

Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem  
Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**“ALÉM DA MEMÓRIA”**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA COM FAMILIARES  
DE PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS COM DEMÊNCIA GRAVE**

**“BEYOND MEMORY”**

**COMMUNITY INTERVENTION PROJECT WITH FAMILIES OF  
INSTITUTIONALIZED PEOPLE WITH SEVERE DEMENTIA**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de  
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por Mariana Martinho Machado

Lisboa, 2025

Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem  
Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**“ALÉM DA MEMÓRIA”**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA COM FAMILIARES  
DE PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS COM DEMÊNCIA GRAVE**

**“BEYOND MEMORY”**

**COMMUNITY INTERVENTION PROJECT WITH FAMILIES OF  
INSTITUTIONALIZED PEOPLE WITH SEVERE DEMENTIA**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de  
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por Mariana Martinho Machado

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Vieira Soares de Resende

Lisboa, 2025

*“A minha esposa comprava sashimi de pargo e saia várias vezes para comprá-lo, esquecendo-se que já o tinha comprado. Fazia-o para que pudesse desfrutar da minha bebida da noite. Estava a ser atenciosa, eu não tinha como me chatear com ela”*

- Masaharu Taniguchi, 2020, in exposição fotográfica “Cordas no Coração” -

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

Primeiramente, agradeço à minha orientadora pedagógica, Professora Doutora Ana Resende, pela orientação e disponibilidade ao longo deste percurso e por toda a partilha de conhecimentos.

À Enfermeira Orientadora da USP pela sua disponibilidade, flexibilidade e partilha de saberes e pela confiança transmitida, os seus conselhos e sugestões foram fundamentais para o sucesso deste trabalho.

A toda a equipa da USP pela forma como me acolheram e ajudaram a encontrar o caminho.

Sou grata aos meus colegas de curso, pela troca de ideias, pela parceria e pelas discussões que contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

À minha querida equipa da Unidade de Cuidados Paliativos Hospital da Luz de Lisboa pelas trocas, pela paciência nos dias com menos horas de sono e pela motivação nos momentos mais difíceis.

Ao meu Diogo e à minha Glória, pelo amor.

À minha família por compreenderem a minha ausência e por estarem sempre lá, ao Gaspar e à Carol por serem luz.

Por fim, agradeço a todos os familiares de pessoas com demência, por verem sempre além da memória. A todos, o meu muito obrigada!

## **RESUMO**

O envelhecimento populacional é um desafio sem precedentes e as demências, têm vindo a ganhar lugar de destaque a nível nacional e internacional dentro desta problemática. Na perspetiva da saúde pública, as demências assumem especial complexidade pela sua provisão de assistência sanitária e social, com uma prevalência e incidência a aumentar de forma exponencial partir dos 65 anos (Garre-Olmo, 2018).

Considerando a demência como uma doença crónica, o impacto do seu diagnóstico afeta não só a pessoa, mas, também, as suas famílias e a comunidade onde se encontram inseridos, seja pela carga socioeconómica associada como pela sobrecarga emocional. É então fulcral criar linhas orientadoras de cuidados que tenham em conta as necessidades deste binómio nas diferentes fases da doença, desde a identificação precoce até às situações que tenham já um percurso evolutivo que carece de planos de cuidados específicos (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2019).

Com base na metodologia do Planeamento em Saúde e no referencial teórico de Henriqueta Figueiredo (2012), Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar, foi desenvolvido o projeto “Além da Memória”, com o objetivo geral de capacitar a família da pessoa institucionalizada com demência grave. Sendo este um projeto realizado no âmbito da saúde comunitária e saúde pública, a família foi considerada como um grupo a capacitar nos cuidados de saúde primários. A construção deste projeto vai ao encontro das estratégias emanadas pelo atual Plano Nacional de Saúde, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Plano Nacional de Saúde Mental.

De salientar que este projeto surge no âmbito da prevenção secundária na medida em que visa a prevenção e o alívio do sofrimento da família, envolvendo um diagnóstico precoce e intervenção imediata (Thompson-Heisterman in Stanhope & Lencaster, 2011).

A participação do grupo selecionado, bem como a adesão e satisfação nas sessões realizadas, foi positiva. As atividades realizadas desempenharam um papel importante no aprimoramento das competências específicas enquanto mestre, enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública.

**Palavras-chave:** Demência; envelhecimento; família; institucionalização

## **ABSTRACT**

Population ageing is an unprecedented challenge, which is why dementias have been gaining prominence at national and international level. From a public health perspective, dementias are particularly complex due to their provision of health and social care, with prevalence and incidence increasing exponentially from the age of 65 (Garre-Olmo, 2018).

Considering that dementia is a chronic disease, the impact of its diagnosis affects not only people, but also their families and the community in which they live, both due to the associated socio-economic burden and the emotional overload. It is therefore crucial to create care guidelines that take into account the needs of this binomial at the different stages of the disease, from early identification to situations that have already progressed and require specific care plans (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2019).

Based on the methodology of Health Planning and the theoretical framework of Henriqueta Figueiredo (2012), Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, the 'Beyond Memory' project was developed, with the general aim of empower the family of institutionalised people with severe dementia. The construction of this project is in line with the strategies emanating from the National Health Plan, the National Programme for the Health of Older People and the National Mental Health Plan.

It should be emphasised that this project is part of secondary prevention in that it aims to prevent and alleviate the family's suffering, involving early diagnosis and immediate intervention (Thompson-Heisterman in Stanhope & Lencaster, 2011).

The participation of the selected group, as well as their adherence to and satisfaction with the sessions, was positive. The activities carried out played an important role in improving specific competences as a master, specialist nurse and nurse specialising in community health and public health.

**Keywords:** Ageing; dementia; family; institutionalisation

## **LISTA DE SIGLAS**

**APA-** American Psychological Association

**ERPI** – Estrutura Residencial para Idosos

**INE-** Instituto Nacional de Estatística

**MDAIF** – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**USP** – Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
<b>1. AS DEMÊNCIAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>15</b>
1.1. EPIDEMIOLOGIA DAS DEMÊNCIAS .....	16
<b>1.1.1. Incidência .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.2. Prevalência .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.3. Taxa de mortalidade e morbidade .....</b>	<b>18</b>
1.2. EVOLUÇÃO CLÍNICA DAS DEMÊNCIAS .....	20
1.3. APOIO À FAMÍLIA DA PESSOA INSTITUCIONALIZADA COM DEMÊNCIA 21	
1.4. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF).....	22
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>25</b>
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	25
<b>2.1.1. Contexto do local de intervenção .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.2. Focus Group .....</b>	<b>28</b>
2.1.6. Diagnósticos de Enfermagem .....	33
2.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES .....	35
2.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS E METAS .....	36
2.4. Seleção de estratégias .....	38
2.5. PROGRAMAS E PROJETO .....	39
2.6. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO .....	40
<b>2.6.1 Logótipo do projeto .....</b>	<b>42</b>
2.7. AVALIAÇÃO DO PROJETO .....	42
2.8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA .....	44
<b>3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS COMO MESTRE, ENFERMEIRO ESPECIALISTA E</b>	

<b>ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>46</b>
3.1. ATIVIDADE COMPLEMENTAR .....	48
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Prisma *Scoping Review*

**Apêndice II** – Ata Reunião Exploratória com Enfermeira Orientadora e Enfermeira em Funções de Chefia

**Apêndice III**– Ficha Técnica Plano Local de Saúde 2024-2030

**Apêndice IV** –Ata 1ª reunião com Enfermeira Coordenadora e Diretora Técnica da ERPI

**Apêndice V** - Consentimento informado livre e esclarecido

**Apêndice VI** – Guião de Entrevista *focus group*

**Apêndice VII** – Questionário Sociodemográfico

**Apêndice VIII** - Categorização dos resultados do *focus group* segundo Bardin

**Apêndice IX** – Ata da Reunião com Informadores-Chave para definição de prioridades

**Apêndice X** – Plano de sessão para sessão reflexiva com familiares

**Apêndice XI** – Plano de sessão para sessão de divulgação do projeto à equipa da USP

**Apêndice XII** – Cronograma de *Gantt*

**Apêndice XIII** – Ata reunião com auxiliares de ação direta

**Apêndice XIV** – Questionário de satisfação aplicado aos familiares

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Grelha de Análise sugerida por Tavares

**Anexo II** - Certificado de participação com Poster Científico no Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem

## **LISTA DE FIGURA**

<b>Figura 1:</b> Evolução da prevalência das demências no Mundo .....	17
<b>Figura 2:</b> N° de óbitos por transtornos mentais de comportamentais no concelho em estudo .....	19
<b>Figura 3:</b> Diagrama das áreas de atenção familiares por domínios avaliados .....	23
<b>Figura 4:</b> Grau de parentesco com a pessoa com demência.....	31
<b>Figura 5:</b> Periodicidade da visita.....	31
<b>Figura 6:</b> Motivo da institucionalização .....	32
<b>Figura 7:</b> Resumo da etapa “preparação e execução” .....	42
<b>Figura 8:</b> Logótipo do projeto .....	42

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> Categorização dos resultados do focus group segundo Bardin (2018).....	30
<b>Tabela 2</b> Diagnósticos de Enfermagem segundo o MDAIF e CIPE (versão 2019).....	34
<b>Tabela 3</b> Definição de prioridades com base na grelha de avaliação de Tavares (1990)...	35
<b>Tabela 4</b> Atividades, Mestas e Indicadores de Atividade do Projeto .....	37
<b>Tabela 5</b> Avaliação dos Resultados.....	43

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em enfermagem comunitária e saúde pública pela Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa, foi elaborado o presente relatório onde se enquadra o projeto de intervenção comunitária, com o intuito de dar resposta a uma necessidade identificada, num determinado grupo, e desenvolver competências do enfermeiro especialista na área supra descrita. O estágio foi realizado entre setembro e dezembro de 2024, perfazendo um total de 360h de contacto, numa Unidade de Saúde Pública (USP) da região de Lisboa cujo anonimato foi assegurado na redação do presente documento.

Os objetivos gerais da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório foram: identificar problemas de especial complexidade no âmbito da saúde da comunidade e/ou da saúde pública; selecionar métodos de recolha e análise informação sobre os problemas detetados; formular diagnósticos de enfermagem no domínio da saúde da comunidade ou da saúde pública; identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com indicadores epidemiológicos, demográficos e fatores ambientais que afetam a vulnerabilidade dos grupos e comunidades; participar na organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância do trabalho em equipa; comunicar as suas conclusões e os raciocínios que as fundamentam.

Por sua vez, os objetivos específicos definidos foram: integrar a equipa da USP; conhecer as normas e os protocolos da USP; analisar o perfil de saúde da ULS (Unidade Local de Saúde); participar nas atividades implementadas da USP; realizar um diagnóstico de situação da USP; identificar os problemas prioritários; planejar um projeto de intervenção comunitária no âmbito das demências.

Por forma a planejar um projeto de intervenção comunitária, foi, antes de mais, realizada uma reunião com peritos na área da Saúde Pública para identificar as problemáticas prioritários.

Para sustentar a seleção dos peritos na área de Saúde Pública, considerou-se a definição apresentada por Benner (2001), desta forma, considera-se perito aqueles que conseguem identificar as respostas clínicas inesperadas e os potenciais problemas e que, através de uma compreensão intuitiva, apreendem a situação e fazem um diagnóstico com precisão.

Tendo em conta esta definição, foram selecionados para esta reunião a Enfermeira Orientadora, Mestre e Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública e a Enfermeira em funções de chefia da USP, Mestre e Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública. Nesta reunião foram auscultadas as necessidades existentes na USP, tendo sido identificada como necessidade prioritária a intervenção na área das Demências, sendo este um problema de crescente preocupação no conselho em estudo dada a sua evolução epidemiológica.

O relatório foi construído com base na metodologia do planeamento em saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993), onde foi elaborado um diagnóstico de situação da comunidade e com base nos problemas identificados, foi delineado um projeto de intervenção comunitária com base numa abordagem preventiva do problema que visa o apoio à família da pessoa com demência.

A pertinência deste projeto fixa-se na análise dos indicadores epidemiológicos da demência em Portugal e no Mundo, onde se retrata um envelhecimento populacional crescente, acompanhado de um aumento da incidência, prevalência, morte e morbilidade associada às demências.

Assim, reconhecendo a demência como uma doença progressiva e incurável, os cuidados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada em enfermagem comunitária e de saúde pública a esta população com demência, deve reorientar-se à capacitação do grupo (famílias) com o objetivo de melhorar a qualidade de vida não só da pessoa com demência, mas também da sua própria família.

Além disso, sendo este um projeto de intervenção comunitária deve ir ao encontro dos objetivos de desenvolvimento sustentável, nomeadamente do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável número 3, emanado no Plano Nacional de Saúde, no qual é dever do enfermeiro garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar de todos, em todas as faixas etárias

O projeto de intervenção comunitária “Além da Memória - Intervenção de Enfermagem Comunitária no Apoio à Família da Pessoa Institucionalizada com Demência” emerge no âmbito da prevenção secundária na medida em que visa a prevenção e o alívio do sofrimento da família, envolvendo um diagnóstico precoce e intervenção imediata (Thompson-Heisterman in Stanhope & Lancaster, 2011).

O planeamento e desenvolvimento deste projeto foram sustentados no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) desenvolvido por Henriqueta Figueiredo (2012).

Todo o processo foi acompanhado por peritos na área da saúde comunitária, como também da saúde mental, tendo sido estabelecida uma parceria com uma das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) do concelho.

O relatório foi dividido em três capítulos, estando no primeiro uma análise epidemiológica das demências. O segundo contém a metodologia adotada, seguindo as indicações do planeamento em saúde. No terceiro capítulo são abordadas as competências desenvolvidas no decorrer do estágio nos diferentes domínios: mestre, enfermeiro especialista e enfermeiro em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública. Além disto é feita uma descrição das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso. Após a conclusão estão incluídos os apêndices e os anexos, com informação relevante para a fundamentação do trabalho desenvolvido. As normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição (2020), serviram de base para orientar a elaboração do presente relatório.

## **1. AS DEMÊNCIAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Caracterizada pelo compromisso da memória e, pelo menos, uma perturbação cognitiva, como a afasia, a apraxia e/ou a agnosia, a demência representa um declínio relativamente a um nível prévio de funcionamento, prejudicando a capacidade de pensar e/ou tomar decisões interferindo com as atividades do quotidiano (American Psychiatric Association, 2023). As demências distinguem-se de outras patologias como alterações intelectuais ou distúrbios de aprendizagem uma vez que estes estão presentes desde o nascimento.

A evolução das demências é progressiva e são considerados três estadios de doença, em função dos défices existentes: demência leve, moderada e grave (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Harding et al. refere que a transição para institucionalização acontece frequentemente nos estadios moderado a grave, pelas múltiplas necessidades de carácter físico e cognitivo da pessoa com demência e da incapacidade de gestão no domicílio por parte dos familiares (2022).

A sua maior expressão surge na faixa etária dos 65 ou mais anos, sendo o principal fator de risco o envelhecimento. Importa salientar que a demência é mais frequente no sexo feminino, o que pode ser explicado pela maior longevidade apresentada pelas mulheres e embora seja mais frequente nos idosos, nem todos os idosos desenvolvem demência e esta não faz parte do envelhecimento natural (idem).

Desta forma, o envelhecimento populacional é um desafio sem precedentes, pelo que as demências têm vindo a ganhar lugar de destaque a nível nacional e internacional. Na perspetiva da saúde pública, as demências assumem especial complexidade pela sua provisão de assistência sanitária e social, com uma prevalência e incidência a aumentar de forma exponencial partir dos 65 anos (Garre-Olmo, 2018).

Alguns tipos de demência, como por exemplo a demência Vascular, relacionam-se intimamente com fatores de risco que podem ser evitados e/ou minimizados, nomeadamente a alimentação inadequada, o consumo de álcool/drogas, o excesso de peso e a inatividade. O World Alzheimer Report 2023, denota que 40% dos casos de demência podiam ser evitados ou diminuída a carga de doença se fossem abordados os fatores de risco supramencionados (Long, Benoist & Weidner, 2023).

Desta forma, a intervenção profissional de saúde, em especial nos cuidados de saúde primários, destaca-se na prevenção e gestão de fatores de risco modificáveis, como por exemplo a dislipidémia, a hipertensão arterial, a apneia do sono, a depressão e sedentarismo.

