idoso alterava a dinâmica familiar, no que respeita às relações familiares, abandono ou limitação da atividade profissional e alteração nos papéis, havendo uma inversão dos mesmos (os filhos passam a cuidar dos pais).

A área da comunicação familiar ficou igualmente dividida entre os cuidadores. Metade dos cuidadores conseguiam comunicar eficazmente com os outros membros da família, enquanto a outra metade tinha dificuldades de comunicação ou não mantinha comunicação para qualquer tipo de apoio afetivo.

Dado que a resiliência familiar está intimamente ligada à comunicação familiar eficaz, que permite aos membros da família expressar adequadamente as suas necessidades, medos e esperanças (Abulaiti et al., 2022), podemos dizer que metade dos cuidadores não tinham possibilidade de se expressar junto da família, mantendo uma comunicação não eficaz, o que não contribuía para um aumento da resiliência.

Os resultados apurados revelam que os cuidadores que sentiam na sua família o apoio/afetividade, eram igualmente os que relataram comunicar de forma eficaz com ela e conseguiam equilibrar os seus papéis através de uma rede de sistemas de suporte institucional e não institucional e do apoio da família, denotando menos implicações negativas do papel. Também se verificou ao contrário, que os cuidadores familiares que relatavam maior conflito ou passividade nas relações familiares eram aqueles que acusavam mais sobrecarga de papéis, uma comunicação familiar não eficaz e um aumento das implicações negativas do papel.

Ao longo das entrevistas os cuidadores referiram várias dificuldades relacionadas com: a prestação de cuidados nas atividades de vida diárias, a falta de adaptação do edifício residencial (devido à existência de barreiras arquitetónicas), lidar com a evolução do estado de saúde do familiar idoso, falta de colaboração do familiar idoso e vigilância do familiar idoso. A dificuldade em prestar cuidados relacionada com as atividades de vida diária foi a mais apontada nos discursos dos cuidadores e era mais evocada pelos cuidadores de familiares idosos com maior grau de dependência. A falta de colaboração do familiar dependente em relação às atividades de vida diárias e à toma da medicação também foi evocada por cerca de metade dos cuidadores. Os cuidadores de familiares idosos com demência ou AVC revelavam dificuldade em perceber as suas necessidades, sentindo-se impotentes para conseguir lidar com a evolução da situação clínica.

Também a literatura revela que a família sente várias dificuldades ou fatores inibidores para prestar cuidados, alguns dos quais vão de encontro ao nosso estudo: a falta de participação da pessoa idosa nalguns autocuidados como o tomar banho e tomar a medicação (Rodrigues et al., 2023), as alterações comportamentais do idoso (Oliveira et al., 2015) as dificuldades e insegurança na prestação de cuidados (Oliveira & Moura, 2017) e a falta de condições no domicílio (Araújo, 2007).

Um estudo sobre as necessidades do cuidador à luz da Teoria de Meleis (Meleis, 2010), concluiu que as condições inibidoras para a transição para o papel do cuidador são: acesso aos serviços de saúde devido a dificuldades e adversidades, falta de apoio emocional e assistência por parte dos familiares, assim como o não reconhecimento do seu papel, sobrecarga financeira  e ausência de tempo para si próprio, devido aos recursos insuficientes (Melo et al., 2014). Relativamente à ausência de tempo para si próprio, os cuidadores do presente estudo referiram o ter tempo livre para si próprio, como uma estratégia que conseguiram construir com uma rede de apoio social e familiar que os substitui para poderem ter tempo livre, sentindo-se assim menos presos às tarefas de cuidar. Também Sakakibara et al. (2015), no seu estudo concluiu que os cuidadores geriam a utilização de serviços de assistência como uma forma de equilibrarem a tarefa de cuidar com a sua vida pessoal e familiar.

Para além de ter tempo livre, para realizar outras tarefas, os cuidadores invocaram outras estratégias para lidar com as dificuldades, como o apoio da família (sendo a estratégia mais utilizada), em que quer a família coabitante, quer a família extensa auxiliavam na prestação de cuidados. No caso da família coabitante, nalguns casos era a esposa do idoso dependente, quando ainda tinha capacidade, que auxiliava a filha e, outras vezes, era o cônjuge e as filhas/os do cuidador. Neste último caso há um apoio intergeracional, tornando mais alargado o número de pessoas a colaborar nos cuidados e que na perspetiva do cuidador este relacionamento é saudável para ambas as gerações.

Esta influência intergeracional do cuidado, no nosso estudo foi positiva, no entanto, existem autores que referem que a dinâmica de várias gerações a viverem juntas pode complicar ainda mais os cuidados, pois os filhos adultos que cuidam dos pais idosos enquanto ainda criam os seus próprios filhos fazem frequentemente parte de uma geração sanduíche, o que leva a um aumento do stress (Ayu Henny Achjar et al., 2024). No entanto, quando as famílias promovem a cooperação intergeracional e o apoio mútuo, elas podem satisfazer as necessidades tanto dos idosos quanto dos membros mais jovens da família, melhorando seu funcionamento (Ayu Henny Achjar et al., 2024; Flores González & Seguel Palma, 2016).

A seguir ao apoio da família, a estratégia mais citada foi o apoio dos sistemas de suporte institucional. O apoio dos profissionais de saúde mais solicitado era o pedido de realização da consulta médica e de enfermagem ao domicílio, que já era uma prática habitual. As consultas destinavam-se à vigilância do estado de saúde do familiar idoso, à capacitação do cuidador para prestar cuidados e para adquirir ajudas técnicas e à referenciação para outros profissionais e para outros serviços da Unidade Local de Saúde e para outras unidades funcionais, quando necessário.

A literatura consultada também dá ênfase à necessidade dos enfermeiros de família promoverem a acessibilidade aos cuidados e/ou recursos existentes e otimizarem os resultados de saúde favoráveis para os cuidadores familiares e pessoas dependentes através da visita domiciliária (Rodrigues et al., 2023). Os enfermeiros devem ainda coordenar os cuidados entre vários profissionais e serviços de saúde (Keyvanloo Shahrestanaki et al., 2023).

Stojak et al. (2019), também concluíram que os cuidadores familiares de idosos dependentes que recebam cuidados de enfermagem em casa de longo prazo, sentem menos stress, maior apoio e maior satisfação no seu papel.

Ainda relativamente ao papel dos enfermeiros Hayati & Astari (2020), defendem os cuidados centrados na família para aumentar o conhecimento dos familiares sobre os sinais e sintomas associados ao envelhecimento ou doenças crónicas e para educar as famílias sobre as melhores práticas, o vai de encontro à satisfação das dificuldades em prestar cuidados nas AVDs e em lidar com a evolução do estado de saúde do familiar idoso, relatada pelos cuidadores do nosso estudo.

Para além destas estratégias, os cuidadores invocaram outras como: apoio dos sistemas de suporte não institucionais, apoios ausentes e/ou insuficientes, crenças facilitadoras, adaptação do edifício residencial/aquisição de ajudas técnicas/equipamentos adaptativo e experiência anterior de cuidado. Os apoios ausentes e/ou insuficientes referidos pelos cuidadores, como a falta de apoios económicos (estatuto de cuidador, atestado multiusos, entre outros), a insuficiência dos apoios domiciliários das IPSS e a falta de apoio de alguns familiares, levava a mais implicações negativas do cuidado para o cuidador.

Verificou-se também que os cuidadores com habilitações literárias mais elevadas e maior nível socioeconómico revelaram menos implicações negativas associadas ao papel e tinham uma rede de suporte institucional que geriam por forma a organizar as tarefas associadas aos cuidados e a terem mais tempo livre para dedicar a outras tarefas, permitindo-lhe sair, fazer atividades recreativas, visitar familiares, diminuindo, desta forma, as dificuldades do cuidado.

A literatura também refere várias estratégias de coping mobilizadas pela família e cuidador para fazer face aos cuidados ao idoso que vão de encontro ao presente estudo, como por exemplo: apoio da família, da comunidade, recursos materiais, experiência adquirida ao longo do tempo, religião (Araújo, 2007) e realização de atividades prazerosas (Sangsaikaew et al., 2022). Estes estudos revelaram

também outras estratégias diferentes das nossas: aceitação do idoso dependente Araújo (2007) e espiritualidade (Sangsaikaew et al., 2022).

Um estudo sobre as necessidades do cuidador à luz da Teoria de Meleis (Meleis, 2010), concluiu que as condições facilitadoras para a transição para o papel do cuidador são: a) a necessidade de apoio familiar (inclui o bom relacionamento familiar entre familiares e entre cuidador e pessoa dependente e o apoio emocional para gerir reações como medo, ansiedade, incerteza e aquisição de estratégias para resolução de problemas); b) o apoio social (para evitar isolamento e facilitar acesso a recursos) e c) dotar os cuidadores dos conhecimentos e capacidades que precisam para o autocuidado e para cuidar dos seus familiares (aprendizagem de competências instrumentais e informação sobre a doença e cuidados a prestar) (Melo et al., 2014).

### 3.6. Limitações e pontos fortes

Este estudo procurou estudar em profundidade a perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio. Apresentou algumas limitações como a impossibilidade de fazer generalizações e a amostra intencional obtida não foi capaz de absorver todas as perceções da população relativamente ao tema. No entanto, há a salientar as diferentes características dos participantes que podem ter enriquecido os resultados, como por exemplo: diferentes tipos de parentesco com o familiar idoso, diferentes tipos de agregado familiar, diferentes níveis de instrução dos cuidadores, diferentes tempos enquanto cuidadores e diferentes níveis sócio económicos das famílias.

Alguns pontos fortes a destacar foram: a sensibilidade e interesse pela temática e a experiência anterior enquanto investigadora nesta área e enfermeira de família, que levou a querer investigar as implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio, acreditando na visão sistémica da saúde familiar. Para além destes pontos fortes pretendeu-se responder a uma necessidade do serviço, na medida em que a área de influência da USF é predominantemente rural, com um número de utentes utilizadores dos cuidados de saúde com idade avançada e consecutivamente, a necessitar de cuidados no domicílio, sendo por isso importante investigar as suas necessidades e fornecer insights, para que as equipas de enfermagem atuem, de forma a rentabilizar recursos.

