

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE
SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF: *Fatores relacionados com
a resiliência no cuidador familiar com Doença de Alzheimer***

Susana Maria de Almeida Cascão, nº 5210036

Leiria, março de 2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE
SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF: *Fatores relacionados com
a resiliência no cuidador familiar com Doença de Alzheimer***

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de saúde Familiar

Susana Maria de Almeida Cascão, nº 5210036

Dissertação orientada pela Professora Doutora Célia Jordão

Leiria, março de 2023

AGRADECIMENTOS

“Eu sou eu e minha circunstância, e se não a salvo a ela, não me salvo a mim.”

José Ortega y Gasset (1914)

Agradeço a todos que contribuíram para a concretização deste trabalho.

Destaco minha família pois foram a minha força e o meu suporte! Um especial louvor ao meu marido “que segurou o leme do Barco e fê-lo chegar a bom porto!”

Grata pela forma como a equipa da USF D. Sancho I me acolheu, mas destaco a Enfermeira Paula Santiago, que se revelou uma referência para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar.

Um enorme bem-haja à Professora Doutora Célia Jordão, que foi um exemplo de resiliência.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

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

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DA – doença de Alzheimer

DL – Decreto de Lei

ECSF - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ICN – *International Council of Nurses*

JBI – *Joanna Briggs Method*

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAE – Prática Avançada em Enfermagem

PBE – Prática Baseada na Evidência

PN – Programa Nacional

SBC – “Cuidar em Enfermagem baseado nas forças”

UCC - Unidade de Cuidados na comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado

USF - Unidade de saúde Familiar

RESUMO

Em Portugal, o envelhecimento demográfico associado ao aumento da esperança de vida, veio a aumentar as doenças, e consequente situação de dependência, relacionadas como o envelhecimento, no qual se destaca a demência de Alzheimer. Perante a situação de dependência dum familiar, as famílias são obrigadas a reestruturar o seu funcionamento para incluir um novo papel- o de cuidador. Esta situação é um forte teste a resiliência familiar, que consiste na habilidade desta para desenvolver funcionalidade nas relações entre os seus membros perante uma crise (Wash, 2005), e compete ao enfermeiro de saúde familiar a capacitação da família para melhor responder a crises, pelo que importa conhecer os fatores relacionados com a resiliência do cuidador familiar.

A resiliência, quer psicológica quer familiar, é um fator influente importante na adaptação de famílias de doentes com DA. Destaca-se o processo de comunicação dentro da família, que interage com o seu sistema de crença e padrão organizacional, funcionando como um fator benéfico ou crítico para a adaptação familiar. Neste contexto encerra o legado funcional do enfermeiro de saúde familiar, pois para além de ocupar posição privilegiada, que com a sua intervenção poderá capacitar o cuidador/família para a prestação de cuidados mais efetiva, alicerçando a nas forças da família e não nas vulnerabilidades da mesma. Sendo que, um forte sistema de crenças, a utilização dos recursos familiares e uma melhoria do padrão de organização podem traduzir uma maior estabilidade e coerência familiar, que leva a fortalecer a resiliência familiar. Isto pode, por sua vez, facilitar uma comunicação mais clara e mais aberta e melhorar a resolução de problemas, proporcionando às famílias a força para obterem uma adaptação positiva. Também o apoio social formal tem um impacto positivo na resiliência (onde os enfermeiros de família se destacam), pois os cuidadores que receberam forte apoio social tinham maior probabilidade de serem altamente resilientes. Pelo que, uma maior perceção sobre a resiliência do cuidador e seus fatores determinantes poderá facilitar a identificação precoce e precisa de cuidadores com níveis mais baixos de resiliência. Esta avaliação permitirá a implementação de intervenções numa abordagem sistémica e colaborativa, para ajudar os cuidadores/famílias a melhorar seu bem-estar e qualidade de vida.

Palavras chave: Enfermagem de Saúde Familiar, forças, resiliência, cuidador familiar, adaptação familiar

ABSTRACT

In Portugal, demographic aging associated with increased life expectancy has led to an increase in illnesses, and the consequent situation of dependency, related to aging, in which Alzheimer's dementia stands out. Faced with a situation of dependence on a family member, families are forced to restructure their functioning to include a new role – that of caregiver. This family crisis situation is a strong test of family resilience, which consists of the family's ability to develop functionality in the family relationships between its members in the face of a crisis (Wash, 2005), and it is up to the family health nurse to enable families to respond to crises, so it is important to know the factors related to the resilience of the family caregiver.