Considerando as demências como uma doença crónica, o impacto do seu diagnóstico afeta não só o indivíduo, mas, também, as suas famílias e a comunidade onde se encontram inseridos, seja pela carga socioeconómica associada como pela sobrecarga emocional. É então fulcral criar linhas orientadoras de cuidados que tenham em conta as necessidades deste binómio nas diferentes fases da doença, desde a identificação precoce até às situações que tenham já um percurso evolutivo que carece de planos de cuidados específicos (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2019).

## 1.1.EPIDEMIOLOGIA DAS DEMÊNCIAS

### 1.1.1. Incidência

A demência constitui a expressão clínica de várias entidades patológicas, a doença de Alzheimer é, atualmente, a mais prevalente, sendo responsável por 50 a 70% dos casos. A incidência global da demência tem aumentado significativamente das últimas décadas, duplicado aproximadamente a cada 5 anos.

Em Portugal, de acordo com Santana et.al, em 2005 existia um novo caso a cada 7 segundos, com uma incidência de 7,5 casos por cada 1000 pessoas, por ano. Por sua vez, em 2012 as estimativas fixavam-se nos 7,7 casos por cada 1000 pessoas, por ano, traduzindo-se em 1 novo caso a cada 4 segundos (2015). No concelho em estudo, pertencente ao distrito de Lisboa, entre 2019 e 2022 foram registados 776 novos casos de demência.

É ainda pertinente referir que, geralmente, existe uma subnotificação dos casos, seja pela complexidade do seu diagnóstico, que implica recursos pouco acessíveis a algumas

populações, seja pela formação insuficiente das equipas de saúde no reconhecimento de sinais e diagnóstico precoce (idem). A inexistência de um diagnóstico formal é também consequência da estigmatização da doença ou, por outro lado, da normalização dos sinais e sintomas na população idosa, associando-os ao processo de senilidade.

### 1.1.2. Prevalência

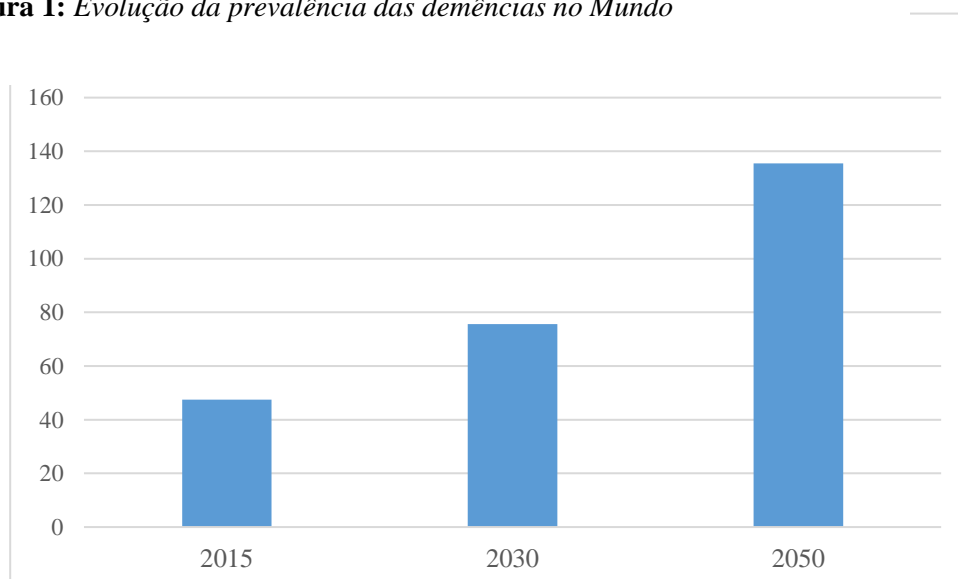
Em 2021 a esperança de vida à nascença em Portugal fixou-se nos 81,5 anos para a totalidade da população, sendo mais elevada para as mulheres (84,4 anos) face aos homens (78,5 anos). Por sua vez, a estimativa de anos de vida saudáveis à nascença é de 58,3 anos para as mulheres e 59,3 anos para os homens (INE, 2022).

Estima-se que a população idosa em Portugal continuará a aumentar nas próximas décadas, atingindo entre 36% a 43% da população em 2060, com um respetivo índice de envelhecimento na ordem dos 287 a 464 idosos por cada 100 jovens (idem).

Por sua vez, a esperança média de vida para uma pessoa com 65 anos é de 20,3 anos, sendo na população feminina de 22,0 anos e 18,3 para o sexo oposto. Devido às limitações associadas a problemas de saúde, existe um ajuste na definição dos anos de vida saudáveis aos 65 anos, fixando-se em 7,4 para as mulheres e 8,4 para os homens (idem).

Todas estes indicadores ganham ligar de destaque quando se aborda a problemática das demências, dado que o principal fator de risco é o envelhecimento. No que respeita à prevalência da doença no mundo, estima-se que atualmente existam 47,5 milhões de pessoas

**Figura 1:** *Evolução da prevalência das demências no Mundo*



com demência, aumentando para 75,6 milhões em 2030 e triplicar para 135,5 milhões em 2050 (World Health Organization, 2023).

A estimativa da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), no relatório “*Health at a Glance 2024*”, indica que a prevalência da demência na população com 60 e mais anos em 2021, rondava os 9% na União Europeia, sendo Portugal rondam os 10%. A prevalência aumenta em grupos populacionais mais velhos (OCDE, 2024).

A investigação sobre as demências em Portugal apresenta algumas lacunas. Atualmente não existe nenhum estudo epidemiológico que retrate a expressão real desta patologia, destacam-se apenas dois estudos que datam de 2006 e 2007. Em 2006, o estudo levado a cabo pela Rede Médicos-Sentinela, calculou uma taxa prevalência de 1,1% no grupo etário dos 65 anos, sendo que o grupo dos 75 e mais anos apresentou uma taxa de prevalência de 3,0%. O estudo desenvolvido em 2007, apresenta dados semelhantes, referindo que entre os 55 e 79 anos de idade se fixa uma taxa de prevalência de 2,7% (Santos, et.al, 2022)

Importa salientar que, estudos mais recentes, sugerem a possibilidade de estabilização do número de casos ou até a sua redução em países desenvolvidos associados a uma melhoria do estilo de vida e consequente redução de lesões vasculares (Garre-Olmo, 2018).

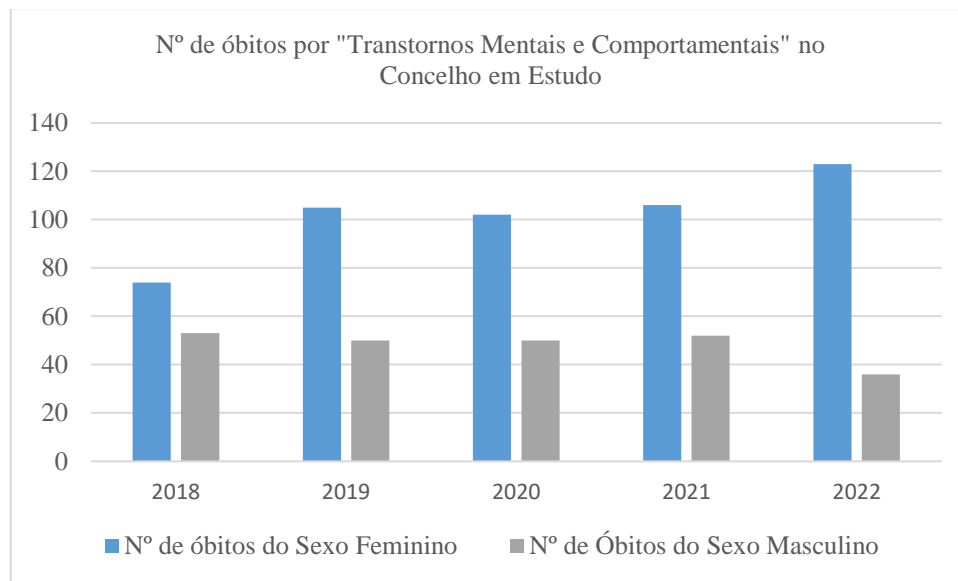
### **1.1.3. Taxa de mortalidade e morbidade**

Quanto à sua mortalidade, de acordo com o relatório “*Health at a Glance 2024*”, a demência de Alzheimer e outras demências são a causa de morte de 6% da população da União Europeia (OCDE, 2024).

Em Portugal, em 2021, a taxa de mortalidade por “Perturbações Mentais e do Comportamento”, no qual se inserem as demências, foi de 4,9% (INE, 2022).

Por sua vez, entre 2018 e 2022 as demências, inseridas no grupo “transtornos mentais e comportamentais”, foram a causa de morte de 756 pessoas no concelho em estudo, tendo maior expressão na faixa etária dos 65 ou mais anos (751 óbitos). Do total de óbitos verificados, a população feminina na faixa etária dos 65 ou mais anos, teve como principal causa de morte os transtornos mentais e comportamentais, representando 5,5% dos óbitos (Perfil Local de Saúde, 2024)

**Figura 2:** N° de óbitos por transtornos mentais de comportamentais no concelho em estudo



Importa refletir que, tratando-se e uma doença crónica de alta morbilidade, mas que raramente se constitui como causa direta de morte, existe uma grande probabilidade de sub-identificação nos certificados de óbito como causa de morte (Santana et al., 2015).

Assim, analisando a epidemiologia da demência no seu todo, mais importante que a mortalidade, é fundamental analisar a morbilidade. Estima-se que a demência contribua para mais de 11,9% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas com 60 e ou mais anos, ultrapassando os acidentes vasculares cerebrais (9,5%) e todas as formas de cancro (2,4%) (Word Health Organization, 2013).

Esta elevada morbilidade associa-se à cronicidade das demências, aos custos diretos e indiretos elevadíssimos, refletindo uma enorme sobrecarga para o sistema nacional de saúde e com grande elevado impacto na economia social (Word Health Organization, 2021).

É importante lembrar que as demências, em particular a doença de Alzheimer, conferem maior mortalidade a outras comorbilidades, ou seja, para pessoas com 70 anos com doença de Alzheimer a probabilidade de óbito até aos 80 anos é de 61%, sendo que nas que não têm esta doença, a probabilidade reduz para 30% (idem).

## 1.2.EVOLUÇÃO CLÍNICA DAS DEMÊNCIAS

Existem diferentes tipos de demência, que emergem de etiologias dispare, seja por causas degenerativas, como a doença de Alzheimer ou demência de *Corpos de Lewy*, seja por causas de origem vascular, como a leucoencefalopatia isquémica. Existem outros tipos de demência que emergem de doenças doença de Parkinson, sendo estas consideradas demências secundárias (Afonso, 2022).

Atualmente, a causa das demências é desconhecida considerando-se que existem determinantes sociais que podem potenciar o seu desenvolvimento, como por exemplo a idade, o sexo, a baixa escolaridade e estilo de vida (Word Health Organization, 2023).

Como referido anteriormente, o diagnóstico de demência é complexo, os sintomas iniciais podem confundir-se com sintomas de outras doenças e levar a um diagnóstico tardio. Outra das razões que gera atraso no diagnóstico é o facto de grande parte da população considera os sintomas neurológicos como parte natural do envelhecimento, não procurando atempadamente cuidados de médicos. Por outro lado, existe o receito do diagnóstico e/ou devido ao estigma associado à demência, levando a pessoa a omitir os seus sintomas (Afonso, 2022).

A progressão da doença não é uniforme em todas as pessoas e o curso da doença não é linear, podem ocorrer oscilações associadas a causas agudas que provocam agravamento brusco, podendo ou não ser reversíveis. Não obstante, são habitualmente identificadas três fases no processo de doença: demência ligeira, moderada e grave.

Na demência ligeira surgem os primeiros sinais de altera, com a dificuldade em planear e executar tarefas mais complexas. Na segunda fase, demência moderada, há um agravamento dos sintomas da fase anterior, começando a surgir alterações na apresentação e higiene, requerendo apoio e supervisão dos familiares e/ou cuidadores. Na última fase, na qual incide o presente relatório, considera-se existir a demência grave na qual não há qualquer retenção de informação, existem limitações físicas importantes, com implicação direta nos autocuidados, na qual o apoio à família para adaptação à situação de dependência é fundamental (Harding et al., 2022).

Integrando a demência como uma doença crónica, progressiva e incurável, com impacto negativo, não só na pessoa diagnosticada, como também na sua família e comunidade onde

se insere, seja pela carga socioeconómica, como pela sobrecarga emocional, importa que o enfermeiro identifique o binómio pessoa com demência – família antecipadamente e proporcione o envolvimento da família no desenho do plano de cuidados (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2019).

### 1.3.APOIO À FAMÍLIA DA PESSOA INSTITUCIONALIZADA COM DEMÊNCIA

Desde os anos 80 que o conceito de família tem sofrido alterações, tradicionalmente define-se utilizando conceitos legais de relacionamento, nomeadamente biológicos ou genéticos, de sangue, de tutela, adoção ou casamento. Atualmente entende-se por família um conjunto de um ou mais elementos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e/ou financeiro (Fletcher in Stanhope & Lancaster, 2011).

O enfermeiro que trabalha com a família deve incluir no plano de cuidados todos os seus elementos, compreendendo que o conceito de família transcende as noções tradicionais. Desta forma, o enfermeiro, dependendo da situação, deve incluir não só a família nuclear como a família alargada e conhecer as diversas estruturas familiares (monoparentais, padrasto/madrasta, família do mesmo género, família construídas por amigos) (idem).

O conceito de família é entendido então, numa “perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada por vínculos afetivos” (Figueiredo, 2012, p. 67). Desta relação dinâmica, emergem processos de co-construção inerentes à sua complexidade.

A doença de um dos membros da família constitui-se como uma crise ou uma transição acidental na família, tendo inerentes alterações na dinâmica familiar e a adaptação de cada indivíduo resultado não só das suas características pessoais, como também do seu contexto doméstico (Figueiredo, 2012).

A saúde familiar é difícil de definir e inclui diversos fatores como biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais do sistema familiar (Fletcher in Stanhope & Lancaster, 2011). Neste prisma, Figueiredo entende-a como um estado subjetivo, e define-a como um “conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família” (2012, p. 68).

Os cuidados de enfermagem à família devem centrar-se na interação enfermeiro-família, implicando o desenvolvimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico,

ênfatizando as relações. O processo de cuidados deve ser colaborativo, promovendo a participação dos seus membros em todas as fases (Figueiredo, 2012).

No que concerne à famíia da pessoa institucionalizada, esta é considerada como um elemento estruturante e indispensável no processo de adaptação e integração da pessoa com demência em instituições comunitárias e nesse sentido, os profissionais de saúde devem desempenhar um papel ativo no apoio não só à pessoa institucionalizada como também à sua famíia, identificando as suas principais necessidades (Sampaio & Duque, 2024).

De acordo com a *scoping review* realizada ao longo deste estágio (prisma no apêndice I), cujo título é “Intervenções De Enfermagem Promotoras De Apoio À Famíia Da Pessoa Com Demência Institucionalizada” a progressão da demência e as suas sucessivas limitações físicas e cognitivas, promovem sentimentos de impotência, raiva e tristeza no seio das famíias, gerando oportunidades de intervenção por parte do enfermeiro.

Cabe ao enfermeiro apoiá-la na tomada de decisão, garantir suporte emocional, promover uma comunicação adequada e fomentar a formação das equipas de cuidadores formais nos diferentes contextos de saúde.

Outra das conclusões da *scoping review* elaborada é que a famíia atribui à prática de enfermagem o papel central na seleção das instituições, referindo que a comunicação eficaz e o cuidado centrado na pessoa são práticas de excelência que lhes conferem segurança e confiança (Boer et al., 2019).

É, ainda, amplamente relatado pela literatura que, face a um processo de doença de um dos seus membros, a famíia vivêcia alterações ao nível emocional que motivam mudanças nas relações familiares e nas dinâmicas familiares, com ajustes nos papéis assumidos anteriormente. De realçar que, da literatura existente, as necessidades dos familiares no cuidado à pessoa com demência são multidimensionais e afetam não só o seu bem-estar como o da pessoa por eles cuidada.