Outro ponto forte foi a utilização da ferramenta de busca SCOPUS, que permitiu obter um número extenso de estudos, incluídos na revisão, tornando-a abrangente e auxiliando na discussão dos

resultados. Também o facto das entrevistas ocorrerem no local de eleição para os cuidadores, que foi predominantemente o domicílio (à exceção duma cuidadora), permitiu maior contato com a realidade.

## 3.7. Conclusões do estudo empírico

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram nove categorias: motivos para cuidar, tomada de decisão familiar, implicações negativas no cuidador, implicações positivas no cuidador, relações familiares, papéis familiares, comunicação familiar, dificuldades para a prestação de cuidados e estratégias para lidar com as dificuldades.

Da análise dos resultados emergiram implicações positivas e negativas do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio, quer para o cuidador, quer para a família. Essas implicações afetam não só a saúde do cuidador, mas também a saúde dos diversos membros da família. Por sua vez, a forma como o cuidador e família vão transitar para o novo papel de prestador de cuidados vai determinar a saúde de cada um. Isto vai de encontro ao conceito de saúde familiar descrito por Hanson (2005), em que a autora considera que a saúde do indivíduo afeta toda a função familiar que irá afetar a saúde de cada um.

Na discussão dos resultados verificamos isso quando os cuidadores que tinham menos implicações negativas no papel, eram os que sentiam nas suas relações familiares o apoio/afetividade e eram igualmente os que relatavam comunicar de forma eficaz com a família e conseguiam equilibrar os seus papéis através de uma rede de sistemas de suporte institucionais e não institucionais. Também se verificou ao contrário, que os cuidadores familiares que relatavam aumento das implicações negativas do papel, eram os mesmos que relatavam maior conflito ou passividade nas relações familiares e que acusavam mais sobrecarga de papéis e uma comunicação familiar não eficaz.

Denotamos nos resultados diversas áreas da saúde familiar implicadas no cuidado familiar ao idoso dependente no domicílio, que devem ter impacto na avaliação familiar do enfermeiro de família, tais como:

a) vigilância da saúde individual do familiar idoso (avaliando o grau de dependência nas atividades de vida diárias e a necessidade de prestação de cuidados);
b) vigilância da saúde individual do cuidador (física, psico-emocional e social);
c) conhecimento dos recursos (habitacionais, ajudas técnicas e equipamentos adaptativos e económicos) disponíveis na família para prestar cuidados;

d) conhecimento dos apoios fornecidos pelos sistemas de suporte institucionais, não institucionais e pela família (apoio afetivo, apoio na prestação de cuidados, apoio na substituição do cuidador) disponíveis na família para prestar cuidados;
e) conhecimento das crenças que podem ser facilitadoras ou limitadoras na transição para a novo papel de cuidador;
f) Conhecimento da forma como a dinâmica da família foi alterada com a prestação de cuidados;
g) Conhecimento da forma como o cuidador consegue equilibrar o papel de cuidador com outros papéis e do contributo da família no equilíbrio desses papéis;
h) conhecimento da forma como se comunica na família relativamente à tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador, à distribuição de tarefas e à resolução de problemas;
i) Conhecimento das dificuldades dos cuidadores para prestar cuidados, bem como das estratégias utilizadas para lidar com essas dificuldades.

Para avaliar estas áreas de saúde familiar, os enfermeiros de família deverão aplicar modelos de avaliação e intervenção familiar como o MDAIF (Figueiredo, 2012) e o MCAF (Wright & Leahey, 2012), estando desta forma a intervir com base na evidência científica. Estes modelos apresentam-se como uma ferramenta de avaliação sistemática e integradora da saúde das famílias.

- Ao aplicar o MCAF, o enfermeiro de família irá avaliar as três categorias:

a) Estrutural- a avaliação da estrutura interna vai permitir avaliar a composição familiar, os subsistemas, os limites, avaliando os vínculos entre os diversos elementos. A avaliação da estrutura externa vai permitir avaliar a família extensa e sistemas mais amplos. A avaliação do contexto vai permitir avaliar a classe social, a religião e/ou espiritualidade. Todas estas áreas pretendem avaliar as relações familiares, a entreajuda e ser potenciais recursos a serem utilizados na intervenção de enfermagem;

Para a avaliação estrutural podem ser utilizados instrumentos de avaliação familiar existentes, de acordo com as necessidades (a Escala de Graffar, que permite avaliar a notação social da família, o genograma, o ecomapa, entre outros);

b) De desenvolvimento- a avaliação do estágio de desenvolvimento da família com um familiar idoso a cargo pode elucidar sobre as tarefas de desenvolvimento dessa família e a forma como a família está a equilibrá-las ao mesmo tempo que presta cuidados ao familiar idoso em evolução, orientando a intervenção do enfermeiro;

c) Funcional- a avaliação instrumental implica avaliar as atividades de vida diárias no familiar idoso e a necessidade de prestação de cuidados e a avaliação expressiva permite avaliar a comunicação, a forma como a família soluciona os seus problemas, o equilíbrio entre os vários papéis (de cuidador, de cuidado doméstico, parental, conjugal, entre outros), as crenças facilitadoras ou limitadoras em relação a lidar com a situação de doença do familiar idoso e com o papel de cuidador e as dificuldades na prestação de cuidados.

- Após a avaliação diagnóstica, os enfermeiros de família deverão intervir de acordo com as intervenções sugeridas (no caso do MDAIF) e com intervenções de carácter cognitivo, afetivo e comportamental no caso do MCIF, que o enfermeiro juntamente com a família considere pertinentes. Posteriormente, essas intervenções são avaliadas no sentido das mudanças das famílias em situação de transição complexa de saúde.

Ao proceder desta forma o enfermeiro de família está a cuidar quer da saúde do familiar idoso dependente, quer da saúde do cuidador, quer da saúde da família, enquanto unidade de cuidados.

Segundo Wright e Leahey (2012), esta perspetiva do sistema familiar, incentiva os enfermeiros ao avaliarem os efeitos da doença em toda a família e as consequências do funcionamento familiar no indivíduo doente. Assim, os enfermeiros estão a colocar a ênfase no todo e não nos indivíduos.

Este estudo remete-nos para uma mudança do paradigma da abordagem à enfermagem de família: da família como contexto (baseando a prática na avaliação da condição de doença do familiar idoso dependente, considerando-o como um ser "mais isolado" em relação à sua família, com exceção por vezes do cuidador, que também é considerado), para uma nova forma de pensar, tendo como foco do cuidado quer o idoso dependente, quer a sua família, avaliando os padrões de interação entre os diversos elementos da família.

Desta forma, o enfermeiro de família deverá prestar cuidados de proximidade no domicílio das famílias com um familiar idoso dependente a cargo, o mais precocemente possível por forma a conhecer os recursos e forças da família e utilizá-los para: educar e capacitar o familiar idoso e a sua família para a prestação de cuidados e para lidar com o estado de saúde do familiar idoso em evolução, coordenar os serviços e promover a articulação entre os diversos profissionais, promover a melhoria da qualidade e fortalecer a dinâmica familiar. A finalidade é aumentar a resiliência do família para cuidar e autocuidar-se (Madureira, 2010), como uma unidade que se une com um propósito comum no cuidado ao familiar dependente.

Ao proceder desta forma o enfermeiro de família estará a desempenhar as suas competências específicas: cuida da família e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, e aos diferentes níveis de prevenção e lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

# 4. CONCLUSÃO

Ao chegar ao final deste relatório é importante refletir sobre o percurso formativo realizado até à presente data. Começando pela integração no campo de estágio, foi facilitadora dum desenvolvimento académico e profissional, tendo vivenciado ao longo do estágio várias experiências que empoderaram o desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao nível profissional, houve o aprofundar dos conhecimentos teóricos na área da saúde familiar, treinando a avaliação e intervenção familiar com base nos referenciais teóricos da disciplina e na melhor evidência disponível. Um desses referenciais foi o MCAIF, que permitiu a análise das práticas à luz da avaliação sistémica da família e da avaliação familiar nas dimensões: estrutura, desenvolvimento e funcional. Após esta avaliação diagnóstica, interveio-se nos diferentes domínios do indivíduo/família: cognitivo, afetivo e comportamental e posteriormente avaliaram-se essas intervenções no sentido das mudanças das famílias em situação de transição complexa de saúde (Wright & Leahey, 2012). Ao indivíduo/família foi-lhes dada oportunidade de emitirem a sua opinião e o papel do enfermeiro passou por disponibilizar-se para a co construção de mudanças, o que está de acordo com os pressupostos dos modelos de enfermagem familiar- MDAIF (Figueiredo, 2012) e MCAIF (Wright & Leahey, 2012)

O acompanhamento das pessoas com doença crónica e o registo adequado dos cuidados prestados nos diversos programas de saúde do SClínico foi também um ponto forte na medida em que promoveu a discussão com a enfermeira supervisora acerca da pertinência da documentação dos cuidados, de forma sistemática.

O desenvolvimento do procedimento sobre: Consulta de enfermagem ao utente dependente/prestador de cuidados/família e a elaboração do "Guia de acolhimento do cuidador", vieram responder a uma necessidade de serviço de uniformizar e melhorar a prestação de cuidados de enfermagem ao utente dependente e ao prestador de cuidados/família.

Também o desenvolvimento do estudo empírico: *"Perspetiva do cuidador familiar no cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio"*, permitiu concluir que as áreas da saúde familiar emergentes dos discursos dos cuidadores, nomeadamente a dependência do familiar idoso nas atividades de vida diárias, a implicações na saúde do cuidador (a nível físico, psicológico, social), a redefinição das relações, padrões de comunicação e dos papéis familiares, remetem para o enfermeiro de família avaliar a família com um membro dependente de forma sistémica, atendendo que a dependência de um familiar leva a alterações na saúde familiar, que por sua vez vão alterar a saúde do familiar idoso.