#### 1.4.MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

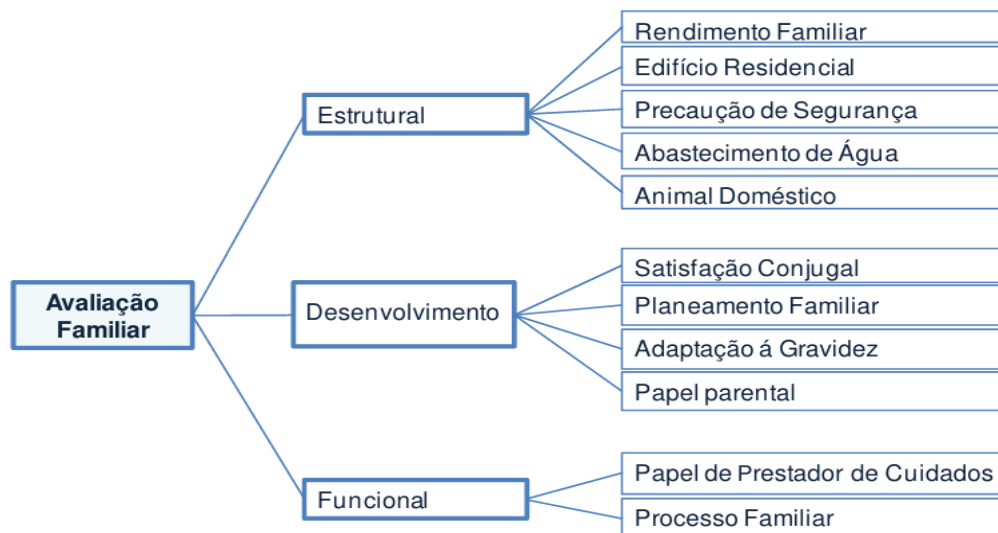
Atendendo aos conceitos de famíia e saúde famíia anteriormente trabalhados, no contexto de transição para uma situação de doença, importa fazer uma avaliação holística e atuar em conformidade com as necessidades específicas de cada unidade familiar e, em particular, de cada um dos seus elementos e comunidade envolvente (Santos et al., 2022).

Sendo uma responsabilidade do enfermeiro o cuidado à pessoa e família em todo o ciclo vital, o enfermeiro tem responsabilidade pela coesão familiar e deverá atender ao impacto que essa vivência acarreta pela unidade familiar, compreendendo o significado atribuído pela família ao processo de doença e desenhar um plano de cuidados personalizado (Figueiredo, 2012).

Assim, considerando a família e a pessoa com demência uma unidade a cuidar, surge a necessidade de compreender e avaliar as necessidades sentidas pela família e enquadrá-la como uma unidade recetora de cuidados para que esta se possa adaptar eficazmente a um novo contexto (Santos et al. 2022).

O MDAIF surge como instrumento teórico e operativo de excelência para a prática de enfermagem, permitindo a recolha de necessidades da família e delinear intervenções que visam colmatar as necessidades identificadas, expondo não só as suas forças e potencialidades, promovendo uma ligação entre a família e o enfermeiro. Este modelo avalia a família em três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). Estas subdividem-se em subdimensões como se verifica na figura 3.

**Figura 3:** Diagrama das áreas de atenção familiares por domínios avaliados



(Figueiredo, 2012, p.268)

A dimensão estrutural visa o conhecimento da estrutura familiar enquanto sistema aberto, nomeadamente a sua composição, vínculos existentes, subsistemas com a família alargada e aspetos específicos do contexto ambiental que podem indicar riscos para a saúde. A dimensão de desenvolvimento remete para a compreensão dos fenómenos associados ao

crescimento da família, possibilitando a concretização de cuidados antecipatórios que promovam a capacitação da família através do seu envolvimento nas tarefas essenciais do ciclo vital em que se inserem. Por fim, a avaliação funcional reflete os padrões de interação familiar que permitem o desempenho de tarefas familiares com base na complementaridade funcional (idem).

Figueiredo refere que aplicação deste modelo teórico deve ter em consideração as especificidades de cada família, bem como a fase do ciclo vital em que se inserem (2012).

O presente estudo dedica-se ao apoio à família da pessoa institucionalizada com demência grave, pelo que a aplicação deste modelo teórico assenta essencialmente na avaliação funcional, nomeadamente na avaliação do processo familiar, especificamente na comunicação familiar.

Sendo os padrões de interação familiar o principal foco de avaliação, torna-se fundamental recorrer à CIPE para definir o processo familiar, assim, este conceito define-se como interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Dentro desta dimensão, são avaliados quatro pontos essenciais, sendo estes a comunicação familiar,  *coping*  familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças (Figueiredo, 2012).

A avaliação diagnóstica deste modelo, considera que existe processo disfuncional sempre que pelo menos um dos quatro pontos identificados se encontre não eficaz.

O presente relatório foca-se na avaliação da comunicação familiar, sendo esta avaliada em três dimensões, comunicação emocional, comunicação verbal e não verbal e comunicação circular.

## **2. METODOLOGIA**

O segundo capítulo materializa as etapas do planeamento em saúde designadas por Imperatori & Giraldes, sendo estas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e por fim a avaliação (1993).

### **2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico de situação e deverá corresponder às necessidades de saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993). A pertinência do projeto é analisada em função da concordância entre o diagnóstico e as necessidades da comunidade. O diagnóstico da situação deve ser “suficientemente alargado e aprofundado, sucinto, rápido, claro e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento” (Tavares, 1990, p. 55).

Para a concretização do diagnóstico de situação foi elaborada a caracterização do local de estágio, por forma a identificar não só o nível de saúde da população como também para identificar o foco de intervenção em função das necessidades em saúde.

#### **2.1.1. Contexto do local de intervenção**

O estágio decorreu no período de 8 de setembro a 19 de dezembro de 2024, numa USP do distrito de Lisboa e tem como missão satisfazer as necessidades da população na promoção e proteção da saúde e prevenção da doença na população da área de influência, assumindo-se como elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais, de forma a maximizar os ganhos de saúde da população.

A USP integra projetos em diversas áreas, sendo estas vigilância epidemiológica, programa nacional de vacinação, saúde escolar, vacinação internacional, programa nacional de saúde oral, plano local de saúde, vigilância sanitária, REVIVE e, por fim, tem integrado também o Centro de Diagnóstico Pneumológico. Cada uma destas áreas integra projetos mediante as necessidades identificadas e atua em articulação com os parceiros comunitários.

De acordo com o Perfil Local de Saúde 2024-2030, o município abrange uma população de 214.124 habitantes, numa área de 97,7 km<sup>2</sup>, que corresponde a uma densidade populacional de 2.194 pessoas por km<sup>2</sup>. Com um índice de envelhecimento de 164,2 idosos por cada 100 jovens, o município apresenta uma população mais envelhecida que a área metropolitana de Lisboa, mas mais jovem que Portugal. Em 2021, cerca de 13,4% dos idosos residiam sozinhos, no concelho.

A esperança de vida à nascença entre 2010 e 2022 aumentou dos 79,3 para os 80,7 anos de vida, atingindo o seu máximo em 2020, com 81,1 anos de vida. Nos últimos dois anos, verifica-se uma tendência decrescente (80,7 anos de vida em 2022), que pode refletir o aumento da mortalidade durante a pandemia de COVID-19.

A taxa de mortalidade no município, à semelhança da área metropolitana de Lisboa e do continente, apresenta uma tendência crescente desde 2010. À data de 2022 ocorreram 10,7 óbitos por cada 1000 residentes no concelho.

Nos últimos 5 anos, as doenças do aparelho circulatório e os tumores representam as principais causas de morte na população, apresentando os últimos uma tendência crescente. No sexo feminino a principal causa de morte, na faixa etária dos 65 ou mais anos foi “Outros transtornos mentais e comportamentais” com 510 óbitos, onde se inserem as demências. Nos homens, na mesma faixa etária, são as doenças isquémicas do coração a principal causa de morte, com 421 óbitos, representando 4,6% da totalidade de óbitos.

Com base no Perfil Local de Saúde 2024-2030 do município, foram selecionados pelos peritos em saúde pública em consonância com a auscultação da população e ponderação epidemiológica, cinco problemas prioritários sendo estes: demências, doenças do aparelho circulatório, tumores malignos da mama, obesidade e depressão.

O diagnóstico de situação foi realizado recorrendo a técnicas de identificação de problemas tendo como guia orientador Tavares (1990). Numa fase inicial foram consultados os documentos orientadores como Plano Local de Saúde 2017 e o Perfil Local de Saúde 2024-2030. Foi posteriormente realizada uma reunião com peritos em saúde pública, nomeadamente, a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira em funções de chefia, onde foi definido o foco de intervenção com base nos problemas prioritários identificados no Perfil

Local de Saúde, tendo sido selecionado o tema das demências, dado ser uma patologia com crescente evolução no conselho (ata em consulta no apêndice II).

Desta reunião ficou definido contexto de intervenção, tendo sido identificadas as Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) da área geográfica da USP, como instituições prioritárias pela tipologia de residentes.

Nesta reunião foi ainda solicitada a colaboração da mestranda na execução de uma ficha técnica sobre as demências que posteriormente será anexado ao Plano Local de Saúde 2024-2030 (apêndice III).

A seleção da ERPI parceira teve com principal critério a sua população, dado tratar-se de uma instituição dedicada exclusivamente a pessoas com demência em diferentes estádios. Na atualidade a sua resposta social é direcionada às valências de centro de dia, apoio domiciliário e lar.

Por forma a obter informação sobre esta problemática na ERPI da área de atuação da USP, foram agendadas uma reunião e uma visita exploratória. Para esta reunião recorreu-se à técnica dos informadores-chave, considerando estes elementos conhecedores exímios dos problemas daquela comunidade (Tavares, 1990). Assim, foram contactados para esta reunião a Enfermeira Coordenadora e Diretora Técnica da ERPI (apêndice IV).

Durante esta reunião, com base no conhecimento exímio das necessidades desta comunidade, ficou definida a atuação na população da valência lar, tendo sido selecionada a família, enquanto grupo, como alvo de intervenção, dado ser uma população muitas vezes marginalizada após a admissão em instituições assistenciais, onde não são avaliadas regularmente as suas necessidades.

A ERPI parceira, na valência lar, tem atualmente ao seu encargo 35 residentes, dos quais 1 com demência leve, 15 com demência moderada e 19 com demência grave. A categorização por grau de evolução da demência é realizada na admissão e sempre que existe alteração que o justifique através da escala “*Clinica Dementia Rating*” que avalia as categorias cognitivo-comportamentais: memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, atividades no lar ou de lazer e cuidados pessoais (Lima, 2022).

Foi selecionado o grupo da demência grave, pois, de acordo a *scoping review* realizada ao longo deste estágio, é nesta fase que a família requer maior suporte emocional, com

necessidade de apoio para gestão de expectativas. Uma das principais conclusões desta *scoping review*, é de que existe uma necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e a família, Corven et al. refere que uma intervenção primordial é a antecipação de potenciais alterações físicas e cognitivas, que lhes permita entender e aceitar a progressão de doença (2022). Em sintonia, Bavelaar et al. defende que o apoio à tomada de tomada de decisão da família, sobretudo em fases avançadas da doença, na qual a pessoa com demência já não consegue decidir sobre si própria, é uma intervenção basilar e tem impacto positivo, conferindo confiança na tomada de decisão e diminuição do sentimento de julgamento por parte da família (2023).

Com base nas necessidades demonstradas pelos informadores-chave, foi selecionada uma metodologia de cariz qualitativa na recolha de informação, tendo sido consensual entre os intervenientes (mestranda, Professora Orientadora, Enfermeira Orientadora e parceiros) a utilização da técnica do *focus group*, com o objetivo de identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa institucionalizada com demência grave. Além disto, foi realizada um *scoping review* com o objetivo de mapear o conhecimento existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras de apoio à família da pessoa institucionalizada com demência (prisma no apêndice I).

### **2.1.2. Focus Group**

Com o intuito de recolher informação mais pormenorizada sobre a temática, para uma caracterização detalhada do problema, bem como para compreender perspetivas de diferentes pessoas sobre o fenómeno em análise, recorreu-se à técnica do *focus group*.

Esta técnica de pesquisa de consenso, pressupõe uma abordagem qualitativa para recolha e análise de dados, através de interações pessoais em forma de grupos, que ao abordarem um determinado tema em comum, permite que exponham as suas ideias e emitam as suas opiniões, permitindo assim realizar um diagnóstico de situação fiável (Tavares, 1990).

De acordo com Shabina et al., as principais vantagens desta técnica são o facto de ser económica, flexível, estimulante e capaz de produzir dados ricos, por sua vez, a sua principal desvantagem é a influência de membros mais fortes na possibilidade de reduzir a participação dos restantes membros, bem como a sujeição a dispersões do grupo e à interferência do moderador (2024).

A dimensão do grupo deve estar compreendida entre os 6 a 12 elementos, sendo que o registo de dados deve ser efetuado em regime áudio pela complexidade na transcrição (idem).

Atendendo aos pressupostos, foram convidados a participar no *focus group* 12 familiares de referência de pessoas institucionalizadas com demência grave, cujos critérios de seleção tiveram com base o tempo despendido na visita aos seus familiares, pelo que a colaboração dos informadores-chave foi fundamental.

Com esta técnica, foi possível realizar uma pesquisa de consenso a respeito das principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa institucionalizada com demência grave.

O *focus group* foi realizado a 14 de novembro de 2024, pelas 11h, numa sala de reuniões disponibilizada pela instituição, no qual estiveram presentes a enfermeira orientadora, especialista em saúde comunitária e saúde pública, a mestranda e 10 dos 12 familiares selecionados.

Desta amostra não probabilística por conveniência, foram excluídos 2 familiares pela indisponibilidade temporal para comparecer na sessão.

O *focus group* teve duração de 45 minutos, sob gravação áudio. Foram tidas em consideração as questões éticas, tendo sido iniciado com a apresentação do objetivo, seguido do pedido de autorização da gravação áudio e assinatura do consentimento informado livre e esclarecido (apêndice V).

Foi construído um guião (apêndice VI), cujo desenvolvimento teve por base 11 questões abertas. Com estas 11 questões pretendeu-se aferir as necessidades do grupo, começando por averiguar a homogeneidade do grupo, começando por questionar o tempo decorrido desde o diagnóstico e quais os tipos de demência. Numa segunda parte, as questões direcionaram-se para a aceitação do estado de saúde e as suas expectativas face ao futuro, bem como motivos que levaram à institucionalização. Foram realizadas também algumas questões com o objetivo de avaliar a auto-percepção do conhecimento sobre o processo demencial e respetivos cuidados. A terceira parte destinou-se a aferir o processo familiar, questionando sobre estratégias utilizadas para lidar com a evolução da doença e ainda sobre a percepção dos cuidados prestados pela instituição, por fim foi aberto espaço para sugestões de melhoria para a equipa da ERPI.

O tratamento dos dados foi realizado com base na análise de conteúdo sugerida por Bardin (2018). Além desta metodologia, foi solicitado o preenchimento individual de um questionário sociodemográfico, elaborado no regular funcionamento da atividade profissional da Enfermeira Orientadora (apêndice VII).

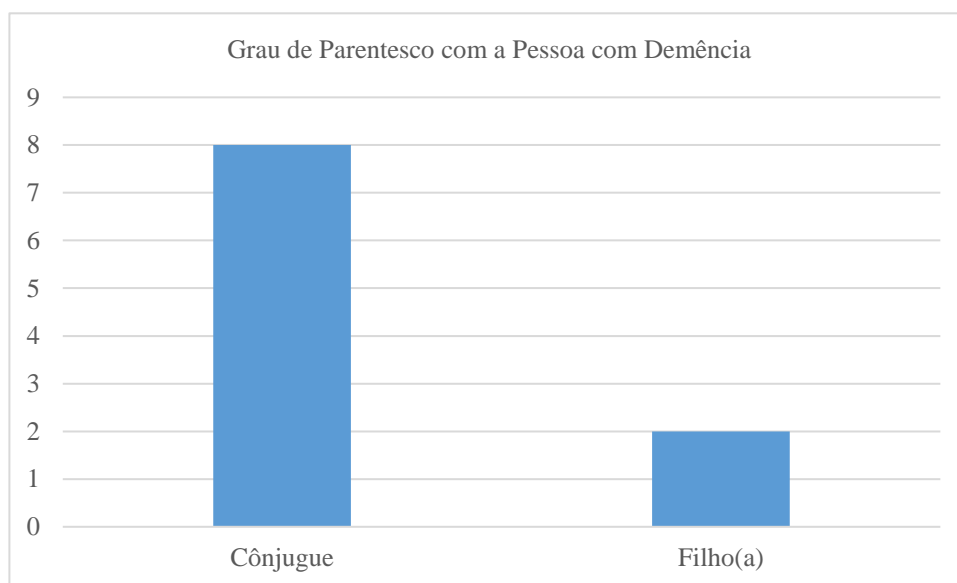
Desta forma, na primeira fase é designada de pré-análise, procedeu-se à organização dos dados, seguindo-se de uma codificação dos dados por tema, tendo sido dividido em unidades de registo e unidades de contexto, realizando o processo de categorização. Por fim, foi realizada uma matriz de análise, onde as unidades supra descritas foram agrupadas em categorias e subcategorias, tendo sido cumpridas as regras da exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade sugeridas por Bardin (apêndice VIII). Os resultados são apresentados de forma resumida na tabela 1.

**Tabela 1:** *Categorização dos resultados do focus group segundo Bardin (2018)*

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>
<b>Motivos da institucionalização</b>	Dependência física	6
	Sobrecarga emocional	2
	Aconselhamento profissional	2
<b>Impacto emocional e psicológico</b>	Tristeza/Magoa	5
	Angústia	2
<b>Compreensão da demência</b>	Conhecimento efetivo	7
<b>Recursos Interno</b>	Esperança	3
	Atividades em grupo	1
	Trabalho	2
<b>Prática de cuidados profissionais</b>	Comunicação verbal e não verbal com as AAD	7
	Promoção de empatia	4

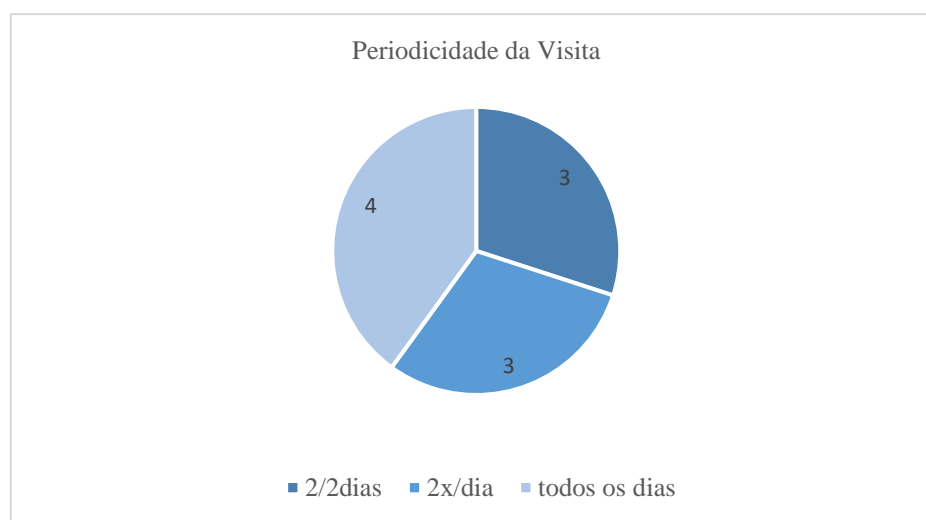
Em termos demográficos, 80% da amostra é conjuge o que vai encontro do explanado pela literatura, sendo que a média de idades é de 72,4 anos, com uma idade máxima de 80 e idade mínima de 51 anos (tratando-se este familiar uma filha). Em termos de escolaridade, 40% dos participantes têm a 4ª classe e 50% 12º ano ou ensino superior.

**Figura 4:** *Grau de parentesco com a pessoa com demência*



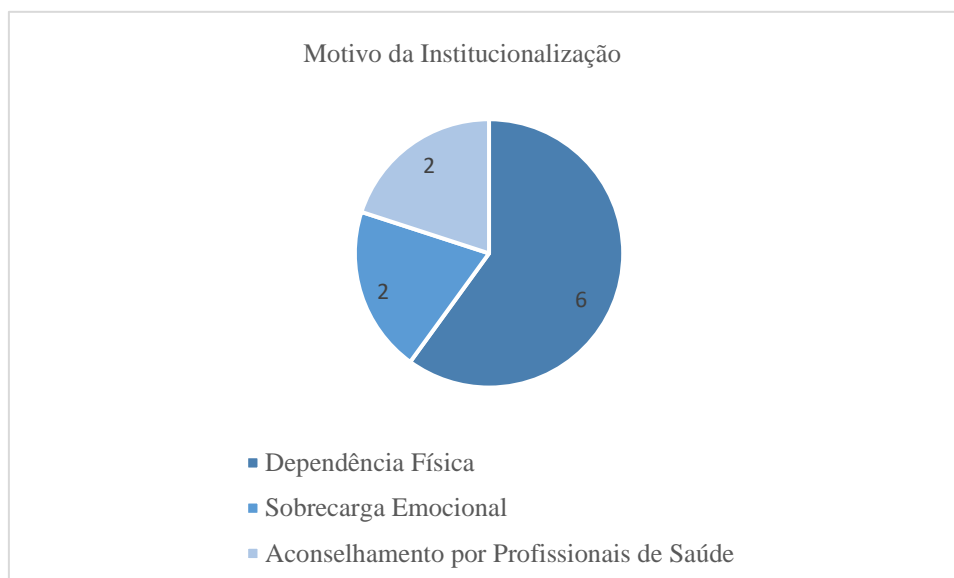
De acordo o questionário sociodemográfico, 70 % da amostra encontra-se reformada e 70% visita diariamente o seu familiar, dos quais 40% afirmam estar presentes em pelo menos 2 momentos do dia, essencialmente no horário das refeições.

**Figura 5:** *Periodicidade da visita*



No grupo selecionado, o diagnóstico de demência a um familiar foi realizado, em média, há 9 anos, sendo o máximo de 18 anos e 5 anos o mínimo, o que é corroborado pela literatura, na medida em que os familiares cuidadores enfrentam maiores de fatores de stress pela longinquidade da doença e dependência crescente ao longo do percurso de doença.

**Figura 6:** Motivo da institucionalização



Quando explorados motivos de institucionalização, seis familiares referiram tê-lo realizado pelo aumento da dependência física, outros referem que se prendeu com a sobrecarga emocional ou aconselhamento por profissionais, nomeadamente o médico de família.

Dos dez participantes, cinco referiram que o processo de doença tem um impacto negativo na sua vida, acarretado tristeza e magoa. Dois participantes referiram que é um percurso tumultuoso, carregado de angústia e incerteza constante.

**E3** – “a maior frustração é saber que não há melhoras, tudo que podemos fazer é manter”

Tornou-se evidente que a maioria destes familiares sente que o seu propósito de vida é, atualmente, o cuidar exclusivamente do seu familiar.

**E2** – “perdi 90% da minha identidade”

**E6** – “faço isto a pensar que estou a dar o meu melhor, se fosse ao contrário não tenho dúvidas que seria igual (...) quando subi ao altar jurei que era para sempre, para o bem e para o mal”

Por outro lado, quando questionado sobre recursos internos, três participantes afirmaram que a esperança é basilar, outros consentiram acenando, no entanto não o confirmarem verbalmente. Outro dos participantes afirmou que as atividades em grupo eram fundamentais e que, inclusivamente, desde que tinha tomado a decisão de institucionalizar o seu conjugue,

tinha aumentado a sua rede de socialização ao participar nas atividades promovidas pela autarquia. Dois dos participantes referiram que o trabalho é um foco de distração positivo.

**E10** – “a minha única forma de lidar com isto, é ter esperança ... não é esperança que melhore, é uma esperança de que o dia de amanhã seja pelo menos igual ao de hoje”

**E2** – “nos dias maus, chego a casa e choro e só me resta ter esperança de voltar no dia a seguir e que a situação seja reversível”

No que concerne às necessidades formativas, os familiares quando questionados referem que estão esclarecidos e que na EPRI existe uma boa comunicação entre a equipa clínica, nomeadamente a Enfermeira Coordenadora, e os familiares.

**E5** - “agora que estou aqui, a enfermeira vai-me explicando à medida que as coisas vão acontecendo, um degrau de cada vez”

**E8** – “só quando estamos na situação é que realmente percebemos, por exemplo, a enfermeira já me tinha dito que o meu marido se engasgava e que precisava de pôr a bebida com espessante, mas só quando ele se engasgou comigo é que percebi que era grave (...) a enfermeira tem mesmo muita paciência”

Contudo, quando abordadas sugestões de melhoria à prática de cuidados, sete participantes afirmam que em termos de relação e comunicação existem falhas diversas com a equipa de auxiliares de ação direta. Reportam que esta classe profissional adota uma postura de desinteresse, pelo que os familiares não se sentem ouvidos e/ou respeitados.

**E10** – “as Auxiliares passam por mim e tratam-me como se eu fosse uma cadeira”

**E3**- “estão sempre de cara cerrada e não são disponíveis”

Tendo por base os resultados acima descritos, procedeu-se à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, por forma a direcionar a intervenção.

#### 2.1.6. Diagnósticos de Enfermagem

Após identificação dos problemas, surge a definição dos diagnósticos de enfermagem, a partir dos quais será planeada a intervenção e respetivos resultados.

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem é baseada na terminologia padronizada, recorrendo à a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Assim, através dos dados obtidos no *focus group*, com base no referencial teórico MDAIF que sustenta o projeto, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

**Tabela 2:** *Diagnósticos de Enfermagem segundo o MDAIF e CIPE (versão 2019)*

Foco	<b>Processo Familiar</b>	
Dimensão	<b>Dados de caracterização</b>	<b>Juízo</b>
Comunicação familiar	Comunicação emocional <ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos;</li> <li>Aceitação da família relativamente à expressão de sentimentos dos seus membros;</li> <li>Impacto que os sentimentos de cada um tem na família;</li> </ul>	Não Eficaz
	Comunicação verbal/não verbal <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos na família são claros e diretos no discurso;</li> <li>Todos na família se expressão claramente quando comunicam com os outros (verbal/não verbal);</li> </ul>	Não eficaz
	Comunicação circular <ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica em saúde;</li> <li>Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa;</li> </ul>	Não eficaz
<b>Diagnóstico : Processo familiar disfuncional</b>		
Intervenções sugeridas com base no diagnóstico:		
<b>Comunicação familiar não eficaz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover o envolvimento da família</li> <li>Otimizar a comunicação familiar</li> </ul>	

Com base na análise dos dados obtidos na interação com as famílias e face à complexidade, intersubjetividade e contextualização das mesmas, os diagnósticos de enfermagem correspondem à identificação primária das forças da família concomitantemente com as suas necessidades (Figueiredo, 2012).

Face aos diagnósticos de enfermagem sobre a família, no planeamento das intervenções conducentes à mudança, devem ser consideradas as forças da família no sentido da mudança ser viável e obter o comprometimento da família com o plano.

## 2.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades consiste no processo de tomada de decisão, traduz-se na hierarquização dos problemas identificados anteriormente e, conseqüentemente, uma utilização eficiente dos recursos (Tavares,1993)

Foi selecionada a Grelha de Análise sugerida por Tavares (anexo I), partindo dos seguintes critérios: importância do problema (critério 1), relação entre o problema e os fatores de risco (critério 2), capacidade técnica de resolver o problema (critério 3) e exequibilidade do projeto ou intervenção (critério 4). A grelha de análise permite atribuir sucessivamente uma classificação (+) ou (-) de uma forma sequencial aos critérios mencionados, obtendo-se um resultado, a partir de valores já inscritos na grelha, que pode variar de 1 (prioridade máxima) a 16 (prioridade mínima) (Tavares, 1990).

A Grelha de Análise foi preenchida pela mestranda e Enfermeira Orientadora, em concordância com a reunião de feedback sobre os resultados do *focus group*, onde estiveram presentes informadores-chave, nomeadamente a Enfermeira Coordenadora e Diretora Técnica da ERPI, bem como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Enfermeira Orientadora e Mestranda (ata em consulta no apêndice IX).

A determinação de prioridades é apresentada na tabela 3:

**Tabela 3:** Definição de prioridades com base na grelha de avaliação de Tavares (1990)

Diagnóstico	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Prioridade
<b>Comunicação emocional não eficaz</b>	+	-	-	+	7
<b>Comunicação verbal e não verbal não eficaz</b>	+	-	-	+	7
<b>Comunicação circular não eficaz</b>	+	-	-	+	7

O critério 1, a importância do problema, foi atribuído com + a todos os problemas dado considera-se que a comunicação só é eficaz se estiverem cumpridos todos os seus domínios.

Relativamente à relação entre o problema e os fatores de risco não se considera que esta temática tenha elevada relação, pelo que todas os domínios foram classificados com -.

Considerado a comunicação, de forma em geral, um problema complexo que se relaciona com fatores individuais e relações pessoais, é reconhecido que a resolução integral da problemática não é realista, pelo que foi atribuído um -. No entanto, a intervenção procura atenuar o impacto negativo da mesma no bem-estar dos familiares.

Por fim, o critério de exequibilidade foi atribuído a todos os diagnósticos com +, uma vez que existem condições e disponibilidade de recursos para a sua execução.

Assim, considerando que se obteve um nível de prioridade sete para os três diagnósticos/problemas e tendo em conta que os mesmos se interrelacionam, em consenso com os informadores-chave e peritos foi determinado que os três diagnósticos eram passíveis de intervenção.

### 2.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS E METAS

A terceira etapa do planeamento em saúde consiste na definição de objetivos a atingir, num determinado período, representando o resultado desejável e tecnicamente exequível (Imperatori & Giraldes, 1993).

A sua concretização é realizada através da análise de indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como objetivo geral deste projeto definiu-se: capacitar a família da pessoa institucionalizada com demência grave. Por forma a alcançar o objetivo geral, foram definidos objetivos específicos, atividades e metas a alcançar.

Os objetivos foram delineados em conjunto com a enfermeira orientadora e professora orientadora, tendo em conta o critério temporal do estágio, e tendo por base as orientações do MDAIF.

Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Envolver a Direção da ERPI no projeto;
- Articular com a especialidade de Saúde Mental;
- Envolver a equipa de auxiliares de ação direta;
- Motivar reflexão entre os familiares sobre comunicação eficaz;

- Diligenciar a divulgação do projeto à equipa da USP para a sua continuidade.

Para avaliar os objetivos fixados foram definidos indicadores de impacto, que avaliam a alteração do comportamento subsequente à intervenção e de atividade e indicadores de atividade, que avaliam a atividade desenvolvida (Imperatori & Giraldes,1993).

Atendendo a isto, para cada atividade planeada foi estabelecida uma meta e indicadores de atividade, conforme demonstrado na tabela 4.

**Tabela 4:** Atividades, Objetivo, Metas e Indicadores de Atividade do Projeto

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador de Atividade</b>
Reuniões com a direção técnica	Envolver a Direção da ERPI no projeto;	Que 100% das reuniões programadas na ERPI sejam realizadas.	$\frac{N^{\circ} \text{ de reuniões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de reuniões programadas}} \times 100$
Reunião exploratória com auxiliares de ação direta	Envolver a equipa de auxiliares de ação direta;	Que 100% das reuniões programadas com as auxiliares de ação direta sejam realizadas	$\frac{N^{\circ} \text{ de reuniões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de reuniões programadas}} \times 100$
Sessão reflexiva com os familiares de pessoa institucionalizada com demência grave selecionados	Motivar reflexão entre os familiares sobre comunicação eficaz;	<p>a) Que 100% da sessão reflexiva com os familiares seja realizada</p> <p>b) Que 60% dos familiares assistam à sessão</p> <p>c) Que 80% dos familiares avaliem a sessão com nível satisfatório</p>	<p>a) <math>\frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões programadas}} \times 100</math></p> <p>b) <math>\frac{N^{\circ} \text{ de familiares presentes na sessão}}{N^{\circ} \text{ total de familiares selecionados}} \times 100</math></p> <p>c) <math>\frac{N^{\circ} \text{ de familiares com nível satisfatório da sessão}}{N^{\circ} \text{ de familiares na sessão}} \times 100</math></p>

		(Satisfeito ou muito Satisfeito).	
Sessão de divulgação com a equipa da USP	Diligenciar a divulgação do projeto à equipa da USP para a sua continuidade.	<p>a) Que 100% da sessão programada seja realizada;</p> <p>b) Que 60% dos profissionais de saúde da USP estejam presentes na apresentação do projeto;</p>	<p>a) <math>\frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões informativas programadas}} \times 100</math></p> <p>b) <math>\frac{N^{\circ} \text{ de profissionais da USP presentes na sessão}}{N^{\circ} \text{ total de profissionais da USP}} \times 100</math></p>

Para a consecução de cada OE foram desenvolvidas diferentes atividades de modo a atingir as metas estabelecidas, cada atividade encontra-se detalhada nos planos de sessão elaborados.