Destaco também em relação ao estudo empírico, a divulgação do seu enquadramento teórico num evento científico na área da enfermagem de saúde familiar, através da apresentação em coautoria da comunicação livre intitulada "Implicações familiares no cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio".

Do atrás exposto verificou-se que o trabalho empírico desenvolvido, foi também um processo de aprendizagem que resultou em conhecimento mais aprofundado sobre esta realidade do cuidador e do idoso dependente no contexto domiciliário e na transferência deste conhecimento para melhor cuidar, dando melhor resposta às necessidades em saúde, particularmente no âmbito das famílias com um familiar idoso dependente a cargo.

Ao longo do estágio também houve oportunidade para aplicar a entrevista familiar sistémica e várias técnicas de intervenção interacionais, que visaram promover a participação ativa dos membros da família no processo terapêutico. No futuro será importante aplicar outros instrumentos de avaliação familiar, consoante as necessidades das famílias para poder ter outras experiências.

Ao longo deste processo formativo houve evolução na forma de pensar: da avaliação da condição de doença do indivíduo, que era considerado como um ser "mais isolado" na sua condição de saúde/doença em relação à sua família (avaliando, por vezes, a saúde dos outros membros da família e menos vezes os padrões de interação entre eles), para uma nova forma de pensar em que há um esforço em avaliar tanto a saúde da família como dos seus membros individualmente. Esta abordagem sistémica de avaliação e intervenção familiar tem vantagens nos resultados da saúde familiar e vai de encontro ao conceito de saúde familiar descrito por Hanson (2005).

Sendo esta uma nova visão promotora da mudança da prática enquanto enfermeira de família, reconheço limitações na sua aplicação, pois o desempenho das unidades funcionais é medido pela avaliação de indicadores que não traduzem o trabalho desempenhado e não valorizam a qualidade dos cuidados prestados. Os tempos impostos para o cumprimento dos indicadores não deixam tempo para desenvolver este trabalho de avaliação e intervenção familiar sistémico. Contudo, esta é uma etapa de um percurso formativo mais global em que o tempo e a experiência irão agilizar o processo de avaliação e intervenção familiar.

Ao longo de todas as atividades desenvolvidas no estágio e no desenvolvimento do estudo empírico, foram integrados os valores éticos e princípios deontológicos no processo de cuidados à família.

Concluindo, foram adquiridas de forma crescente as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde familiar. Foram prestados cuidados aos quatro níveis de enfermagem de saúde familiar: família como contexto, família como cliente, família como sistema e família como elemento da sociedade com enfoque na satisfação do cliente, na prevenção de complicações, na promoção da saúde, no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional e na organização dos cuidados de enfermagem.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Abulaiti, B., Zhang, X., Guan, T., Wang, M., Jia, S., & Wang, A. (2022). The dyadic care experiences of elderly individuals with disabilities and caregivers in the home setting from the perspective of family resilience: A qualitative study. *Front Psychiatry*, *13*, 963101. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.963101

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional* (M. d. Saúde, Ed.).

Agrupamento de Centros de Saúde Alto Tâmega e Barroso. (2023). *Manual de Qualidade* (C. d. Q. e. S. d. A. A. T. e. Barroso, Ed.).

Aly, E., Yousef, F. M. A., & Abdelhameed, R. (2023). Health Related Quality of life of Family Caregivers of Dependent Elderly. In: Sohag Medical Journal.

Amaro, F. (2001). *A Classificação das famílias segundo a escala de Graffar* (F. N. S. d. B. Sucesso, Ed.).

Amaro, M., Souza, W., & Peretti, C. (2019). Cuidados Paliativos e uma análise fenomenológica das vivências dos cuidadores de pacientes oncológicos. *Revista Caminhos - Revista de Ciências da Religião*, *17*(1), 371-389. https://doi.org/10.18224/cam.v17i1.6817

Araújo, B. R. G. (2007). *O impacto que o idoso dependente tem na família*.

Araújo, M. A., Paúl, C., & Martins, M. M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade- Um desafio *Referência*, (nº 7), 43-53.

Ayalon, L., Ulitsa, N., Nebowsky, A. E., Schweda, M., & von Kutzleben, M. (2025). Caring for an older person with dementia: Behavioral problems in the eyes of family caregivers and migrant home care workers. *Dementia (London)*, *24*(5), 884-901. https://doi.org/10.1177/14713012251323661

Ayu Henny Achjar, K., Ketut, G., Agus Sri, L., Ketut, S., & Wayan, S. (2024). Empowering families intervention and elderly groups to reduce the anxiety levels of elderly with diabetes mellitus in Indonesia: 10.55131/jphd/2024/220209. *Journal of Public Health and Development*, *22*(2), 107-118. https://doi.org/10.55131/jphd/2024/220209

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (E.-. Almedina, Ed.). Almedina.

Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica : uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* Universidade Católica Portuguesa- Porto.

Ben Brik, A., & Wang, Y. (2024). Family resources, resilience beliefs, and parental adaptation: A moderated mediation analysis. *Family Process*, *64*. https://doi.org/10.1111/famp.13067

Biran, R. M. P. Y., Setyawati, M. B., & Siwi, A. S. (2022). Family Caregiver Burden of Elderly with Dementia: A Literature Review. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, *15*(1), 93-103. https://doi.org/10.23917/bik.v15i1.17043

Browning, W. R., Yildiz, M., Maxwell, C. D., Sullivan, T. P., Yefimova, M., Hernandez Chilatra, J. A., & Pickering, C. E. Z. (2024). Patterns of Family Conflict and Accusations of Abuse in Dementia Family Caregivers: A Latent Class Analysis. *Gerontologist*, *64*(10). https://doi.org/10.1093/geront/gnae108

Cardoso, A., Noguez, P., Oliveira, S., Porto, A., Perboni, J., & Farias, T. (2019). Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio *10*(3), 70-75. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1792

Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). The expanded family life circle: Individual, family and social perspectives. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives* (3rd.ed. ed.). Allyn & Bacon.

Chen, S., Zheng, J., Chen, C., Xing, Y., Cui, Y., Ding, Y., & Li, X. (2018). Unmet needs of activities of daily living among a community-based sample of disabled elderly people in Eastern China: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, *18*(1), 160. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0856-6

Ciabotti Elias, H., Marzola, T., Molina, N., Assunção, L., Lr, R., & Tavares, D. (2018). Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *21*, 562-569. https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081

Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável. (2026). *OBS. Objetivos Desenvolvimento Sustentável. BCSD Portugal.* BCSD. Retrieved 03-03-2026 from https://www.google.com/search?q=ODS&oq=ODS&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQABiABDIHCAIQABiABDIHCAMQABiABDIHCAQQABiABDIHCAUQABiABDIHCAYQABiABDIHCAcQABiABDIHCAgQABiABDIHCAkQABiABNIBCjEwNzA5ajBqMTWoAgiwAgHxBYfu1JrZ17Vt&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2. In (Portuguesa ed.): Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2015. In (Portuguesa ed.): Ordem dos Enfermeiros.

Costa, A. C. M. B., Tavares Paulin, G. S., & Trindade da Cruz, K. C. (2018). Cuidar, Cotidiano e Ocupações: Um olhar da Terapia Ocupacional sobre cuidadores familiares de idosos / Caring, everyday and occupations: a look at occupational therapy about elderly family caregivers. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, *2*(1), 15-31. https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto12737

Decreto lei 101/2006. (2006). *Diário da República, I- Série- A, nº 109 de 6 de junho*. Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto lei 118/2014. (2014). *Diário da República, 1º Série nº 149 de 5 de agosto*. Lisboa: Ministério da Saúde

Dehnavi, M., Sanaee, H., Nejad, K., Ayatnia, M., Mohammadi, M., & Moghaddam, A. (2022). Resilience Level of the Family Caregivers of the Elderly in Mashhad, Iran During the COVID-19 Pandemic. *Iran Journal of Nursing*, *35*, 534-543. https://doi.org/10.32598/ijn.35.139.3148.1

Dommaraju, P. (2016). Perspectives on Old Age in India. In (pp. 293-308). https://doi.org/10.1007/978-3-319-24783-0_19

Elsen, I., Marcon, S., & Silva, M. (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Eduem.

European, Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan, & Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevenção e tratamento de lesões/úlceras por pressão. Guia de consulta rápido* (E. Haesler, Ed.).

Ezalina, E., Machmud, R., Effendi, N., & Maputra, Y. (2019). Effectiveness of the Elderly Caring Model as an Intervention to Prevent the Neglect of the Elderly in the Family. *Open Access Maced J Med Sci*, *7*(14), 2365-2370. https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.650

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L., & Oliveira, P. (2011). Ciclo Vital da Família e Envelhecimento: Contextos e Desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia* (14 (3)), 11 -22.

Figueiredo, M. H., Silva, M. M., Ferreira, M. M., Rego, R., Santos, M. L., & Kraus, T. (2023). Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem Saúde Familiar* (pp. 371-392). Lidel.

Figueiredo, M. H., Vilar, A. I., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I.,...Brito, T. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso* (M. H. Figueiredo, Ed. 1º ed.). Sabooks Editora.

Figueiredo, M. H. J. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem* Universidade do Porto].

Flores González, E., & Seguel Palma, F. (2016). Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*, *34*(1), 68-73. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08

Gong, Y., Zhou, J., & Ding, F. (2022). Investigating the demands for mobile internet-based home nursing services for the elderly. *Journal of Investigative Medicine*, *70*(3), 844-852. https://doi.org/10.1136/jim-2021-002118

Gottlieb, L. (2014). Strengths-Based Nursing A holistic approach to care, grounded in eight core values. *The American Journal of Nursing*, *114*, 24-32.