Para a avaliação do projeto, para além dos indicadores de processo aliados aos objetivos específicos, foi determinado também o indicador de impacto:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de familiares a referirem dificuldades na comunicação com auxiliares de ação direta}}{N^{\circ} \text{ total de familiares}} \times 100$$

Sugere-se que esta avaliação seja realizada num prazo de 6 meses, com o mesmo grupo de familiares, em formato de *focus group*.

#### 2.4. Seleção de estratégias

Este subcapítulo pretende estruturar de forma adequada a intervenção, com vista a reduzir os problemas identificados (Imperatori & Giraldes 1993).

Para selecionar as estratégias, foi tida em consideração as particularidades tanto da intervenção como da população alvo. Além disto, foram tidos em consideração o referencial teórico MDAIF, a previsão de obstáculos e estratégias para os ultrapassar. Tendo em consideração os pressupostos, foram adotadas estratégias que visam a promoção da saúde, considerando as potencialidades da família para que a mudança seja percecionada como viável.

Inicialmente, foi selecionada a **pesquisa bibliográfica** de evidência científica, de forma a sustentar a justificar e salientar a importância da problemática. De acordo com Tavares “uma boa revisão do que já foi feito noutros locais, relativamente aos problemas em causa, poderá contribuir para a construção de estratégias inovadoras” (1990, p147).

Da pesquisa efetuada, resultou a construção de uma *scoping review* intitulada de “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Apoio à Família da Pessoa Institucionalizada com Demência”. A elaboração desta pesquisa teve como objetivo geral mapear o conhecimento existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras de apoio à família da pessoa institucionalizada com demência. A literatura transparece que as intervenções de enfermagem se devem centrar em três domínios específicos, sendo estes: capacitação dos familiares, suporte emocional e comunicação adequada, bem como formação às equipas de cuidadores formais.

Em segunda instância, foi estabelecida uma **parceria**, o que, de acordo com a literatura, é uma estratégia de excelência para ampliar as capacidades das organizações comunitárias, permitindo o trabalho em rede (Ornelas & Moniz, 2007). Além da parceria estabelecida com a ERP, foi também efetuada uma parceria com a enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria da UCC, sendo esta um elemento fundamental para partilha de conhecimento. Por outro lado, a colaboração com os restantes profissionais da USP, permite que o projeto possa vir a ser replicado noutras instituições.

Por fim, recorreu-se ao **envolvimento** da população alvo, na partilha de sugestões de melhoria, tendo sido possível a realização da sessão reflexiva com família em parceria com a direção da instituição. Este envolvimento surge com o propósito de orientar uma alteração do comportamento no que respeita à comunicação (Stanhope & Lancaster, 2011).

## 2.5. PROGRAMAS E PROJETO

Após a seleção das estratégias, segue-se a fase do planeamento operacional do projeto. Um projeto é entendido como “um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo.” (Tavares, 1990, p.165).

Nasce então o projeto intitulado de “Além da memória – projeto de intervenção comunitária de apoio aos familiares da pessoa institucionalizada com demência grave”. A construção

deste projeto vai ao encontro das estratégias emanadas pelo Plano Nacional de Saúde, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Plano Nacional de Saúde Mental.

De salientar que este projeto surge no âmbito da prevenção secundária na medida em que visa a prevenção e o alívio do sofrimento da família, envolvendo um diagnóstico precoce e intervenção imediata Thompson-Heisterman in Stanhope & Lancaster (2011).

## 2.6. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Nesta etapa deverá ficar especificado “quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e, ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.149).

O planeamento das intervenções é a etapa que antecede a sua concretização, sendo que deve existir um planeamento detalhado das atividades, resultados que se pretendem atingir, avaliação dos recursos necessários e o estabelecimento de um calendário detalhado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para cada atividade foi desenvolvido um plano de sessão, que se encontram no (apêndice X e XI). Estes planos de sessão surgem com o propósito de clarificar o mais possível cada uma das atividades.

As atividades procuraram dar resposta aos objetivos previamente delineados e assentes no diagnóstico de situação. Como linha orientadora, foi elaborado um Cronograma de GANTT de acordo com Imperatori e Giraldes (apêndice XII) (1993).

A intervenção teve como ponto de partida uma reunião com a Diretora Técnica da ERPI e a Enfermeira Coordenador da ERPI, via *webinar*, a 22 de novembro de 2024, com a mestrande e enfermeira orientadora e enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria. Esta reunião permitiu a apresentação dos resultados do *focus group*. Desta reunião, foi sugerida a realização de uma reunião exploratória com as auxiliares de ação direta, com o propósito de identificar as suas principais dificuldades na comunicação com os familiares (ata em consulta no apêndice IX).

Na reunião exploratória com as auxiliares de ação direta foram identificadas as principais dificuldades sentidas na comunicação com a família, tendo a mesma sido realizada em dois momentos, ambos a 27 de novembro de 2024, um pelas 11h30 e outro pelas 16h. No qual

estiveram presentes 10 dos 15 auxiliares de ação direta da ERPI. Estas reuniões aconteceram numa sala disponibilizada pela instituição e agendaram-se dois momentos para alcançar o maior número de participantes (ata em consulta no apêndice XIII). Nesta reunião foi utilizada a técnica do brainstorming para potenciar a partilha de informação.

Para esta atividade foi solicitada a colaboração da Enfermeira Coordenadora, que gentilmente, reencaminhou um email a convidar as auxiliares de ação direta para participarem nesta reunião.

Após análise desta atividade, foi realizada uma reunião com a Diretora Técnica e Enfermeira Coordenadora da ERPI com o propósito de dar feedback a respeito da mesma, esta decorreu a 28 de novembro de 2024 de forma presencial (ata em consulta no apêndice XIV).

No dia 17 de dezembro de 2024, pelas 14h, foi realizada uma sessão reflexiva com os familiares selecionados, sobre comunicação, na qual esteve presente Direta Técnica e Enfermeira Coordenadora da ERPI, mestranda e enfermeira orientadora. Esta sessão teve a duração de 45 minutos e teve como propósito ensinar a família sobre comunicação eficaz. Para esta sessão foi elaborado um plano de sessão (apêndice X) e um questionário de satisfação da sessão (apêndice VXI). Durante esta sessão recorreu-se ao método expositivo e interativo.

Para esta atividade foi solicitada novamente a colaboração da Enfermeira Coordenadora que reencaminhou um email a convidar os familiares para a sessão.

Por fim, foi realizada uma sessão informativa à equipa de profissionais de saúde da USP no dia 16/12/2024, nas instalações da USP, com o objetivo de divulgar o projeto à equipa da USP, para a sua continuidade. Foi elaborado um plano de sessão (apêndice XI), uma apresentação em PowerPoint.

Na figura 7 ficam resumidos os passos anteriormente descritos:

**Figura 7** Resumo da etapa “preparação e execução”

Reunião c/ a Diretora Técnica e Coordenadora de Enfermagem da ERPI + Enf <sup>a</sup> SMP + Enf <sup>a</sup> Orientadora
<ul style="list-style-type: none"><li>• 22 de Novembro de 2024</li><li>• Apresentar dos resultados do <u>focus group</u></li><li>• Discutir estratégia de intervenção</li></ul>
Reunião Exploratória com Auxiliares
<ul style="list-style-type: none"><li>• 27 de Novembro de 2024 (11h e 16h)</li><li>• Identificar as principais dificuldades na comunicação com a família</li><li>• Identificar sugestões de melhoria</li></ul>
Reunião de Feedback com Direção da ERPI
<ul style="list-style-type: none"><li>• 28 de Novembro de 2024</li><li>• Apresentar os resultados da Reunião Exploratória com os Auxiliares</li></ul>
Sessão Reflexiva com Familiares
<ul style="list-style-type: none"><li>• 17 de Dezembro de 2024</li><li>• Promover uma reflexão sobre comunicação eficaz com os familiares</li></ul>

### 2.6.1 Logótipo do projeto

De modo a identificar visualmente o projeto de intervenção foi concebido o logótipo identificativo. O logótipo concebido foi previamente validado por peritos que participaram e acompanharam todo processo operacional do presente projeto, nomeadamente Enfermeira Orientadora e Enfermeira em funções de chefia.

**Figura 8:** Logótipo do projeto



### 2.7. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação permite avaliar se o diagnóstico foi o correto, se as orientações foram congruentes e se deram resposta às necessidades identificadas. Além disto, permite avaliar os recursos utilizados, os objetivos estabelecidos e os resultados obtidos. A avaliação surge com o objetivo major de melhorar o planeamento e demonstrar os resultados alcançados.

De acordo com Imperatori e Giraldes a maioria dos elementos utilizados para avaliação, surge sob a forma de indicadores, que permitem medir os progressos alcançados (1993). Tavares, por outro prisma, refere que a avaliação da intervenção também deve ter em consideração o grau de satisfação e aceitabilidade dos participantes (1990).

Na tabela 5 estão explanados os resultados obtidos em relação aos indicadores de atividade.

**Tabela 5:** *Avaliação dos resultados*

<b>Indicadores de atividade</b>	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
$\frac{N^{\circ} \text{ de reuniões realizadas com a direção da ERPI}}{N^{\circ} \text{ de reuniões programadas}} \times 100$	100%	100%
$\frac{N^{\circ} \text{ de reuniões exploratórias com auxiliares realizadas}}{N^{\circ} \text{ de reuniões programadas}} \times 100$	100%	100%
$\frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões programadas}} \times 100$	100%	100%
$\frac{N^{\circ} \text{ de familiares presentes na sessão a}}{N^{\circ} \text{ total de familiares selecionados}} \times 100$	60%	40%
$\frac{N^{\circ} \text{ de familiares com nível satisfatório de sessão}}{N^{\circ} \text{ de familiares na sessão}} \times 100$	80%	100%
$\frac{N^{\circ} \text{ de profissionais da USP presentes na sessão}}{N^{\circ} \text{ total de profissionais da USP}} \times 100$	60%	70%

De acordo com os indicadores de atividade, é possível verificar que todas as atividades programadas foram realizadas, nomeadamente as reuniões com a direção e com auxiliares de ação direta. As sessões informativas tanto aos familiares como aos profissionais da USP também foram realizadas conforme previsto.

Não obstante, é notório que o número de familiares presentes na sessão informativa foi menor face ao previsto. Este facto foi associado à remarcação da sessão por questões inerentes à ERPI e a sua agenda ter sido num horário pouco favorável à população-alvo, no entanto, foi o horário possível face á agenda da direção da ERPI. Considera-se que à data da sessão, dois residentes da ERPI estavam internados, pelo que os familiares não estavam disponíveis para participar na sessão, outro familiar encontrava-se ausente dado tratar-se de uma época festiva.

Desta forma, apesar do número reduzido de participantes, estes tiveram uma participação ativa na sessão e contribuíram de forma positiva com estratégias de melhoria para a ERPI no que respeita a comunicação, nomeadamente a criação de uma via formal para a comunicação de intercorrências e a criação de um questionário de satisfação enviado por email trimestralmente.

Todas estas sugestões foram excecionalmente bem-recebidas pela diretora técnica da ERPI que prontamente referiu que iria desenhar esse questionário e levar estas sugestões à direção da ERPI.

No que respeita à satisfação da sessão, três participantes referiram sentir-se muito satisfeitos com a avaliação global e um deles referiu sentir-se satisfeito na mesma categoria.

A realização da sessão informativa na USP para divulgação do projeto decorreu conforme as expetativas, com uma taxa de participação de 70%. De forma geral, existiu por parte da equipa, uma boa receção ao projeto e disponibilidade para a sua replicação no futuro.

Além do supramencionado, o projeto irá integrar o Plano Local de Saúde 2024-2030 como projetos existentes na área das de demências no município em estudo.

Desta forma, considera-se que o projeto teve um impacto positivo na população em estudo e que contribuiu favoravelmente para o apoio à família da pessoa institucionalizada com demência.

## 2.8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A elaboração do presente projeto trouxe inúmeros desafios, primeiramente pelo limite temporal imposto pelo período de estágio e pela conjugação do tempo laboral e pessoal. No entanto, a disponibilidade e a flexibilidade da Enfermeira Orientadora para o acompanhamento deste percurso foram fundamentais para o seu sucesso.

Foi notória também a importância das parcerias, ainda que neste projeto não tenham sido efetivadas novas parcerias, tornou-se evidente que parcerias bem sustentadas são um dos princípios básicos para o sucesso das intervenções comunitárias, tendo ficado claro que o trabalho em equipa e a multisectorial é necessário no sentido de melhorar os cuidados na e à comunidade.

Como implicações para a prática, fica explanada neste documento a expressão das demências na ótica da saúde pública, sugerindo que no futuro sejam realizados estudos com enfoque na

vigilância epidemiológica das demências não só no município, como também a nível global, só assim podem ser alcançadas mudanças estruturais no cuidado à pessoa com demência e dos seus familiares.

Por sua vez, considera-se que o projeto desenvolvido, deixou uma orientação de trabalho para a sua reprodução noutras entidades parceiras, contribuindo assim para o apoio dos familiares das pessoas institucionalizadas com demência grave.

Além disto, o presente projeto também apresenta valor para a minha prática diária numa unidade de cuidados paliativos, onde o apoio à família é um dos quatro pilares estruturais desta prática de cuidados.

Com a conclusão deste projeto, considera-se que garantir o acompanhamento e apoio à família da pessoa institucionalizada com demência grave, nos diferentes eixos, é basilar para a promoção da saúde deste grupo e ainda a prevenção de complicações futuras, nomeadamente a sobrecarga física e emocional.

Desta forma, de acordo com o supracitado, o trabalho desenvolvido contribuiu não só para prestigiar os cuidados prestados a esta população, nomeadamente pelos auxiliares de ação de direta, como também para promover a melhoria continua dos cuidados prestados à comunidade, contribuindo assim para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica.

### **3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS COMO MESTRE, ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

Ao refletir sobre as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo deste processo formativo, é importante reconhecer que estas vão além da aprendizagem técnica e científica. A concretização desta especialidade permitiu desenvolver habilidades essenciais na gestão de situações complexas e desafios particulares da comunidade.

Enquanto candidata a especialista em saúde comunitária e saúde pública, este percurso permitiu uma visão mais ampla da saúde, deixando de focar a intervenção no indivíduo e passando a considerar o grupo de indivíduos, a comunidade, entendendo assim a saúde como um fenômeno social, cultural e político, onde os determinantes sociais são fundamentais para compreender o funcionamento de cada comunidade.

Desta forma, integrar uma USP foi uma tarefa árdua, no entanto, com a colaboração da Enfermeira Orientadora fui integrando ao longo do estágio os conhecimentos e competências previamente trabalhadas em contexto acadêmico, por forma a dar resposta às necessidades da população.

Com base nos domínios A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2, presentes no Regulamento Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, considero ter alcançado os seus pressupostos, tendo evidenciado uma conduta profissional baseada na responsabilidade profissional, ética e legal, sendo que ficou evidente esta prática na construção de um termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na recolha de dados. Por sua vez, desenvolver um projeto de intervenção comunitária contribui para a manutenção dos programas de melhoria da qualidade já previamente definidos pela USP.

Por sua vez, enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro define quatro competências: estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica. Assim, para a aquisição da competência “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, foi desenvolvida a metodologia do planeamento em saúde para a realização de um diagnóstico de situação e estabelecidas prioridades, com realização de um *focus group* à população alvo.

Para alcançar a competência “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” foi planeado um projeto de intervenção comunitária com base nas suas necessidades em saúde, tendo disponibilizado à comunidade informação em saúde relevante, com vista a promover a sua capacitação.

A terceira competência “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” considero ter sido alcançada, após a análise detalhada do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, Perfil Local de Saúde 2024-2030 e Plano Local de Saúde 2017, foi planeado um projeto de intervenção comunitária, na qual desempenhei um papel de liderança e gestão dos recursos existentes.

A última competência “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica” foi trabalhada aprofundadamente neste contexto de estágio, tendo acompanhado a Enfermeira Orientadora nas suas funções diárias e participado na realização de inquéritos epidemiológicos, vacinação sazonal e análise epidemiológicas de outras problemáticas do município, em concreto das demências.

No que concerne as competências de Mestre, considera-se que este deve possuir conhecimentos e capacidades de compressão sustentados no conhecimento obtido no 1º ciclo de estudos e que os aprofunde ao longo do 2º ciclo de estudos. Desta forma, ao longo do estágio foram demonstradas aptidões neste âmbito, integrando a gestão de um projeto de intervenção comunitária a uma população de elevada complexidade e foram comunicadas conclusões e principais raciocínios.