Han, S., Lee, S., Kim, J., & Kim, H. (2014). Factors Associated with Family Caregiver Burden for Patients with Dementia: A Literature Review. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, *16*, 242. https://doi.org/10.17079/jkgn.2014.16.3.242

Hanson, S. (1996). Family Nursing Assessment and Intervention. In S. M. H. Hanson & S. T. Boyd (Eds.), *Family Health Care Nursing: Theory, Pratice and Research*. F. A. Davis.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*.

Hayati, Y., & Astari, A. (2020). Phenomenology Study : Family Experience in Elderly Care In Depok Jawa Barat. *Research Journal of Life Science*, *7*, 177-185. https://doi.org/10.21776/ub.rjls.2020.007.03.8

Huang, C. Y., Sirikantraporn, S., Pichayayothin, N. B., & Turner-Cobb, J. M. (2020). Parental Attachment, Adult-Child Romantic Attachment, and Marital Satisfaction: An Examination of Cultural Context in Taiwanese and Thai Heterosexual Couples. *Int J Environ Res Public Health*, *17*(3). https://doi.org/10.3390/ijerph17030692

Hui, S. K., Elliott, T. R., Martin, R., & Uswatte, G. (2011). Family caregivers' attributions about care-recipient behaviour: does caregiver relationship satisfaction mediate the attribution-distress relationship? *Br J Health Psychol*, *16*(3), 642-659. https://doi.org/10.1348/2044-8287.002003

Idris, D., Tengah, A., & Noor, S. (2019). *Caring is Not a One Man Show": Family Caregiver's Experiences in Caring the Dependent Elderly in Brunei Darussalam*. https://doi.org/10.2991/ichs-18.2019.43

Instituto Nacional de Estatística. (2017, 03-03-2026). *Projeções da população residente 2015-2080*. INE. https://www.esquerda.net/sites/default/files/29projpop2015-2080_pt.pdf-

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estimativas da População Residente em Portugal 2024*. INE. Retrieved 20-02-2026 from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=707078398&DESTAQUESmodo=2

KaaKinen, V., & Hanson, S. (2010). Theoretical Fundations for the Nursing of Families. In G.-D. C. S. H. J. Kaakinen (Ed.), *Family health care nursing: Theory pratice and research* (4 th ed. ed., pp. 3-33). F.A. Davis Company.

Keyvanloo Shahrestanaki, S., Rafii, F., Ashghali Farahani, M., Najafi Ghezeljeh, T., & Amrollah Majdabadi Kohne, Z. (2023). Contributing factors involved in the safety of elderly people with chronic illness in home healthcare: a qualitative study. *BMJ Open Qual*, *12*(3). https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002335

Kim, H., Engström, G., Sadak, T., & Emami, A. (2024). Characteristics and Correlates of Perceived Physical and Psychological Health Among Family Caregivers Living With Persons With Advanced Dementia. *West J Nurs Res*, *46*(2), 104-113. https://doi.org/10.1177/01939459231217923

Kimura, H., Nishio, M., Kukihara, H., Koga, K., & Inoue, Y. (2019). The role of caregiver burden in the familial functioning, social support, and quality of family life of family caregivers of elders with dementia. *Journal of Rural Medicine*, *14*, 156-164. https://doi.org/10.2185/jrm.2999

Knafl, K. (2010). Book Review: J. Kaakinen, V. Gedaly-Duff, D. Coehlo, and S. Hanson (Eds.) Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis, 2010. *Journal of Family Nursing - J FAM NURS*, *16*, 503-505. https://doi.org/10.1177/1074840710383274

Kwak, M., Ingersoll-Dayton, B., & Kim, J. (2012). Family conflict from the perspective of adult child caregivers: The influence of gender. *Journal of Social and Personal Relationships*, *29*(4), 470-487. https://doi.org/10.1177/0265407511431188

Kyei-Arthur, F., & Codjoe, S. (2021). "Caring for the Elderly is Very Difficult": Challenges and Coping Strategies of Caregivers in Urban Poor Accra, Ghana. *Clinical Nursing Research*, *30*, 662–669. https://doi.org/10.1177/1054773820982307

Li, C., Tang, N., Yang, L., Zeng, Q., Yu, T., Pu, X.,...Zhang, H. (2023). Effect of caregiver burden on anticipatory grief among caregivers of elderly cancer patients: Chain mediation role of family functioning and resilience [Hypothesis and Theory]. *Frontiers in Psychology*, *Volume 13 - 2022*.

Lin, X., Xie, H., Chen, Z., Zhao, Q., & Zhou, X. (2024). Correlation between benefit finding and caregiving abilities among family caregivers of patients with lung cancer: a network analysis [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, *Volume 15 - 2024*.

Litzelman, K., Kent, E. E., & Rowland, J. H. (2016). Social factors in informal cancer caregivers: The interrelationships among social stressors, relationship quality, and family functioning in the CanCORS data set. *Cancer*, *122*(2), 278-286. https://doi.org/10.1002/cncr.29741

Lopes, M., & Marcon, S. (2012). Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, *34 (1)*, 85-93.

Loureiro, L., Fernandes, M., Marques, S., Nóbrega, M. M., & Partezani-Rodrigues, R. (2013). Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *47*, 1129-1136. https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500017

Madureira, S. (2010). A educação dos cuidadores. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, (26 (1)), 62-67. https://doi.org/ https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i1.10714

Manoel, M., Teston, E., Waidman, M., Decesaro, M., & Marcon, S. (2013). As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador famliar. *Escola Anna Nery*, *17*, 346-353. https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020

Martín-Martín, J., Pérez, M., Olano-Lizarraga, M., Valencia-Gil, S., & Saracíbar-Razquin, M. (2021). Family Narratives About Providing End-of-Life Care at Home. *Journal of Family Nursing*, *28*, 107484072110255. https://doi.org/10.1177/10748407211025579

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and partice* (S.-P. Company, Ed.).

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, *23*(1), 12-28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Melo, R. M. M., Rua, M. S., & Santos, C. S. V. B. (2014). Necessidades do cuidador informal no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (2 ), 143-151. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003

Meurs, M., & Giddings, L. (2021). Elder care and paid work: gender diferences in the relationship between unpaid elder care work and employment in Bulgaria. *Revista de Política Social Europeia*, *31 (2)*, 223-238. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0958928720974181

Moherdaui, J. H., Fernandes, C. L. C., & Soares, K. G. (2019). O que leva homens a se tornar cuidadores informais: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, *14*(41), 1907. https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1907

Moreira, M., Bucher-Maluschеke., Julia, S., Silva, J., & Falcão, D. (2018). Cuidadores informais de familiares com Alzheimer: vivências e significados em homens. *Contextos clínicos*, (11 (3)), 373-385. https://doi.org/https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.08

Moura, K., Sousa, E., Pereira, K., Barroso, L., Miranda, M., & Carvalho, G. (2019). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos fragilizados. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, *13*(5), 1183-1191. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i5a239086p1183-1191-2019

Murphy, K. A., Corveleyn, A. E., Park, E. R., & Irwin, K. E. (2023). Challenges, rewards, and lessons learned from family and community caregivers of individuals with serious mental illness and cancer. *Support Care Cancer*, *31*(8), 492. https://doi.org/10.1007/s00520-023-07827-y

Nazari, A., Hosseinnia, M., & Najafi, E. (2024). Sexual satisfaction and attitude toward marital infidelity among married people in Iran: the role of social media and entertainment preferences. *BMC Public Health*, *24*(1), 1693. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19073-w

Nortey, S. T., Aryeetey, G. C., Aikins, M., Amendah, D., & Nonvignon, J. (2017). Economic burden of family caregiving for elderly population in southern Ghana: the case of a peri-urban district. *Int J Equity Health*, *16*(1), 16. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0511-9

Oliveira, M., Boaretto, M., Vieira, L., & Tavares, K. (2015). A percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, *35*(2), 81-90. https://doi.org/10.5433/1679-0367.2014v35n2p81

Oliveira, S., & Moura, P. (2017). Análise reflexiva sobre a capacidade de autocuidado dos cuidadores domiciliares. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, *19*(1), 15-18. https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201727022

Oliveira-Monteiro, N., Ribeiro, J., & Novelli, M. (2018). Psychological conditions in caregivers of the elderly with dementia: brazilian cases. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, *3*. https://doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00112

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela lei nº 156/2015)* Diário da República nº 181/2015- Série I de 16 de setembro de 2015

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento nº 367/2015 dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, nº 124/2015, 2ª Série de 29/06/2015

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 428/2018 de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da Républica, 2º Série- Nº 135- 16 de julho de 2018

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª Série nº 26- 6 de fevereiro 2019

Orientação nº 17/2011. (2011). *Escala de Braden: verão Adulto e Pediátrica (BradenQ)*. Direção Geral da Saúde

Park, M., Nari, F., Kang, S. H., Jang, S. I., & Park, E. C. (2021). Association between Living with Patients with Dementia and Family Caregivers' Depressive Symptoms-Living with Dementia Patients and Family Caregivers' Depressive Symptoms. *Int J Environ Res Public Health*, *18*(8). https://doi.org/10.3390/ijerph18084372

Pavarini, S. C. I., Neri, A. L., Brígola, A. G., Ottaviani, A. C., Souza É, N., Rossetti, E. S.,...Luchesi, B. M. (2017). Elderly caregivers living in urban, rural and high social vulnerability contexts. *Rev Esc Enferm USP*, *51*, e03254. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016040103254

Perrone, K., Gordon, P., & Tschopp, M. (2006). Caregiver Marital Satisfaction when a Spouse has Multiple Sclerosis. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, *37*, 26-32. https://doi.org/10.1891/0047-2220.37.2.26

Pires, N. S. S. (2020). *Cuidar a pessoa dependente no domicílio: O papel do enfermeiro de família*. I. P. d. Bragança.