Foi ainda possível transmitir conhecimento científico, com base numa linguagem clara e sem ambiguidades, através da elaboração de um poster decorrente da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária II e tendo este sido apresentado no Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem (anexo II).

### 3.1. ATIVIDADE COMPLEMENTAR

No decorrer do Estágio Final, além da elaboração do projeto “Além da Memória”, foram realizadas atividades fundamentais para o desenvolvimento das competências anteriormente referidas.

O acompanhamento da Enfermeira Orientadora permitiu assistir e colaborar em diversas atividades da USP, de diferentes domínios.

Na fase inicial do estágio, coincidindo com a elaboração do Plano Local de Saúde 2024-2030 pela equipa da USP, foi possível contribuir para a realização de uma ficha técnica sobre as demências, refletindo a sua epidemiologia no município. Foi também possível comparecer à apresentação pública do Perfil Local de Saúde 2024-2030.

A par desta atividade, foi possível constituir o grupo de formação da Prescrição Social, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública, tendo assistido a duas sessões formativas sobre a temática e estratégia de implementação do projeto no município, tendo interagido de forma positiva com diversos *stakeholders* da área social.

Sendo o período de estágio no período associado à campanha de vacinação sazonal da Gripe e Covid-19, foi possível acompanhar a equipa de enfermagem na operacionalização da campanha e privar com a enfermeira em funções de chefia sobre a gestão da mesma, tendo colaborado na realização do plano de contingência sazonal do município, fazendo uma reflexão sobre a cobertura vacinal.

Ao longo de todo o estágio, foram surgindo várias oportunidades para realizar vigilância epidemiológica, nomeadamente na concretização de inquéritos epidemiológicos por doenças de notificação obrigatórias. Além disto, a participação nas reuniões de equipa multidisciplinar também promoveu conhecimento sobre diversas patologias na ótica da saúde pública.

Relacionado com a vigilância sanitária, foi possível integrar a equipa, numa perspetiva de carácter observacional, nas vistorias a ERPI's, permitindo uma visão mais ampla e aprofundada desta realidade. Além disto, foi possível observar auditorias a unidades funcionais da ULS no âmbito da esterilização.

Por fim, integrou também este percurso uma formação sobre as demências em Portugal, intitulada de “Intervenção na Demência em Portugal: A caminho da integração” promovida pela Alzheimer Portugal que contribui para consolidar conceitos e atualizar o conhecimento sobre as boas práticas no cuidado à pessoa com demência e a sua família.

Desta forma, considero que estas atividades foram fundamentais para a compreensão da comunidade e elaboração fundamentada de um projeto de intervenção comunitário, desenvolvendo competências específicas dos três domínios referidos, mestre, enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face à presente situação demográfica emergem questões sobre cuidados e políticas de saúde às pessoas com demência e as suas famílias.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, tem um papel primordial pela sua proximidade com a comunidade e pelo conhecimento exímio das suas necessidades, permitindo assim a construção de projetos que respondam às necessidades reais das comunidades e a promoção de ganhos em saúde. Considera-se também que a enfermagem é crucial para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável número 3, emanado no Plano Nacional de Saúde, pelo qual o enfermeiro deve garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar de todos, em todas as faixas etárias, promovendo assim a oferta de um cuidado integral e humanizado.

Ainda nesta ótica, compreendendo o binómio pessoa-família, os enfermeiros assumem um papel diferenciado na compreensão das suas experiências e desafios, contribuindo para a melhoria dos cuidados e promovendo decisões partilhadas.

Enquadrando a experiência dos familiares das pessoas com demência como desafiadora e multifacetada, repleta de obstáculos inesperados, a atenção a este grupo é fundamental para reduzir a sua sobrecarga emocional, ansiedade e tristeza à medida que a doença progride. Esta carga pode ser minimizada com a construção de programas de apoio de várias naturezas (Lopes, 2024).

Em suma, o projeto demonstrou-se pertinente e foi ao encontro das necessidades identificadas no diagnóstico de situação, mostrando que, por meio da educação para a saúde e envolvimento da família no plano de cuidados, é possível contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos familiares que convivem diariamente com as demências, obtendo ganhos em saúde. Sugere-se que este projeto seja ampliado e/ou replicado, por forma a alcançar um maior número de famílias.

Como principais desafios à sua elaboração, considero que a seleção da população alvo e o contexto de intervenção (lar) foram inovadores, pelo que a informação científica disponível é escassa. Por outro lado, a própria epidemiologia das demências não se encontra mapeada de forma real e transparente.

Além disto, existiram constrangimentos no agendamento da sessão informativa na ERPI dado tratar-se de uma época festiva com várias dinâmicas a ocorrer.

Não obstante, considera-se que todos os objetivos definidos inicialmente foram alcançados, bem como adquiridas as competências específicas mencionadas no capítulo anterior.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2019). *Plano Regional de Saúde para as Demências*. Lisboa, Portugal. [arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/05/ARSLVT\\_Plano-Regional-para-as-Demências.pdf](https://arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/05/ARSLVT_Plano-Regional-para-as-Demências.pdf)
- Afonso, B., (2022). *A demência no idoso*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra: Faculdade de Medicina]. Estudo Geral: Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/102465>
- American Psychiatric Association (2023). What are dementia and Alzheimer's Disease?. [Psychiatry.org - What Are Dementia and Alzheimer's Disease?](https://www.psychiatry.org/what-are-dementia-and-alzheimers-disease)
- Bavelaar, L., Visser, M., Walshe, C., Preston, N., Kaasalainen, S., Sussman, T., Cornally, N., Hartigan, I., Loucka, M., Giulio, P., Brazil, K., Achterberg, W. & Steen, J. (2023). The impact of the mySupport advance care planning intervention on family caregivers' perception of decision-making and care for nursing home residents with dementia: pretest-posttest study in six countries. *Oxford Journals*. 52(3). 1-9. DOI: [10.1093/ageing/afad027](https://doi.org/10.1093/ageing/afad027)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Boer, B., Verbeek, H., Zwakhalen S. & Hamers J., (2019). Experiences of family caregivers in green care farms and other nursing home environments for people with dementia: a qualitative study *BMC Geriatrics* . 19(149). 2-10 . doi: 10.1186/s12877-019-1163-6
- Corven, C., Bielderman, A., Lucassen, P., Verbeek, H., Leegte, I., Depla, M., Stoop, A., Graff, M. & Gerritsen, D., (2022). Family caregivers' perspectives on their interaction and relationship with people living with dementia in a nursing home: a qualitative study. *BMC Geriatrics*. 22(212). 1-11. DOI: 10.1186/s12877-022-02922-x
- DGS. (2006). *Programa nacional para a saúde das Pessoas Idosas*. Direção-Geral da Saúde (dgs.pt)
- DGS. (2015). *Estratégia Nacional Para O Envelhecimento Ativo E Saudável 2017-2025*. ENEAS.pdf (sns.gov.pt)

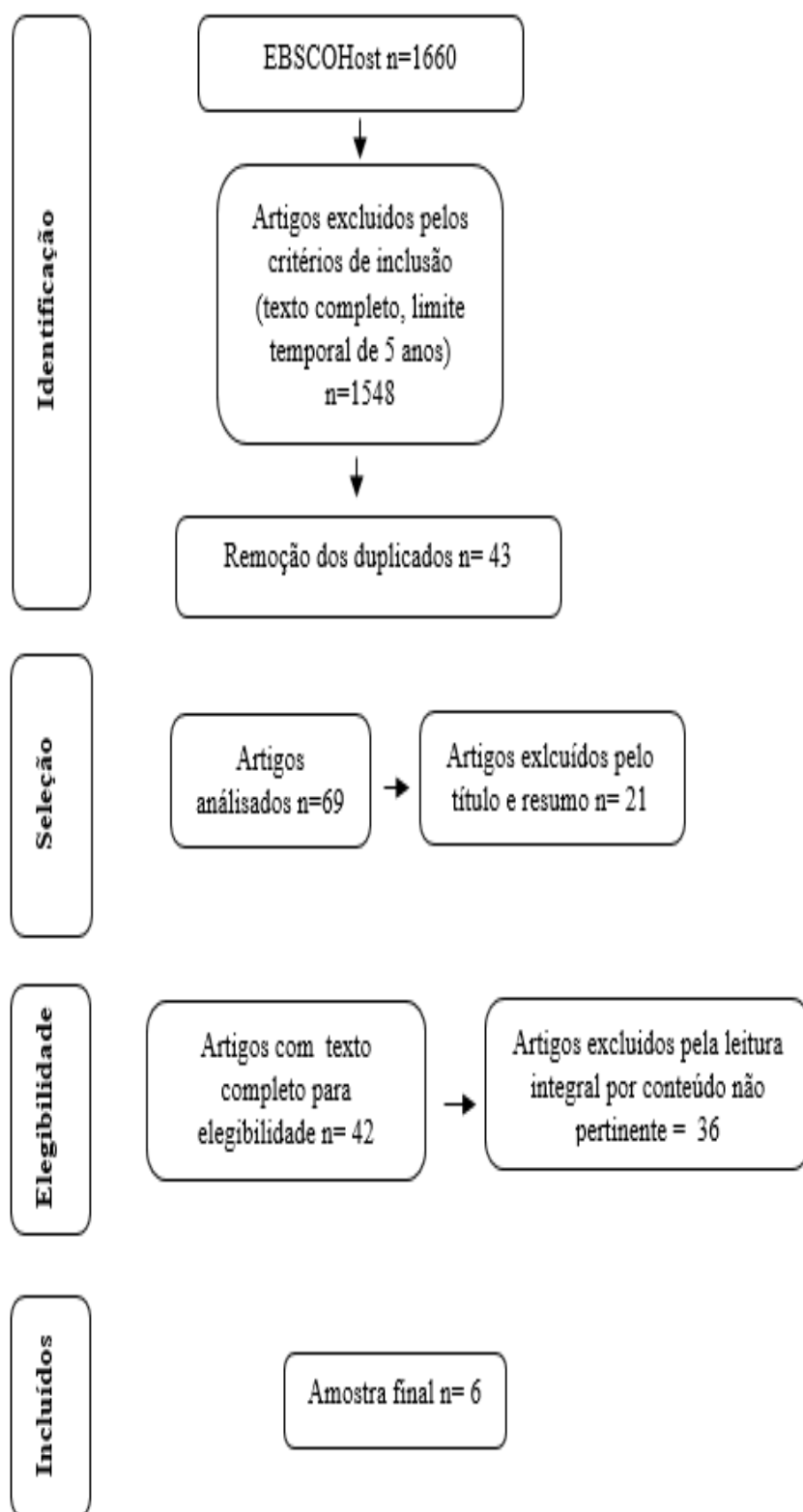
- DGS. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx
- Figueiredo, H., (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. 1ªed. Lusodidata: Lisboa
- Garre-Olmo J. Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias. *Rev Neurol*. 2018;66(11):377-86. Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias] - PubMed
- Harding. A., Doherty, J., Bavelaar, L., Walsh, C., Preston, N., Kaasalainen, S., Sussman, T., Steen, J., Cornally, N., Hartigan, I., Loucka, M., Vickova, K., Giulio, P., Gonella, S.& Brazil, K., (2022). A family carer decision support intervention for people with advanced dementia residing in a nursing home: a study protocol for an international advance care planning intervention (MySupport study). *BMC Geriatrics*. 22(822). 2-10. DOI: 10.1186/s12877-022-03533-2
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- INE. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos – Portugal*. ISBN: 0872-6493
- INE. (2022). *Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021*. [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)
- Lima, M., Tábua-Pereira, M., Durães, J., Faustino, P., Simões, M., Kukull, W., Knopman, D. & Santana, I., (2022). Portuguese version of the CDR plus NACC FTLD: Validation studies. *Diagnosis Assessmet & Disease Monitoring*. 14(1). Doi: 10.1002/dad2.12355
- Long, S., Benoist, C., Weidner, W. (2023). *World Alzheimer Report 2023: Reducing dementia risk: never too early, never too late*. London, England: Alzheimer's Disease International. [World-Alzheimer-Report-2023.pdf](#)
- Lopes, H. (2024). *Viver com demência: um olhar sobre a vida dos cuidadores informais de pessoas com demência em Portugal*. Universidade Nova de Lisboa. ISBN: 978-972-8093-24-2

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. London. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care - PubMed
- OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Doi: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *CIPE versão 2019 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Disponível em: ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses
- Ornelas, J. & Moniz, M. (2007). Parecerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica* 1(24). 153-158. AP251C.QXD
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Em Diário da República, n.º 26. Série II*. Lisboa
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Em Diário da República n.º 135, Série II*. Lisboa
- Sampaio, S. M. M., & Duque, E. J. G. D. C. (2024). *A importância da família na vida do idoso institucionalizado*. In S. G. Reginaldo, & L. R. D. Oliveira (Eds.), Reflexões jurídicas sobre os direitos da pessoa idosa (pp. 191-206). Instituto Persona de Educação. <https://doi.org/10.29327/5433315.1-9>
- Santa, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Ata Médica Portuguesa*. 28(2). 182-188
- Santos, A., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T. & Dias, C. (2022). Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal. *Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, IP*. ISBN: 978-989-8794-80-2 (online).

- Shabina, S., Amit, T., Eram, P., Pranav, K. & Deeksha. (2024). Focus Group Discussion: Na Exmerging Qualitative Tool for Educational Research. *Internation Journal of Research and Review* 11 (9). 302-309. Doi: <https://doi.org/10.52403/ijrr.20240932>
- Stanhope, M. & Lancaster, J., (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde centrados na população*. Lusodidacta: Lisboa. ISBN 978989075291
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Cadernos de Formação n.º2.
- USP. (2015). *Plano Local de Saúde de Cascais 2024-2030*. Unidade de Saúde Pública. Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental
- World Health Organization (2013). *Dementia: a public health priority*. Genebra: ISBN 978 92 4 156445 8
- World Health Organization (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. Geneva. 9789241513487-eng.pdf
- World Health Organization.(2021). *Global status report on the public health response to dementia*. Geneva. ISBN 978-92-4-003324-5 (electronic version)
- Worth Health Organization. (2023). *Dementia*. Dementia
- Xavier M, Barreto H, Cruz MC, Domingos P, Gago J, Maia Correia T, Marques C, Marques MJ, Matos Pires A, Morgado P, Narigão M, Pereira S, Redondo J, Santos T, Vieira F, Sena e Silva F (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação*. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/1n9a-yb44

## APÊNDICES

## Apêndice I – Prisma *Scoping Review*



**Apêndice II – Ata Reunião Exploratória com Enfermeira Orientadora e Enfermeira em Funções de Chefia**

**ATA nº 1**

**Data:** 30 de setembro de 2024

**Local:** Gabinete USP

**Ordem de trabalhos:**

- Apresentação das principais prioridades da USP
- Colaboração na execução do Plano Local de Saúde
- Seleção da temática de intervenção

<b>Assunto</b>	<b>Discussão/Decisão</b>
Apresentação das principais prioridades da USP	Foi abordada a metodologia de construção do Plano Local de Saúde 2024-2030 e identificados como problemas prioritários do município, após auscultação dos resultados dos Perfil Local de Saúde 2024-2030, sendo estes: demências, depressão, excesso de peso e obesidade, doenças cardiovasculares e tumor maligno das vias respiratórias.
Colaboração na execução do Plano Local de Saúde	Foi solicitado à mestrandia, face aos problemas apresentados, a seleção de um dos temas para desenvolver ao longo do estágio bem como a sua colaboração na realização de uma ficha técnica sobre o tema selecionado. Além desta tarefa, foi proposto a colaboração noutras fases da execução do Plano Local de Saúde em parceria com a equipa técnica do mesmo.
Seleção da temática de intervenção	A seleção da temática prendeu-se com a análise dos problemas existentes e a preferência pessoal da mestrandia face às várias opções. Desta forma, no final desta reunião, ficou definido que a intervenção seria dedicada ao problema prioritário demências.