Polenick, C. A., Zarit, S. H., Birditt, K. S., Bangerter, L. R., Seidel, A. J., & Fingerman, K. L. (2017). Intergenerational Support and Marital Satisfaction: Implications of Beliefs About Helping Aging Parents. *J Marriage Fam*, *79*(1), 131-146. https://doi.org/10.1111/jomf.12334

Pérez-Cruz, M., Muñoz-Martínez, M., Parra-Anguita, L., & Del-Pino-Casado, R. (2017). Enfrentamento e sobrecarga subjetiva em cuidadores primários de idosos dependentes na Andaluzia, Espanha. *Aten Primaria*, *49*(7), 381-388. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.012

Rabelo, D., & Néri, A. (2015). Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *18 (3)*, 507-519. https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120

Ramírez-Pereira, M., Aguilera Morales, R., Salamanca Ferrada, C., Salgado Cuervo, C., San Martín Silva, C., & Segura Díaz, C. (2018). Mayores cuidando mayores: Sus percepciones desde una mirada integral. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *7*(2), 83-108. https://doi.org/10.22235/ech.v7i2.1653

Reid, B., & O'Brien, L. (2021). The psychological effects of caring for a family member with dementia. *Nurs Older People*, *33*(6), 21-27. https://doi.org/10.7748/nop.2021.e1295

Reis, R. D., Pereira, E. C., Pereira, M. I. M., Soane, A. M. N. C., & Silva, J. V. (2017). Meanings to family members living with an erderly affected by stroke sequelae. In (Vol. 39, pp. 65-70): Acta Scientiarum Health Sciences.

Rodrigues, C. M. N. C., Amaral, A. F. S., & Tavares, J. P. A. (2023). A pessoa dependente, o cuidador familiar e os recursos utilizados: Estudo com famílias clássicas. *Revista de Enfermagem Referência*, 1 -7. https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RVI22071

Sabzwari, S., Badini, A. M., Fatmi, Z., Jamali, T., & Shah, S. (2016). Burden and associated factors for caregivers of the elderly in a developing country. *East Mediterr Health J*, *22*(6), 394-403. https://doi.org/10.26719/2016.22.6.394

Sakakibara, K., Kabayama, M., & Ito, M. (2015). Experiences of "endless" caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Res Notes*, *8*, 827. https://doi.org/10.1186/s13104-015-1829-x

Sangsaikaew, A., Junsevg, K., Thong-On, R., & Pilayon, B. (2022). Perceived factors contributing to the care provided by informal (family) and formal caregivers of older adults with noncommunicable diseases in rural communities: A qualitative focus group study. *J Educ Health Promot*, *11*, 228. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1104_21

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*, *26*(2), 119-127. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x

Shaw, A. L., Riffin, C. A., Shalev, A., Kaur, H., & Sterling, M. R. (2021). Family Caregiver Perspectives on Benefits and Challenges of Caring for Older Adults With Paid Caregivers. *J Appl Gerontol*, *40*(12), 1778-1785. https://doi.org/10.1177/0733464820959559

Silva, A., Ottaviani, A. C., Orlandi, F. S., Inouye, K., Zazzetta, M. S., Pavarini, S. C. I., & Santos-Orlandi, A. A. D. (2023). Social support perceived by elderly people in social vulnerability according to family functionality: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*, *57*, e20220475. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0475en

Silva, R. A. E., Silva, C. D. N., Braga, P. P., Friedrich, D. B. C., Cavalcante, R. B., & Castro, E. A. B. (2020). Management of home care by family caregivers to elderly after hospital discharge. *Rev Bras Enferm*, *73*(suppl 3), e20200474. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0474

Stojak, Z., Jamiolkowski, J., Chlabicz, S., & Marcinowicz, L. (2019). Levels of Satisfaction, Workload Stress and Support Amongst Informal Caregivers of Patients Receiving or Not Receiving Long-Term Home Nursing Care in Poland: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, *16*(7). https://doi.org/10.3390/ijerph16071189

Sya'diyah, H., Efendi, F., Mahmudah, Saidah, Q. I., & Poddar, S. (2023). Impact of caregiver demands on growing family capabilities provide home care for dementia-affected seniors. *J Public Health Res*, *12*(3), 22799036231197172. https://doi.org/10.1177/22799036231197172

Sya'diyah, H., Nursalam, Mahmudah, & Efendi, F. (2022). Effectiveness of home care intervention on family ability to do caregiving at home and increase the independence among elderly with dementia. *J Public Health Res*, *11*(3), 22799036221115774. https://doi.org/10.1177/22799036221115774

Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Ana, Q. (2020). *Evidências em Saúde Mental: Da Concepção à ação*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. https://doi.org/http://hdl.handle.net/10400.8/4845

Triyono, H. (2017). *A Systematic Review of Factors Influencing the Burden of Family Caregivers in Caring for Elderly with Dementia*. https://doi.org/10.31227/osf.io/6sngu

Tumanggor, R., Elfira, E., & Aizar, E. (2021). Female Caregivers Stress in Caring for Hospitalized Elderly with Chronic Disease at Universitas Sumatera Utara Hospital: A Phenomenology Study. *Technium Social Sciences Journal*, *20*, 643-651. https://doi.org/10.47577/tssj.v20i1.3511

Ubenoh, U., Nahyeni, B., & Palle-Ngunde, J. (2019). Development of a Training Program for Family Caregivers on Home Care of Older Adults in Cameroon. *International Journal of TROPICAL DISEASE & Health*, 1-11. https://doi.org/10.9734/ijtdh/2019/v38i430192

Valencia Guevara, A., Iriarte, E., & Campos Romero, S. (2025). Barreiras e facilitadores no cuidado de idosos dependentes: uma perspectiva dos cuidadores informais na atenção primária. *Aten Primaria*, *57*(8), 103210. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103210

Vilelas, J. (2022). *Investigação O processo de construção do conhecimento* (L. Edições Sílabo, Ed. 3ª edição ed.).

Von Bertalanffy, L. (1974). General Systems Theory and Psychiatry. In S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatric* (pp. 1095-1117). Basic Books.

Von Bertalanffy, L. (Ed.). (2023). *General Systems Theory: Foundations, Development, Applicaltions.*

Wang, X. X., Lin, W. Q., Chen, X. J., Lin, Y. Y., Huang, L. L., Zhang, S. C., & Wang, P. X. (2017). Multimorbidity associated with functional independence among community-dwelling older people: a cross-sectional study in Southern China. *Health Qual Life Outcomes*, *15*(1), 73. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0635-7

Widyastuti, R. H., Sahar, J., Rekawati, E., & Kekalih, A. (2023). "Let's just die together, Mom": Family caregivers' responses to caring for elderly people with dementia. *Kontakt*, *25*(4), 339-345. https://doi.org/10.32725/kont.2023.039

World Health Organization. (2000). *Munich Declaration. Nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen: World Health Oraganization

Wright, L. M., & Leahey, M. (Eds.). (2012). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na família* (5ª Edição ed.).

Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J., & Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*, *14*(1), 99. https://doi.org/10.1186/s12955-016-0504-9

Yadav, A. (2024). Sociocultural Factors Influencing Marital Satisfaction in Modern India: A Large-Scale Survey Analysis. *International Journal For Multidisciplinary Research*, *6*(3). https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i03.19363

Yu, W., Chen, J., Sun, S., Liu, P., Ouyang, L., & Hu, J. (2021). The reciprocal associations between caregiver burden, and mental health in primary caregivers of cancer patients: A longitudinal study: Family functioning, caregiver burden, and mental health Wenjun Yu et al. *Psychooncology*, *30*(6), 892-900. https://doi.org/10.1002/pon.5667

Zhang, X., Wang, A., Guan, T., Kuang, Y., Zhang, Y., & Wu, F. (2023). Reliability and validity of the Chinese version of the Walsh Family Resilience Questionnaire among community-dwelling disabled elderly individuals (WFRQ-CE) [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, *Volume 13 - 2022*.

# ANEXOS

**Anexo 1- Certificado da Comunicação Oral: "Implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio"**

POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

2º Congresso Internacional
De Enfermagem De Saúde Comunitária, Saúde Pública e Saúde Familiar

# CERTIFICADO

Hélia Dias, Diretora da Escola Superior de Saúde – IP Santarém, faz saber que Fernanda Maria Mendes Andrade apresentou uma Comunicação Oral em coautoria com João Carlos Gama Martins Macedo e Cristiana Alexandra Pereira Sousa Lopes o tema "Implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio" no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária, Saúde Pública e Saúde Familiar realizado na Escola Superior de Saúde de Santarém, nos dias 8 e 9 de Janeiro de 2026.

Instituto Politécnico Santarém, 12 de janeiro de 2026

Diretora da Escola Superior de Saúde de Santarém

RISE HEALTH
Health Research and Innovation
From Lab to Community and back to Lab

cieqv life quality research centre

Professora Doutora Hélia Dias

Mod.200.R01-13-10-2021

**Anexo 2- Procedimento sobre: Consulta de enfermagem ao utente dependente/prestador de cuidados/família**

| | |
|---|---|
| REPÚBLICA PORTUGUESA \| SAÚDE<br>SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | **Tipo de documento:** Procedimento |
| | **Nome:** Consulta de enfermagem ao utente dependente/ prestador de cuidados/ família |
| | **Distribuído a:** |

## 1. Objetivos

-Identificar precocemente e acompanhar os utentes dependentes;

-Promover a autonomia e qualidade de vida dos utentes em situação de dependência;

-Reforçar as competências das famílias e prestadores de cuidados/cuidadores familiares;

-Uniformizar critérios de atuação na consulta de enfermagem ao utente dependente/ prestador de cuidados/ família, de forma a garantir-lhes uma boa acessibilidade.

## 2. Âmbito

-Aplica-se à consulta de enfermagem, que é prestada ao utente dependente/ prestador de cuidados/família, na unidade, no domicílio ou junto dos diversos recursos sociais locais.