## Apêndice III– Ficha Técnica Plano Local de Saúde 2024-2030



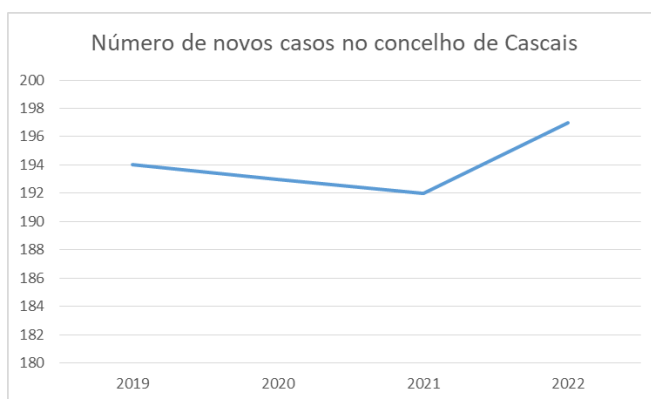
### PROBLEMA DE SAÚDE IDENTIFICADO: Demências

Face ao envelhecimento populacional, as demências têm vindo a ganhar um lugar de destaque a nível nacional e internacional, dado que esta patologia se encontra frequentemente na população com mais de 65 anos e o envelhecimento é o principal fator de risco. Não obstante, é importante deixar claro que a demência não faz parte do envelhecimento normal e existem estratégias preventivas para a sua manifestação e/ou para retardar a sua evolução, nomeadamente o estímulo cognitivo e adoção de estilos saudáveis<sup>1</sup>.

### Fundamentação e Epidemiologia

Portugal apresenta-se como o quarto país da OCDE com mais casos por cada mil habitantes, de acordo com o relatório “*Health at a Glance 2023*”, estima-se que Portugal apresente 19,9 casos por cada mil habitantes, distanciando-se da média da OCDE de 14,8 casos por cada mil habitantes (dados referentes a 2021). Estima-se que, em 2040, existam em Portugal 25,7 casos por cada mil habitantes, dessa forma, urge delinear políticas de saúde adequadas a esta problemática<sup>2</sup>

Considera-se que existe uma subnotificação do número de novos casos nos registos informáticos, sendo que no concelho de Cascais, entre 2019 e 2022 foram registando 776 novos casos de demência.



Entre 2018 e 2022 as demências, inseridas no grupo “transtornos mentais e comportamentais”, foram a causa de morte de 756 pessoas no Concelho de Cascais, tendo maior expressão na faixa etária dos 65 ou mais anos (751 óbitos). Importante enunciar, que população feminina tende a ser mais afetada por esta patologia. Do total de óbitos verificados nos anos de 2018 a 2022, a população feminina na faixa etária dos 65 ou mais anos, teve como principal causa de morte os transtornos mentais e comportamentais, representando 5,5% dos óbitos.

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Nº óbitos do Sexo Feminino</b>	<b>74</b>	<b>105</b>	<b>102</b>	<b>106</b>	<b>123</b>
<b>Nº óbitos do Sexo Masculino</b>	<b>53</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>52</b>	<b>36</b>
<b>Total de óbitos</b>	<b>127</b>	<b>155</b>	<b>152</b>	<b>158</b>	<b>159</b>

*Taxa de mortalidade padronizada (/100 000 habitantes) de outros transtornos mentais e comportamentais, para a faixa etária dos 65 ou mais anos, de 2018 a 2022, no concelho Cascais*

O World Alzheimer Report 2023, denota que 40% dos casos de demência podiam ser evitados ou diminuída a carga de doença se fossem abordados os fatores de risco supramencionados<sup>1</sup>.

Alguns tipos de demência, como por exemplo a demência Vascular, relacionam-se intimamente com determinantes sociais que podem ser evitados e/ou minimizados, nomeadamente a alimentação inadequada, o consumo de álcool/drogas, o excesso de peso e a inatividade. Por sua vez, os profissionais de saúde destacam-se na prevenção e gestão de fatores de risco maleáveis, como por exemplo a dislipidémia, a hipertensão arterial, a apneia do sono, a depressão e sedentarismo<sup>3</sup>.

Considerando as demências como uma doença crónica, o impacto do seu diagnóstico afeta não só nas pessoas com demência, mas, também, as suas famílias e a comunidade onde se encontram inseridos, seja pela carga socioeconómica associada como pela sobrecarga emocional. É então fulcral criar linhas orientadoras de cuidados que tenham em conta as necessidades deste binómio nas diferentes fases da doença, desde a identificação precoce até às situações que tenham já um percurso evolutivo que carece de planos de cuidados específicos<sup>3</sup>.

---

## **Outros comentários**

O percurso de cuidados para a pessoa com demência, deve assentar nos princípios da ética, proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade, só este enquadramento permitirá promover cuidados de saúde de boa qualidade que vão ao encontro das necessidades e expectativas das pessoas cuidadas, reforçando a necessidade de desenhar estratégias que promovam uma maior colaboração e coordenação intersectorial entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, com diagnóstico precoce e acesso a tratamento adequado. É imperativo promover a consciencialização pública a respeito da temática, diminuir o estigma associado e promover não só a literacia em saúde da comunidade, em geral, como também, capacitar os cuidadores formais e informais para o cuidado à pessoa com demência<sup>4</sup>.

Com base na análise global, devem ser colocadas em foco 4 áreas primordiais, sendo elas: impacto económico, promoção do diagnóstico e intervenção precoce, necessidades dos cuidadores informais e cuidados a longo prazo, com especial foco à referenciação para as equipas de cuidados continuados e cuidados paliativos<sup>4</sup>.

## **Referências Bibliográficas**

<sup>1</sup> Long, S., Benoist, C., Weidner, W. 2023. World Alzheimer Report 2023: Reducing dementia risk: never too early, never too late. London, England: Alzheimer's Disease International.

<sup>2</sup>OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

<sup>3</sup> Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2019). Plano Regional de Saúde para as Demências. Lisboa, Portugal

<sup>4</sup> Xavier M, Barreto H, Cruz MC, Domingos P, Gago J, Maia Correia T, Marques C, Marques MJ, Matos Pires A, Morgado P, Narigão M, Pereira S, Redondo J, Santos T, Vieira F, Sena e Silva F (2024). A

Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/1n9a-yb44

**Apêndice IV** –Ata 1ª reunião com Enfermeira Coordenadora e Diretora Técnica da ERPI

**ATA nº 2**

**Data:** 16 de outubro de 2024

**Local:** Sala da direção da ERPI

**Ordem de trabalhos:**

- Apresentação dos objetivos do estágio
- Apresentação da demência como um problema de saúde pública
- Seleção da ERPI
- Seleção da população alvo do projeto

<b>Assunto</b>	<b>Discussão/Decisão</b>
Apresentação dos objetivos do estágio	Na primeira parte da reunião, a mestranda realizou uma breve introdução com os objetivos do estágio e propósito da criação de um projeto de intervenção comunitária sob o prisma das demências.
Apresentação da demência como um problema de saúde pública	Posteriormente, a mestranda realizou uma breve caracterização das demências como problema de saúde pública, que foi amplamente validado tanto pela Diretora Técnica, como pela Enfermeira Coordenadora da ERPI.
Seleção da ERPI	Foi realizado, pela mestranda, uma contextualização sobre a seleção da ERPI dado tratar-se de uma instituição cujo a sua população alvo são, exclusivamente, pessoas com demência. Pelo que o pedido de colaboração para implementação de um projeto de intervenção comunitária foi concedido pela direção da ERPI.
Seleção da população alvo do projeto	Inicialmente foi proposto pela mestranda e Enfermeira Orientadora a elaboração de um projeto cuja população alvo fossem as auxiliares de ação direta, pois, de acordo com a literatura esta é a classe profissional cujo percurso formativo apresenta lacunas várias. Por sua vez, após esta exposição, a

	<p>direção da instituição referiu que existe um plano de formação inicial para novos colaboradores e de formação contínua para os restantes.</p> <p>Na ótica da direção, a população alvo deviam ser os familiares da pessoa com demência institucionalizada, em valência lar, pelas suas peculiaridades e porque atualmente não existem projetos direcionados para esta população.</p> <p>Assim, com base na avaliação dos informadores-chave e pela literatura existente, ficou decidido que a população alvo seriam os familiares da pessoa com demência institucionalizada.</p>
--	---

## **Apêndice V - Consentimento informado livre e esclarecido**

### **Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Estudo**

**Nome do estudo:** Além da Memória – Intervenção de Enfermagem Comunitária no Apoio à Família da Pessoa com Demência Institucionalizada

**Nome do entrevistador:** Mariana Martinho Machado

#### **Informação aos familiares da pessoa com demência institucionalizada**

Está a ser convidado(a) a participar num estudo que está a decorrer no âmbito do Estágio Final para obtenção de grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Universidade Católica de Lisboa – Escola de Enfermagem de Lisboa, a decorrer na Unidade de Saúde Pública de Cascais Amélia Leitão, sob a orientação pedagógica da Exm<sup>a</sup>. Sr<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup> Ana Resende e orientação clínica da Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Enfermeira Especialista Teresa Leite.

Antes de decidir se quer participar, é importante que compreenda o motivo da realização deste estudo, o modo como a sua informação será utilizada, o que é que o estudo envolve e os possíveis benefícios e desconfortos. Por favor, **leia atentamente** esta informação e coloque **todas a questões** que entender.

#### **Qual o objetivo do estudo?**

O objetivo geral deste estudo é contribuir para a capacitação dos familiares da pessoa com demência institucionalizada.

#### **Tenho de participar neste estudo?**

Terá toda a liberdade para recusar-se a participar no estudo ou retirar o seu consentimento suspendendo a participação em qualquer momento. A participação é voluntária e a sua recusa em participar não envolverá nenhuma penalização ou perda de benefícios.

#### **O que envolve a minha participação neste estudo?**

A sua participação neste estudo, envolve a participação num *focus group* (semelhante a uma conversa em grupo) que poderá durar entre 30 a 45 minutos.

Caso autorize, a sua entrevista será gravada em formato áudio, com recurso a gravador áudio para ser possível transcrever e analisar a entrevista.

#### **Quais são os custos por participar neste estudo?**

Não terá custos acrescidos por participar neste estudo, no entanto também não haverá qualquer remuneração por participar neste estudo.

### **Como será mantida a minha confidencialidade neste estudo?**

Os dados recolhidos serão transcritos e, na transcrição serão removidos os dados que permitem identificar a identidade do participante.

Os dados recolhidos serão apenas utilizados pela equipa constituída pela mestranda e orientadores e de forma confidencial. Os dados poderão ser utilizados para divulgação científica dos resultados, garantindo sempre que a identidade dos participantes não é revelada.

### **A quem devo colocar questões?**

Pode colocar questões à mestranda Mariana Machado que se encontra disponível para esclarecer qualquer dúvida que tenha. Os contactos são:

Email: [mariana\\_machado13@hotmail.com](mailto:mariana_machado13@hotmail.com)

### **Ao assinar este consentimento informado, declaro que:**

- Li com atenção este modelo e compreendi toda a informação que me foi disponibilizada;
- Foi-me dado tempo para refletir e consentir a minha participação neste estudo;
- Foi-me dada oportunidade para esclarecer dúvidas/ colocar questões quanto ao estudo, tendo as mesmas esclarecidas;
- Estou ciente de que a minha participação no estudo é voluntária, gratuita e revogável a qualquer momento;
- Foi-me dada uma cópia deste modelo de consentimento informado.

Só assine o presente documento se tudo estiver **totalmente esclarecido** e se concordar com o seu conteúdo integral. Por favor, conserve um exemplar na sua posse até ao final do estudo.

Nome do participante:

Data:

Assinatura do(a) participante:

Nome da mestranda: Mariana Martinho Machado

Data:

Assinatura da mestranda:

Apêndice VI – Guião de Entrevista *focus group*

**Guião de Entrevista aos familiares da pessoa com demência institucionalizada**

<b>Entrevistador</b>	Enfermeira Mariana Machado, Mestranda de Enfermagem, área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem de Lisboa.		
<b>População alvo</b>	Familiares de pessoa com demência avançada institucionalizada		
<b>Objetivos Geral</b>	Identificar principais dificuldades do grupo com o propósito da elaboração do diagnóstico de situação		
<b>Estrutura da Entrevista</b>			
<b>Fase</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Questões</b>	<b>Linhas Orientadoras</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar a finalidade do estudo e objetivos;</li> <li>• Esclarecer termos de confidencialidade do projeto;</li> <li>• Solicitar o preenchimento de questões fechadas de caracterização sociodemográfica *</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compreendem a razão para integrar este estudo?</li> <li>2. Consideram-se esclarecidos sobre o propósito/objetivo deste estudo?</li> <li>3. Têm alguma questão sobre o estudo que queira colocar?</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da entrevistadora;</li> <li>• Contextualizar o projeto e objetivos do mesmo;</li> <li>• Informar o participante sobre o que se pretende com a sua participação;</li> <li>• Solicitar a participação voluntária e a obtenção do consentimento livre e esclarecido (reforçar a confidencialidade)</li> </ul>
<b>Corpo da Entrevista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a dimensão funcional: papel de prestador de cuidados</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Há quanto tempo foi realizado o diagnóstico de demência?</li> <li>2. Como tem sido o processo de aceitação desde que soube do diagnóstico do seu familiar e quais as expetativas futuras?</li> <li>3. Qual a razão pelo qual decidiram</li> </ol>	

		<p>institucionalizar o seu familiar?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Na altura como se sentiu quando tomou essa decisão?</li> <li>5. Quais os aspetos positivos de ser cuidador do vosso familiar?</li> <li>6. A que nível sente maior falta de informação?</li> <li>7. Sente que tem conhecimento suficiente sobre a demência e as suas implicações?</li> </ol>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a dimensão funcional: processo familiar</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sente-se confortável em falar sobre a demência com outras pessoas?</li> <li>2. Que estratégias/recursos é que tem vindo a utilizar para lidar com a situação?</li> <li>3. Sente-se apoiado pelos profissionais de saúde?</li> <li>4. Tem sugestões de melhoria para os profissionais de saúde que cuidam do seu familiar?</li> </ol>	
<b>Finalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer dúvidas existentes;</li> <li>• Agradecer a colaboração no projeto.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Há alguma experiência que considera pertinente partilhar?</li> <li>6. Existe alguma questão que queira colocar ?</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir as ideias essenciais</li> <li>• Agradecer a participação no estudo</li> </ul>

## Apêndice VII – Questionário Sociodemográfico

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFIA DA POPULAÇÃO ALVO

Nº Entrevistado: \_\_\_\_\_

1. Idade \_\_\_\_\_
2. Sexo: Feminino  Masculino
3. Estado Civil: Casado  Solteiro  Divorciado
4. Nível de escolaridade: Analfabeto  4ª Classe  9º ano  12º ano  Licenciatura
5. Qual a sua situação profissional: Desempregado  Trabalho por conta de outrem  Trabalho por conta própria  Reformado
6. Qual o grau de parentesco com a pessoa cuidada: Cônjuge  Irmão(a)  Filho  Outro: \_\_\_\_\_
7. Com que periodicidade visita o seu familiar: Todos os dias  2/2 dias  1x/semana  Outra: \_\_\_\_\_

## Apêndice VIII - Categorização dos resultados do focus group segundo Bardin

### MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DO *FOCUS GROUP* SEGUNDO BARDIN

**População alvo:** Familiares de referência E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10;

**Corpus da análise:** Registo escrito pelo entrevistador, em formato Word, das respostas às questões colocadas no focus group aos familiares supramencionados;

#### Objetivos da análise:

- Recolher dados essenciais, através da interação e discussão grupal, para a caracterização do problema e das necessidades em saúde relacionadas com o tema, com vista à elaboração do diagnóstico de situação;
- Identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa institucinalizada com demência grave;
- Avaliar a pertinência de implementação do projeto comunitário no âmbito do apoio à família da pessoa institucinalizada com demência grave

Categories	Subcategorias	Unidade de Registo	Frequência
<b>Motivos da institucionalização</b>	Dependência física	“não era possível, já nem no carro o conseguia meter” (E3) “era cada vez mais difícil, já não o conseguia levantar sozinha” (E6)	6
	Sobrecarga emocional	“cheguei ao limite, o meu marido tentou atirar-se da janela e não me reconhecia” (E8) “o meu marido ligava o fogão, tinha de o trancar no quarto para poder estar descansada” (E9)	2
	Aconselhamento profissional	“foi o neurologista que me aconselhou” (E10) “o médico de família disse-me que para segurança dos dois, o melhor era trazê-la para um lar” (E1)	2
<b>Impacto emocional e psicológico</b>	Tristeza/Magoa	“a maior frustração é saber que não há melhoras, tudo que podemos fazer é manter” (E3) “perdi 90% da minha identidade” (E2) “faço isto a pensar que estou a dar o meu melhor, se fosse ao contrário não tenho dúvidas que seria igual (...) quando subi ao altar jurei que era para sempre, para o bem e para o mal” (E6)	5
	Angustia	“é uma angustia muito grande, nunca sei como vai ser o dia a seguir” (E5)	2