## 3. Tipo de Procedimento

Assistencial e de suporte.

## 4. Definições

*Consulta de enfermagem ao utente dependente/ prestador de cuidados/ família*- é uma atividade autónoma e privada do enfermeiro, que utiliza o Processo de Enfermagem (avaliação, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação) para promover a sua saúde, prevenir doenças, gerir condições crónicas e reabilitar, focando-se no autocuidado e bem-estar através de intervenções personalizadas e contextualizadas.

*Utente dependente*- situação em que se encontra o utente, por défice ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária (Decreto-Lei n.º 101/2006).

*Prestador de cuidados /Cuidador* **-** indivíduo: aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente (OE, 2011; OE, 2016).

*Familiar cuidador*- cuidador responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família (OE, 2016).

*Família*- Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade; afinidade; relações emocionais e legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes (OE, 2016).

## 5. Descrição das Ações

### 5.1. Execução

Quando o utente é dependente em grau moderado ou elevado e habita com a família em contexto familiar, idealmente uma das consultas de enfermagem deve ser realizada no domicílio do utente, pois este é meio de eleição para a identificação das condições habitacionais e das formas como os membros da família se relacionam entre si e com a comunidade e contribuem para o processo de cuidados e/ou recuperação do seu familiar dependente. Em caso de dissentimento, este será registado no *SClínico* ("*Comportamento de procura de saúde*"), justificando em "*notas*" a recusa.

Excetuam-se aqui as situações em que os utentes dependentes se encontram a residir fora da área de influência da USF.

Esta consulta pode ser da iniciativa do utente dependente, familiar ou outro prestador de cuidados, da equipa multiprofissional da unidade ou de outras unidades.

O registo da avaliação da situação do utente dependente/prestador de cuidados e família, deve ser feita abrindo o programa de saúde: "*Dependentes*".

Realizar na "*avaliação inicial*": "*Prestador de Cuidados*"; "*Dados gerais*"; *Utilização do centro de saúde*"; "*Antecedentes pessoais*" e "*Apoio social*".

5.1.1. Avaliação da situação do utente dependente

-Realizar uma anamnese detalhada, avaliando outros fatores de risco, como a idade, a perfusão, diabetes, hipertensão, desnutrição ou má nutrição, humidade da pele, aumento da temperatura corporal, entre outros;

-Monitorizar o grau de dependência, através da *escala de Barthel*;

-Monitorizar o risco de úlcera de pressão, através da *escala de Braden*;

-Monitorizar o risco de queda, através da *escala de Morse*;

-Avaliar gestão do regime terapêutico;

-Executar o plano de cuidados de enfermagem de acordo com os diagnósticos efetuados;

-Implementar as intervenções selecionadas para dar resposta aos diagnósticos identificados.

5.1.2. Avaliação da situação do Prestador de Cuidados/Família

- "*Avaliar o papel de prestador de cuidados*";

- "*Avaliar o stress de prestador de cuidados*".

**5.2. Registo**

5.2.1. Avaliação da situação do utente dependente

a) Registar no *SClínico*- Perfil de Enfermagem, as intervenções de diagnóstico:

- "*Avaliar autocuidado*" (semestralmente ou quando necessário);

- Avaliar entre os autocuidados apenas aqueles em que o utente tem dependência e "*Avaliar o potencial de reconstrução de autonomia*"; "*Avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado*"; "*Avaliar capacidade do prestador de cuidados para promover o autocuidado*";

- "*Avaliar o risco de úlcera de pressão*" (semestralmente ou quando necessário);

- "*Avaliar o risco de queda*" (semestralmente ou quando necessário);

- "*Avaliar gestão do regime terapêutico*".

b) Registar os diagnósticos efetuados;

c) Registar as intervenções implementadas;

d) Registar, "*Providenciar material de leitura*" e escrever em notas "*Guia de acolhimento do cuidador*", logo na primeira consulta e explicar o seu conteúdo (anexo B).

5.2.2. Avaliação da situação do Prestador de Cuidados/Família

a) Registar no *SClínico*- Perfil de Enfermagem, as intervenções de diagnóstico:

"*Avaliar o papel de prestador de cuidados*" e os subitens:

- "*Avaliar se papel prestador de cuidados comprometido*";

- "*Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta*";

- "*Avaliar potencial do cuidador para tomar conta*";

- "*Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta*".

b) "*Avaliar o stress de prestador de cuidados*" e avaliar o subitem:

"*Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir o stress*".

c) Registar os diagnósticos efetuados;

d) Registar as intervenções implementadas;

e) Registar, "*Providenciar material de leitura*" e escrever em notas "*Guia de acolhimento do cuidador*", logo na primeira consulta e explicar o seu conteúdo (anexo B).

**5.3. Articulação**

Na consulta de enfermagem ao utente dependente/prestador de cuidados/família, o enfermeiro, de acordo com a avaliação e complexidade pode:

- Promover a articulação com a equipa (médico de família e Assistentes Técnicos) / outras equipas/ recursos da comunidade;

- Referenciar e agir em complementaridade com outros profissionais: nutricionista, psicóloga, assistente social, RNCCI (UCC de longa duração para descanso do cuidador ou para a equipa de cuidados continuados integrados - ECCI), entre outros.

**6. Responsáveis pela Auditoria**

A equipa de enfermagem.

**7. Documentação**

- Check-list de verificação de registos:

a) Preencher a tabela de Excel dos utentes dependentes em uso na unidade (semestralmente);

b) Na tabela deve constar a realização de pelo menos uma consulta de enfermagem no domicílio;

- Panfleto "Guia de acolhimento do cuidador" (anexo B).

**8. Referências Bibliográficas**


- Andrade, C., M.,S.,M. (2013). Membro da família prestador de cuidados- Um modelo para a ação profissional facilitador de transição para o desempenho de papel. In: Universidade de Lisboa.
- Decreto lei 101/2006. (2006). *Diário da República, I- Série- A, nº 109 de 6 de junho*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- versão 2. In (Portuguesa ed.): Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2015. In (Portuguesa ed.): Lusodidacta.

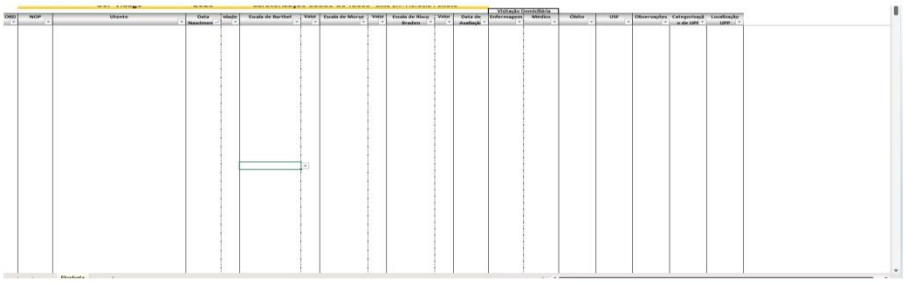
www.dgs.pt- Envelhecimento ativo, conceitos.


**9. Anexos:**

- Tabela de Excel de monitorização dos utentes dependentes (Anexo A);

- Panfleto "*Guia de acolhimento do cuidador*" (Anexo B).

Anexo A



Anexo B

**3 - Procure os apoios de saúde:**

Procure os profissionais de saúde da sua unidade- Médico e Enfermeiro de família, Assistente Social, Nutricionista e Psicólogo para:

- cuidados médicos na unidade/domicílio;
- cuidados de enfermagem na unidade/domicílio (ex: para realização de tratamentos, para capacitação do utente/cuidador nos autocuidados, nutrição, gestão de regime terapêutico; tipos e adequação de ajudas técnicas e equipamentos adaptativos - cadeira de rodas, andarilhos, canadianas, camas articuladas, material para prevenção de úlceras de pressão; ensinos sobre barreiras arquitetónicas no domicílio, entre outros);
- apoio psicológico e social;
- Encaminhar para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados os utentes de qualquer idade em situação de dependência funcional, resultante de doença aguda, crónica, fase avançada ou terminal, que necessitem de cuidados de saúde e apoio social simultâneos, impossível de prestar no domicílio ou para descanso do cuidador (exemplo: para descanso do cuidador, o utente dependente pode ficar internado por períodos máximos de 30 dias, podendo ir até 90 dias por ano) (Decreto-Lei n.º 136/2015 e 100/2019).

**NOTA:** os cuidados ao domicílio incluem os utentes que, por doença súbita, incapacidade crónica ou velhice ou pós alta hospitalar, se encontrem impossibilitados de deslocar à unidade de saúde.



**ESTEJA ATENTO AOS SINTOMAS DE SOBRECARGA:**

**Negar** o estado de saúde da pessoa de quem cuida.
**Raiva** direcionada à pessoa de quem cuida.
**Interromper** atividades que lhe davam prazer.
**Ansiedade** quanto ao futuro.
Estar constantemente **triste.**
**Cansaço** para realizar as tarefas diárias.
**Dificuldade em dormir** devido às preocupações.
**Irritabilidade** constante.
**Dificuldades de concentração.**
**Problemas de saúde** que lhe causam mal-estar.

**Se experimentar estes sintomas fale com um profissional de saúde**

**LEMBRE-SE:**
**A AJUDA DA FAMÍLIA OU DE OUTROS CUIDADORES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS VAI AJUDÁ-LO A SI, À PESSOA QUE CUIDA E À SUA FAMÍLIA**

Referências Bibliográficas

Elaborado por:
Fernanda Andrade
(Aluna do 1º CMEC- SF da ESE Braga, janeiro 2026)

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE SNS ARS NORTE TMAD-SD MONTES E ALTO DOURO

**PARA SI QUE É CUIDADOR**



A sua experiência de cuidar pode ser uma oportunidade para laços mais profundos, quando gerida de forma colaborativa e com estratégias de apoio eficazes.

**ALGUMAS ORIENTAÇÕES PARA CUIDADORES**

## QUEM É O PRESTADOR DE CUIDADOS OU CUIDADOR



Familiares ou amigos que prestam cuidados físicos ou emocionais a pessoas que estão incapazes de cuidar de si próprias.

## TAREFAS HABITUAIS DO CUIDADOR

Apoio nas tarefas do dia-a- dia (ex: preparar as refeições);

Ajuda no autocuidado (ex: banho);

Apoio emocional e companhia;

Lidar com o stress da função de cuidador.

## PARA CUIDAR MELHOR É IMPORTANTE:

**CUIDAR DE SI**

- Não faltar às consultas de rotina;
- Permanecer fisicamente ativo;
- Fazer uma alimentação equilibrada;
- Dormir e repousar;
- Aprender a relaxar (ex: inspirar e expirar calmamente);
- Dispensar pelo menos 30 min. por dia para atividades que lhe deem prazer (faça com regularidade uma lista de coisas que lhe dão prazer);
- Fazer atividades fora de casa;
- Contatar com familiares e amigos e não se isolar;
- Não deixar as suas necessidades para último plano.

**ADAPTAR-SE À SITUAÇÃO**

-Organizar as tarefas do dia-a-dia;
-Traçar objetivos realistas (reconheça os seus limites);
- Substituir pensamentos negativos por positivos;
- Lidar com as situações com humor;
- Não dar importância às críticas;
-Identificar o que pode mudar e aceitar o que não pode;
- Identificar os aspetos positivos do papel de cuidador;
- Aceitar os sentimentos e expressá-los;
- Aprender a lidar com o stress (ponha em prática pequenas técnicas que lhe aliviam a tensão- ex: fazer uma caminhada, telefonar a uma pessoa amiga, falar com outras pessoas que estiveram ou estão numa situação semelhante)

**FAZER INTERVALOS REGULARES ENTRE CUIDADOS**

**PEDIR E ACEITAR AJUDA NA FAMÍLIA**

- **Procure e aceite ajuda de outros familiares;**
- **Comunique com os familiares de forma clara** sobre a necessidade de cuidados, a distribuição das tarefas e a tomada de decisões;
- **Desenvolva com os familiares crenças positivas** acerca do cuidado (compreendam as dificuldades da prestação de cuidados e reavaliem em conjunto as situações de forma a continuarem a cuidar);
- **Envolva familiares na procura de informações e aconselhamento** junto dos profissionais de saúde e da área social;
- **Não se esqueça dos papeis familiares** de pai, de cônjuge, de cuidado doméstico, entre outros, enquanto desempenha o papel de cuidador.

**PEDIR E ACEITAR AJUDA NA NA COMUNIDADE**

1 - **Procure e aceite ajuda dos vizinhos e amigos ;**

2 - **Procure os apoios sociais:**

- Complemento Solidário para Idosos; Complemento por Dependência; Atestado multiusos, Estatuto de cuidador informal, descanso do cuidador, entre outros;
- Apoios para a prestação de cuidados: Serviço de apoio domiciliário (prestação de cuidados ao utente dependente, higiene da casa e serviço de refeições), Centros de dia, Lares.

**Anexo 3- Poster: “Para si que É Cuidador”**

# PARA SI QUE É CUIDADOR

A sua experiência de cuidar pode ser uma oportunidade para laços mais profundos, quando gerida de forma colaborativa e com estratégias de apoio eficazes.

## ALGUMAS ORIENTAÇÕES PARA CUIDADORES

### PARA CUIDAR MELHOR É IMPORTANTE:

**CUIDAR DE SI**

- Não faltar às consultas de rotina;
- Permanecer fisicamente ativo;
- Fazer uma alimentação equilibrada;
- Dormir e repousar;
- Aprender a relaxar (ex: inspirar e expirar calmamente);
- Dispensar pelo menos 30 min. por dia para atividades que lhe deem prazer (faça Com regularidade uma lista de coisas que lhe dão prazer);
- Fazer atividades fora de casa;
- Contatar com familiares e amigos e não se isolar;
- Não deixar as suas necessidades para último plano.

**ADAPTAR-SE À SITUAÇÃO**

- Organizar as tarefas do dia-a-dia;
- Traçar objetivos realistas (reconheça os seus limites);
- Substituir pensamentos negativos por positivos;
- Lidar com as situações com humor;
- Não dar importância às críticas;
- Identificar o que pode mudar e aceitar o que não pode;
- Identificar os aspetos positivos do papel de cuidador;
- Aceitar os sentimentos e expressá-los;

**FAZER INTERVALOS REGULARES ENTRE CUIDADOS**

**PEDIR E ACEITAR AJUDA NA FAMÍLIA**

- **Procure e aceite ajuda de outros familiares;**
- **Comunique com os familiares de forma clara** sobre a necessidade de cuidados, a distribuição das tarefas e a tomada de decisões;
- **Desenvolva com os familiares crenças positivas** acerca do cuidado (compreendam as dificuldades da prestação de cuidados e reavaliem em conjunto as situações de forma a continuarem a cuidar);
- **Envolva familiares na procura de informações e aconselhamento** junto dos profissionais de saúde e da área social;
- **Não se esqueça dos papeis familiares** de pai, de cônjuge, de cuidado doméstico, entre outros, enquanto desempenha o papel de cuidador.

**PEDIR E ACEITAR AJUDA NA NA COMUNIDADE**

1 - **Procure e aceite ajuda dos vizinhos e amigos ;**

2 - **Procure os apoios sociais:**

- Complemento Solidário para Idosos; Complemento por Dependência; Atestado multiusos, Estatuto de cuidador informal, descanso do cuidador, entre outros;
- Apoios para a prestação de cuidados: Serviço de apoio domiciliário (prestação de cuidados ao utente dependente, higiene da casa e serviço de refeições), Centros de dia, Lares.

3 - **Procure os apoios de saúde:**

Procure os profissionais de saúde da sua unidade- Médico e Enfermeiro de família, Assistente Social, Nutricionista e Psicólogo para:

- cuidados médicos na unidade/domicílio;
- cuidados de enfermagem na unidade/domicílio (ex: para realização de tratamentos, para capacitação do utente/cuidador nos autocuidados, nutrição, gestão de regime terapêutico; tipos e adequação de ajudas técnicas e equipamentos adaptativos - cadeira de rodas, andarilhos, canadianas, camas articuladas, material para prevenção de úlceras de pressão; ensinos sobre barreiras arquitetónicas no domicílio, entre outros);
- apoio psicológico e social;
- Encaminhar para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados os utentes de qualquer idade em situação de dependência funcional, resultante de doença aguda, crónica, fase avançada ou terminal, que necessitem de cuidados de saúde e apoio social simultâneos, impossível de prestar no domicílio ou para descanso do cuidador (exemplo: para descanso do cuidador, o utente dependente pode ficar internado por períodos máximos de 30 dias, podendo ir até 90 dias por ano) (Decreto-Lei n.º 136/2015 e 100/2019).

**NOTA:** os cuidados ao domicílio incluem os utentes que, por doença súbita, incapacidade crónica ou velhice ou pós alta hospitalar, se encontrem impossibilitados de deslocar à unidade de saúde.



### QUEM É O PRESTADOR DE CUIDADOS OU CUIDADOR

Familiares ou amigos que prestam cuidados físicos ou emocionais a pessoas que estão incapazes de cuidar de si próprias.

### TAREFAS HABITUAIS DO CUIDADOR

Apoio nas tarefas do dia-a- dia (ex: preparar as refeições);

Ajuda no autocuidado (ex: banho);

Apoio emocional e companhia;

Lidar com o stress da função de cuidador.



### ESTEJA ATENTO AOS SINTOMAS DE SOBRECARGA:

**Negar** o estado de saúde da pessoa de quem cuida.

**Raiva** direcionada à pessoa de quem cuida.

**Interromper** atividades que lhe davam prazer.

**Ansiedade** quanto ao futuro.

Estar constantemente **triste.**

**Cansaço** para realizar as tarefas diárias.

**Dificuldade em dormir** devido às preocupações.

**Irritabilidade** constante.

**Dificuldades de concentração.**

**Problemas de saúde** que lhe causam mal-estar.

**Se experimentar estes sintomas fale com um profissional de saúde**

### LEMBRE-SE:

**A AJUDA DA FAMÍLIA OU DE OUTROS CUIDADORES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS VAI AJUDÁ-LO A SI, À PESSOA QUE CUIDA E À SUA FAMÍLIA**

Referências Bibliográficas

Elaborado por: Fernanda Andrade
(Aluna do 1º CMEC- SF da ESE Braga, janeiro 2026)