		“para mim o mais difícil é este nó na garganta” (E6)	
<b>Compreensão da demência</b>	Conhecimento efetivo	<p>“agora que estou aqui, a enfermeira vai-me explicando à medida que as coisas vão acontecendo, um degrau de cada vez” (E5)</p> <p>“só quando estamos na situação é que realmente percebemos, por exemplo, a enfermeira já me tinha dito que o meu marido se engasgava e que precisava de por a bebida com espessante, mas só quando ele se engasgou comigo é que percebi que era grave (...) a enfermeira tem mesmo muita paciência” (E8)</p> <p>“nesta fase as informações vão surgindo conforme as alterações” (E1)</p>	7
<b>Recursos Internos</b>	Esperança	<p>“a minha única forma de lidar com isto, é ter esperança ... não é esperança que melhora, é uma esperança de que o dia de amanhã seja pelo menos igual ao de hoje” (E10)</p> <p>“nos dias maus, chego a casa e choro e só me resta ter esperança de voltar no dia a seguir e que a situação seja reversível” (E2)</p>	3
	Atividades em grupo	“desde que o meu marido está aqui, falei com as minhas filhas, e agora vou à hidroginástica, faz-me bem” (E9)	1
	Trabalho	<p>“nos momentos em que trabalho consigo estar distraída” (E8)</p> <p>“eu trabalho por duas razões, para ter dinheiro para garantir tudo ao meu marido e para me distrair das desgraças do dia a dia” (E1)</p>	2
<b>Prática de cuidados profissionais</b>	Comunicação verbal e não verbal com as AAD	<p>“as Auxiliares passam por mim e tratam-me como se eu fosse uma cadeira” (E10)</p> <p>“estão sempre de cara cerrada e não são disponíveis” (E3)</p> <p>“quando faço uma pergunta, a resposta é sempre que não há tempo ou que já vão” (E1)</p>	7

**Apêndice IX – Ata da Reunião com Informadores-Chave para definição de prioridades  
ATA nº 3**

**Data:** 22 de novembro de 2024

**Local:** Webinar

**Ordem de trabalhos:**

- Apresentação dos resultados do *focus group*
- Discussão dos resultados do *focus group*
- Apresentação de proposta de intervenção
- Agendamento de reunião de feedback

<b>Assunto</b>	<b>Discussão/Decisão</b>
Apresentação dos resultados do <i>focus group</i>	<p>No <i>focus group</i> participaram 10 dos 12 familiares selecionados para a intervenção, sendo que 2 foram excluídos pela indisponibilidade temporal para comparecer na sessão.</p> <p>Ao longo de toda a sessão, os participantes foram ativos e demonstraram interesse nas questões que foram colocadas, expondo diversos pontos de vista.</p> <p>Foram apresentados dados sociodemográficos, seguidos da análise das categorias e subcategorias que emergiram do <i>focus group</i>.</p> <p>Tornou-se evidente que a maioria destes familiares sentem que o seu propósito de vida é, atualmente, o cuidar exclusivamente do seu familiar. Por outro lado, quando questionados sobre necessidades formativas referem que estão esclarecidos e que na EPRI existe uma boa comunicação entre a equipa clínica, nomeadamente a Enfermeira Coordenadora, e os familiares.</p> <p>Ainda assim, reportam que em termos de relação e comunicação existem falhas diversas com a equipa de auxiliares.</p> <p>Reportam que esta classe profissional é muitas vezes rude ou desinteressada pelo cuidado e não se sentem ouvidos e/ou respeitados.</p>

<p>Discussão dos resultados do <i>focus group</i></p>	<p>Foi aberto um espaço de discussão de resultados, onde a Diretora Técnica da ERPI validou as informações, reconhecendo-a como um problema.</p> <p>A Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria deu a sua perspectiva no que respeita a avaliação psicológica dos participantes e contribui com base na sua experiência profissional com esta população, com estratégias de abordagem da problemática.</p> <p>Com base nos problemas identificados, definiu-se que a intervenção teria por base a problemática da comunicação.</p>
<p>Apresentação de proposta de intervenção</p>	<p>Com base nas informações anteriores, foi sugerido pela mestrande e enfermeira orientadora realizar uma reunião exploratória com as auxiliares de ação direta, por forma a auscultar as suas principais dificuldades na comunicação com a família. Seguindo-se de uma intervenção junto dos familiares selecionado, a qual se designa de sessão informativa, para instruir estratégias de comunicação e reportar as dificuldades das auxiliares, com o propósito de alcançar um consenso entre todos os intervenientes.</p> <p>Foi solicitada a participam da Direto Técnica nesta reunião para que, de uma forma representativa da instituição, possa escutar a família e ajustar práticas da instituição afim de melhorar a comunicação.</p> <p>Ficou agendado a realização da reunião exploratória com auxiliares de ação direta para o dia 27 de novembro de 2024, sendo esta realizada em dois momentos para alcançar o maior número de participantes. Tendo ficado agendada para as 11h30 e 16h, com duração de 30 a 45 minutos.</p>
<p>Agendamento de reunião de feedback</p>	<p>No final, ficou definida para dia 28 de novembro de 2024 uma reunião de feedback dos resultados desta reunião exploratória e agendamento da sessão informativa com os familiares.</p>

## Apêndice X – Plano de sessão para sessão reflexiva com familiares

<b>Ação de Formação:</b> Comunicação Familiar							
<b>Local:</b> Sala da Biblioteca – Casa do Alecrim				<b>N.º de Sessões:</b> 1			
<b>Formador(a):</b> Mestranda Mariana Machado e Enfermeira Orientadora							
<b>Público-Alvo:</b> Familiares de pessoa com demência institucionalizada							
<b>Data:</b> 10/12/2024				<b>Duração da Sessão:</b> 45 min			
<b>Objetivos Gerais:</b> Contribuir para o conhecimento dos familiares sobre comunicação eficaz							
<b>Fases</b>	<b>Objetivos específicos da sessão</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Atividades formativas e avaliativas</b>	<b>Tempo</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	- Ensinar os familiares sobre comunicação  - Ensinar os familiares sobre comunicação assertiva	- Tipos de comunicação  - Implicação da comunicação na relação  - Estratégias para manter uma comunicação assertiva	- Método Expositivo (técnica dialogada)	- Exposição oral, sem recurso a dispositivos	- Saudações;  - Definição de objetivos;	<b>2 min</b>	-
<b>Desenvolvimento</b>		- Espaço aberto para exposição de dificuldades na gestão de recursos humanos (Direção Técnica da ERPI)	- Método Expositivo (técnica dialogada)  - Método Ativo (brainstorming);	- Exposição oral, sem recurso a dispositivos  - Caixa de sugestões	- Apresentação dos conteúdos programáticos	<b>30 min</b>	-
<b>Conclusão</b>			- Método Expositivo (técnica dialogada)	- Recurso Audiovisual - Questionário de avaliação da sessão - Vasos prenda	- Breve síntese - Avaliação da sessão - Encerramento	<b>15 min</b>	<b>Avaliação Final</b> (Questões)

**Apêndice XI – Plano de sessão para sessão de divulgação do projeto à equipa da USP**

<b>Ação de Formação:</b> Projeto de Intervenção Comunitária – Além da Memória							
<b>Local:</b> Sala de Reuniões – USP				<b>N.º de Sessões:</b> 1			
<b>Formador(a):</b> Mestranda Mariana Machado e Enfermeira Orientadora							
<b>Público-Alvo:</b> Equipa Multidisciplinar da USP							
<b>Data:</b> 16/12/2024				<b>Duração da Sessão:</b> 20 min			
<b>Objetivos Gerais:</b> Envolver a equipa da USP no projeto para a sua continuidade							
<b>Fases</b>	<b>Objetivos específicos da sessão</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Atividades formativas e avaliativas</b>	<b>Tempo</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	- Enquadrar as demências enquanto problema de saúde pública;	- Epidemiologia das demências - Intervenções de enfermagem de apoio à família	- Método Expositivo (técnica dialogada)	- Exposição oral, com recurso a PPT	- Saudações; - Definição de objetivos;	<b>2 min</b>	-
<b>Desenvolvimento</b>	- Informar sobre objetivos do projeto	- Projeto “Além da Memória”	- Método Expositivo (técnica dialogada)	- Exposição oral, com recurso a PPT	- Apresentação dos conteúdos programáticos	<b>15 min</b>	-
<b>Conclusão</b>	- Informar sobre os resultados obtidos		- Método Expositivo (técnica dialogada)	- Exposição oral, com recurso a PPT	- Breve síntese - Encerramento	<b>3 min</b>	-

**Apêndice XII – Cronograma de Gantt**

<b>Atividades</b>	<b>Setembro</b>	<b>Outubro</b>	<b>Novembro</b>	<b>Dezembro</b>
Pesquisa Bibliográfica				
Diagnóstico de Situação				
Definição de Prioridades				
Fixação de Objetivos				
Seleção de Estratégias				
Elaboração do projeto de intervenção				
Execução				
Avaliação				

## Apêndice XIII – Ata reunião com auxiliares de ação direta

### ATA nº 4

**Data:** 27 de novembro de 2024

**Local:** Sala da Biblioteca da ERPI

#### Ordem de trabalhos:

- Apresentação dos objetivos da reunião
- Discussão sobre principais dificuldades na comunicação com a família
- Sugestões de melhoria

Assunto	Discussão/Decisão
Apresentação dos objetivos da reunião	Na primeira parte da reunião, a mestranda realizou uma breve introdução sob o propósito da criação de um projeto de intervenção comunitária sob o prisma das demências e apresentados objetivos da reunião.
Discussão sobre principais dificuldades na comunicação com a família	<p>Os auxiliares de ação direta referem que uma das principais dificuldades na sua atividade laboral é interação com a família. Reconhecem a importância do seu envolvimento nos cuidados e na dinâmica da instituição, no entanto referem que muitas vezes estes não apresentam expectativas ajustadas face ao potencial do seu familiar, querendo por um lado substituí-lo nos autocuidados ou, por outro, exigir que o seu familiar desenvolva tarefas que já não estão ao seu alcance.</p> <p>Referem ainda que muitas vezes apresentam uma comunicação agressiva e não compreendem a tomada de decisão de determinados cuidados pelos auxiliares (ex. escolha da roupa).</p> <p>Fazem ainda enfoque que a falta de motivação laboral, elevados níveis de <i>stress</i> e dificuldades associadas à organização comprometem a sua disponibilidade para estabelecer relação com a família e manter uma comunicação assertiva.</p>
Sugestões de melhoria	Sugerem que sejam realizadas reuniões mensais com a direção, nas quais se abordem em detalhe cada um dos residentes a fim de expressar dificuldades sentidas no cuidado, seja no contacto

	com a família, seja na execução de cuidados e, por fim, ajuste de cuidados às necessidades atuais (ex. escolha da roupa).
--	---

## Apêndice XIV – Questionário de satisfação aplicado aos familiares

### Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares em relação à Sessão de Formação

**Formador:** Mestranda Mariana Machado

**Colaboração:** Enfermeira Teresa Leite, Direção da ERPI

Relativamente à sessão, assinale com um “x” consoante o seu grau de satisfação:

De uma forma geral, como avalia a sessão formativa:

Insatisfatória	Satisfatória	Boa	
----------------	--------------	-----	--

Temática abordada:

Insatisfatória	Satisfatória	Boa	
----------------	--------------	-----	--

Organização da sessão:

Insatisfatória	Satisfatória	Boa	
----------------	--------------	-----	--

Tempo disponibilizado para a sessão:

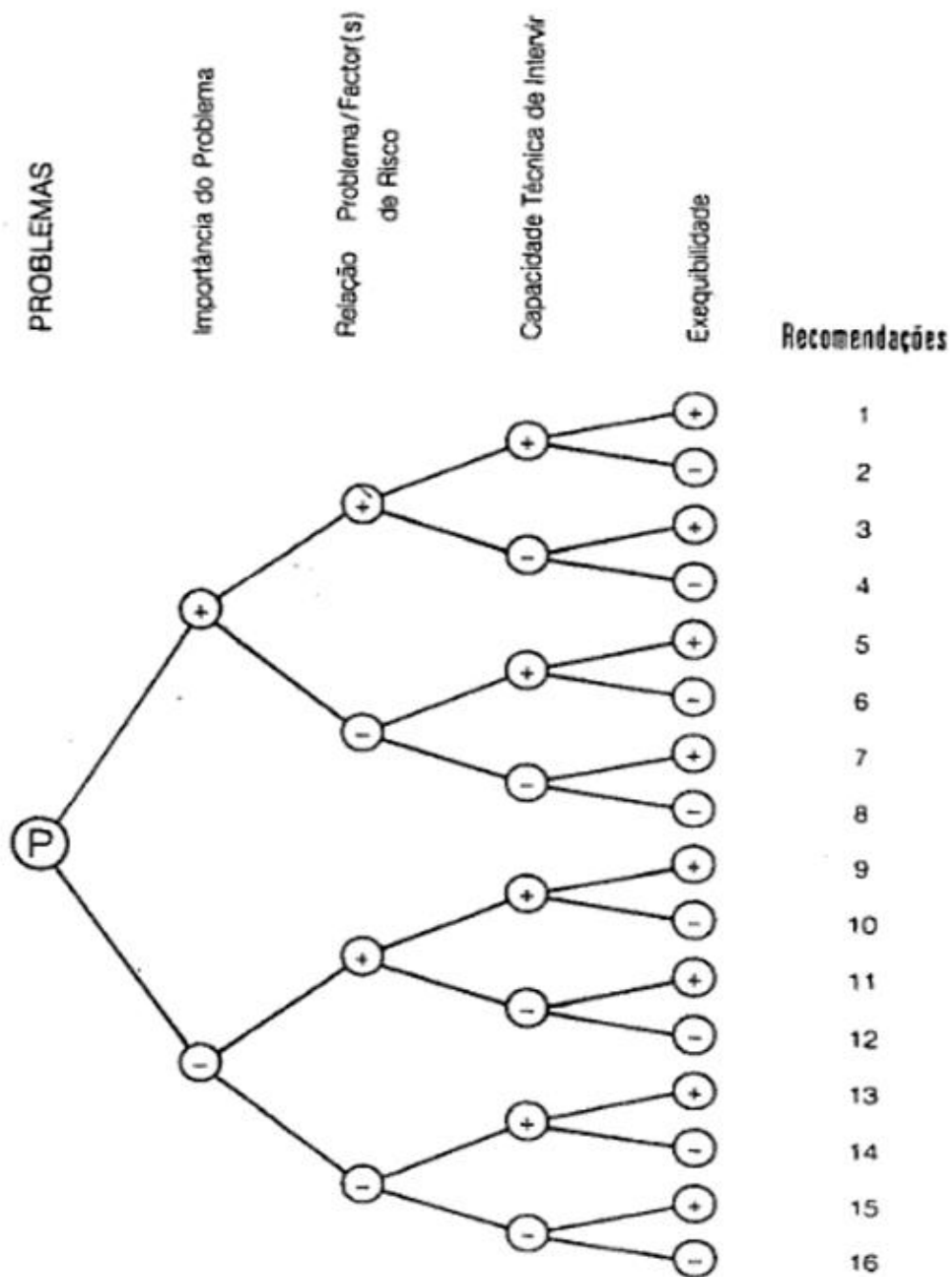
Insatisfatório	Satisfatória	Bom	
----------------	--------------	-----	--

Número de participantes na sessão:

Insatisfatório	Satisfatória	Bom	
----------------	--------------	-----	--

## **ANEXOS**

Anexo I - Grelha de Análise sugerida por Tavares



Fonte: Tavares (1990, p.89)

## Anexo II – Certificado de participação com Poster Científico no Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem

### Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem



#### CERTIFICADO

Certifica-se que, em coautoria, **Maria Leonor Mota Nunes, Catarina Campos Soares, Mariana Martinho Machado e Cândida Ferrito** apresentaram o poster ME n.º 3 com o tema "*Intervenções de Enfermagem Promotoras de Equidade em Saúde*" no Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem, nos dias 17 e 18 de outubro de 2024, que teve lugar no campus da Palma de Cima, organizado pelas Escolas de Enfermagem (Lisboa e Porto) e Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 18 de outubro de 2024.  
Pl' Os Diretores das Escolas de Enfermagem (Lisboa e Porto) UCP

CATÓLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada

#ENSIDE@Católica

2024