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

## Anexo 4- Questionário e Guião da entrevista

**QUESTIONÁRIO**

**Nº _____**

**Data:____/____/____**

## I- Informações acerca da pessoa a quem presta cuidados

**1- Género**:

Masculino ☐

Feminino ☐

**2- Idade**:

65-74 ☐

75-84 ☐

≥ 85 ☐

**3- Estado civil**

Solteiro/a ☐

Casado/a ou em união de facto ☐

Viúvo/a ☐

Separado/a ou Divorciado/a ☐

**4- Dependência funcional:**

Pontuação na escala de Barthel: _____

Grau de dependência: _____

**II- Informações acerca do cuidador familiar**

**1-Género:**

Masculino ☐

Feminino ☐

Outro ☐

**1- Idade:**

18-29 ☐

30- 45 ☐

46 -60 ☐

61-75 ☐

76-90 ☐

>90 ☐

**3- Estado civil**

Solteiro/a ☐

Casado/a ou em união de facto ☐

Viúvo/a ☐

Separado/a ou Divorciado/a ☐

**4- Habilitações literárias**

Analfabeto/Inferior à 4ª classe ☐

1° ciclo de Ensino Básico (1° -4° ano) /Antiga 4ª classe ☐

2° ciclo de Ensino Básico (5°-6°ano) /Antiga 6ª classe/ Ciclo preparatório ☐

3° ciclo de Ensino Básico (7°-9°ano) /Curso Geral dos Liceus ☐

Ensino Secundário (10ª-12ª Ano) / Curso complementar dos liceus ☐

Ensino Superior Bacharelato ☐

Ensino Superior- Licenciatura ☐

Ensino Superior- Mestrado ☐

Ensino Superior Doutoramento ☐

Outro. Qual _____

**5- Situação profissional**

Empregado/a ☐ Profissão_____

A tempo inteiro ☐

A tempo parcial ☐ N° horas por dia _____

Aposentado/a Reformado/a ☐

Desempregado/a ☐

Estudante ☐

Doméstica ☐

Outra situação. Qual? _____

**6-Tipo de parentesco com o familiar dependente _____**

**7-Há quanto tempo presta cuidados ao familiar idoso?**

Anos e meses _____

**III- Informações acerca da família**

**1-Constituição do agregado familiar**

Cônjuge ☐

Filho(s) Idade(s) ☐

Irmão(s) ☐

Mãe ☐

Pai ☐

Outro(s) Quem? _____

**2- Notação social da família**

**Profissão**

_____ (1) Grandes industriais/Comerciantes; Gestores de topo do setor público ou privado (> 500 empregados); Professores universitários (com doutoramento); Brigadeiro/General/Marechal; Profissões liberais de topo; Altos dirigentes políticos;

_____ (2) Médios Industriais e comerciantes; Dirigentes de médias empesas; Agricultores/Proprietários; Dirigentes médios e quadros técnicos do setor público ou privado; Oficiais das forças armadas; Profissões liberais; Professores do ensino básico; Professores do ensino secundários; Professores universitários (sem doutoramento);

_____ (3) Pequenos industriais e comerciantes; Quadros médios; Chefes de secção; Empregado de escritório (grau superior); Médios agricultores; Sargentos e equiparados;

_____ (4) Pequenos agricultores/Rendeiros; Empregados de escritório (grau inferior); Operários semi-qualificados; Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas de nível inferior;

_____ (5) Assalariados agrícolas; trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.

**Instrução**

_____ (1) Licenciatura, mestrado e doutoramento;

_____ (2) Bacharelato ou curso superior com duração ≤ 3 anos;

_____ (3) 12° ano; nove ou mais anos de escolaridade;

_____ (4) Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos;

_____ (5) Não sabe ler, nem escrever; Escolaridade inferior a 4 anos.

**Origem do rendimento Familiar**

_____ (1) Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível;

_____ (2) Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional);

_____ (3) Vencimentos certos;

_____ (4) Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional; Pensionistas ou reformados; Vencimentos incertos;

_____ (5) Assistência (subsídios) e Rendimento Mínimo Garantido.

**Tipo de habitação**

_____ (1) Casa ou andar luxuoso, espaçoso com o máximo de conforto;

_____ (2) Casa ou andar bastante espaçoso ou confortável;

_____ (3) Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho e eletrodomésticos essenciais;

_____ (4) Casa ou andar modesto, com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível;

_____ (5) Impróprio (barraca, andar ou outro); Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.

**Local de residência**

_____ (1) Zona residencial elegante;

_____ (2) Bom local;

_____ (3) Zona intermédia;

_____ (4) Bairro social/operário; zona antiga;

_____ (5) Bairro de lata ou equivalente.

**GUIÃO DE ENTREVISTA**

**Nº _____**

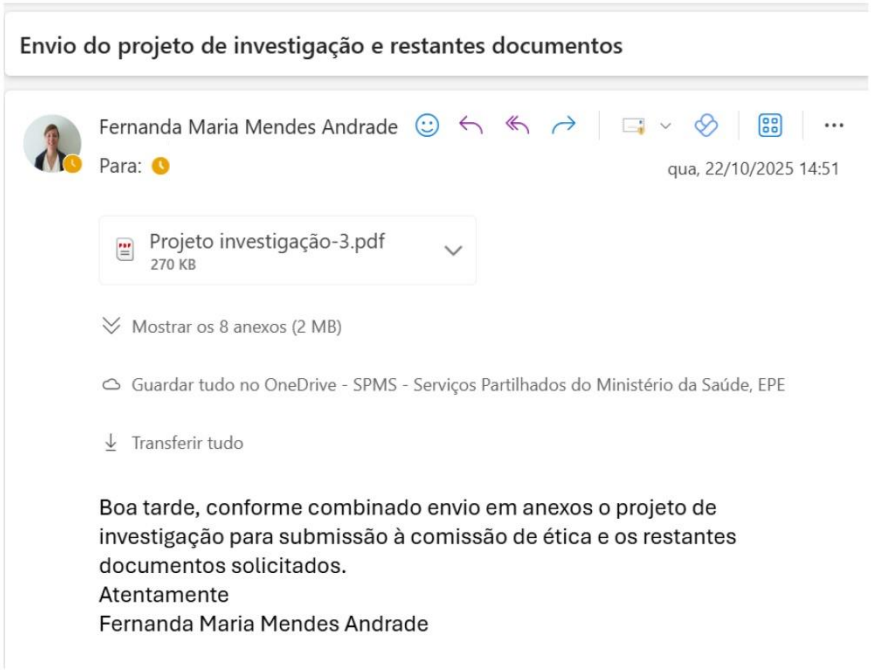
**Data:____/____/____**

1- Como tomou a decisão de cuidar do seu familiar?

2- O que mudou na sua vida familiar desde que começou a cuidar?

3- Quais as dificuldades que sente para prestar cuidados?

## Anexo 5- Pedido e autorização da Comissão de Ética para a Saúde



Envio do projeto de investigação e restantes documentos

Fernanda Maria Mendes Andrade

Para:

qua, 22/10/2025 14:51

Projeto investigação-3.pdf
270 KB

Mostrar os 8 anexos (2 MB)

Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

Transferir tudo

Boa tarde, conforme combinado envio em anexos o projeto de investigação para submissão à comissão de ética e os restantes documentos solicitados.
Atentamente
Fernanda Maria Mendes Andrade

**CES REG. 6966 Título de Investigação: Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio**

Para: Fernanda Maria Mendes Andrade sex, 05/12/2025 18:04

**Importância alta**

Reencaminhou esta mensagem a sáb, 06/12/2025 20:11

Exma. Senhora
Enfa. Fernanda Maria mendes Andrade
UCSP de Vila Pouca de Aguiar
Aluna Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar
Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem

Encarrega-me o Sr. Presidente da CES de informar V. Exa. que após verificação do solicitado o mesmo está ***autorizado***.

Com os melhores cumprimentos,

Secretariado do Conselho de Administração

**Anexo 6- Consentimento informado**

(Autocolante identificativo)

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
**PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS CLÍNICOS OU EPIDEMIOLÓGICOS**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO**
*(preencher em português)*

Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio

Confirmo que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: X Não ☐ Sim (n.º de páginas: _____).

**Investigador Responsável:**

Nome completo: __Fernanda Maria Mendes Andrade
(LETRA DE IMPRENSA)

Assinatura: Fernanda Maria Mendes Andrade BI/CC n.º 11138262

Categoria profissional: Enfermeira Cédula Profissional: 14283

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL:**

- ✓ Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha situação clínica e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído;
- ✓ Compreendi os objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos potenciais do estudo e o eventual desconforto;
- ✓ Autorizo que a informação e dados iconográficos respeitantes a mim sejam partilhados, de forma anónima, com a comunidade científica;
- ✓ Tive oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias, tendo obtido resposta satisfatória;
- ✓ Compreendi que tenho o direito de recusar em qualquer momento a participação no estudo, sem necessidade de dar qualquer explicação e sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada, sendo assegurada a confidencialidade da identidade e registos associados.
- ✓ Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.
- ✓ Após o período de reflexão, concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

***Nome do participante:*** .....
***Assinatura do participante:*** .....
**BI/CC Nº:** .....
**Data:** _____/_____/_____

**DECLARAÇÃO DO INTÉRPRETE** (Confirmo que interpretei fielmente o conteúdo deste formulário e a conversação entre o participante e o investigador)
**Nome do intérprete** .....
(LETRA DE IMPRENSA)
***Assinatura do intérprete***.....
**Data:** _____/_____/_____

***Se não for o participante a assinar:***
**Nome**: .....
(LETRA DE IMPRENSA)
BI/CC Nº: ..... Grau de parentesco ou tipo de representação: .....
Morada.....
.....
***Assinatura***.....
**Data:** _____/_____/_____

***Por favor confirme se todos os campos foram devidamente preenchidos e assinados.***

30-08-2021 IMP. .nº64.02

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

## Consentimento Informado

Eu, Fernanda Maria Mendes Andrade, aluna do 1ª Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, encontrando-me a realizar o estágio de natureza curricular com relatório, venho solicitar a participação de vossa Exa num estudo denominado "Perspetiva do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio", sob orientação do professor João Carlos Gama Martins Macedo, que visa analisar a perspetiva do cuidador familiar acerca das implicações familiares do cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio.

A sua participação consiste em conceder-me um questionário e uma entrevista e autorizar a gravação da entrevista em áudio e a utilização do conteúdo dos mesmos na realização do trabalho. Da minha parte comprometo-me com o seguinte:

- As suas informações serão confidenciais;
- Todas as informações serão codificadas de forma a garantir o seu anonimato;
- A gravação da sua entrevista será destruída após o tratamento de dados.

Caso pretenda tem o direito de recusar em qualquer momento a participação no estudo, sem necessidade de dar qualquer explicação e sem que isso possa ter qualquer prejuízo para si, sendo assegurada a confidencialidade da identidade e registos associados.

Assinatura do/a participante

---

(O/A Participante)

Assinatura da mestranda

---

(A Mestranda)

Grata pela sua colaboração, __/__/__

Contato: Enfermeira Fernanda Andrade; Telemóvel: 963759706; email: fmmandrade@chtmad.min-saude.pt