Resilience, whether psychological or familial, is an important influential factor in the adaptation of families of patients with AD. The communication process within the family stands out, which interacts with its belief system and organizational pattern, functioning as a beneficial or critical factor for family adaptation. In this context, the functional legacy of the family health nurse ends, because in addition to occupying a privileged position, which with their intervention can enable the caregiver/family to provide more effective care, basing it on the strengths of the family and not on the vulnerabilities of the family. same. Since a strong belief system, the use of family resources and an improvement in the standard of organization can translate into greater stability and family coherence, which leads to strengthening family resilience. This can, in turn, facilitate clearer and more open communication and improve problem solving, giving families the strength to achieve positive adjustment. Also formal social support has a positive impact on resilience (where family nurses stand out), as caregivers who received strong social support were more likely to be highly resilient. Therefore, a greater perception of caregiver resilience and its determinants may facilitate the early and accurate identification of caregivers with lower levels of resilience. This assessment will allow the implementation of interventions in a systemic and collaborative approach, to help caregivers/families to improve their well-being and quality of life

Keywords: Family Health Nursing, strengths, resilience, family caregiver, family adaptation

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUÇÃO.....	9
1- ENFERMAGEM AVANÇADA	13
1.1 - FAMÍLIA COMO UNIDADE	14
1.2-SAÚDE FAMILIAR E ENFERMAGEM.....	17
1.3 - TEORIAS RELEVANTES PARA A PRÁTICA DE ESF	19
1.3.1 - Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar	20
1.3.2 - Cuidar Baseado Nas Forças	21
1.3.3 - Resiliência Familiar.....	22
1.2 - ENVELHECIMENTO E A DEMÊNCIA	24
1.3. – CUIDAR DE QUEM CUIDA	28
2 - PRÁTICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM	
COMUNITÁRIA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR	36
2.1- CARACTERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DO CENTROS DE SAÚDE LEZÍRIA.....	37
2.1.1 - Caracterização Da USF D. Sancho I.....	39
2.2 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	50
2.2.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	50
2.2.2 - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.	51
2.2.3 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	53
2.2.4. - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	53
2.3.- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM	
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR	54
2.3.1 - Cuida da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus	

membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	55
2.3.2. - Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	58
3 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	60
3.1- RESUMO	60
3.2 - INTRODUÇÃO.....	62
3.3 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	65
3.3.1 – Questão de investigação	66
3.3.2 – Objetivos da RSL.....	66
3.3.3. – Critérios de inclusão e exclusão de artigos.....	66
3.3.4 - Estratégia de pesquisa.....	67
3.3.5 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos.....	71
3.4 - DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS	73
3.4.1 - Discussão	74
3.4.2 - Limitações e pontos fortes	81
3.5 - CONCLUSÕES	82
3.5.1 - Implicações para prática.....	83
CONCLUSÃO	84
BIBLIOGRAFIA	86
ANEXO I	
APENDICE I	
APENDICE II	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência em contexto domiciliário	33
Quadro 2- Distribuição dos utentes por Programa de Saúde.....	45
Quadro 3- Distribuição dos utentes por Área de intervenção	46
Quadro 4 – Critérios de inclusão dos estudos.....	67
Quadro 5 – Critérios de exclusão dos estudos	67
Quadro 6 – Operadores Booleanos.....	68
Quadro 7- Estudos selecionados.....	71
Quadro 8 – Avaliação crítica para estudos transversais do JBI.....	71
Quadro 9 – Síntese de dados.....	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Matriz operativa de MDAIF	21
Figura 2 – Mapa representativo do ACES Lezíria	38
Figura 3 - Organograma do Aces Lezíria	39
Figura 4 – Logotipo da USF D. Sancho I.....	40
Figura 5 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF em abril de 2022.....	43
Figura 6 – Pirâmide etária do ficheiro ao cuidado da Enfermeira Paula	44
Figura 7 – diagrama de PRISMA: processo de filtragem dos estudos.	70
Figura 8 – Mediadores da resiliência, quer psicológica quer familiar.	81

INTRODUÇÃO

Este relatório reflete o percurso da mestranda para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). Constituindo um relatório de natureza profissional em enfermagem de Cuidados à família em contexto da USF. Surge em consequência do estágio III do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECSF), do Instituto Politécnico de Leiria, que decorreu na USF D. Sancho I. Este estágio decorreu de 6 de setembro de 2022 a 31 de janeiro de 2023 e tinha como objetivos: desenvolver competências de enfermagem especializada, quer nos domínios de competências comuns, quer na área de saúde familiar em situação de vulnerabilidade (Planeamento do Estágio III, 2022). Ressalva-se que os todos os estágios realizados neste âmbito foram realizados nesta unidade, pelo que se pode desenvolver uma relação recursiva com a família alvo da intervenção.

O Programa do XVII Governo Constitucional dá particular enfoque à reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), centrando a sua importância numa prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, mais próxima, adequada, efetiva e eficiente. Neste sentido são criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF), que são “a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde”. (DL nº34/2006, pag.1257). A reorganização dos CSP, conduziu a criação do enfermeiro de família. Pois, os enfermeiros são os profissionais que ocupam uma posição privilegiada na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e desempenham um papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar (DL nº149/2014).

Após nove anos da experiência adquirida sob a vigência do Decreto de Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, considerou-se necessário proceder a alterações ao regime das USF, onde se pode ler no artigo 7º do DL 73/2017, de 21 junho (pág. 3129) que “Os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.” Assim a família deve deixar de ser assumida como contexto do indivíduo, mas sim uma unidade de cuidados. Compete então ao enfermeiro especialista, cuidar a família, “enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (DL 135/2018, pág. 4070).

A família assume-se como sistema com desígnios sociais, sendo um espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros, formando uma unidade dinâmica com

organização própria e exclusiva (Figueiredo, 2012). O sistema familiar opera através de padrões transacionais e esses padrões regulam o comportamento dos membros da família. Assim, a família consiste no modelo universal para o viver. Ela é a unidade de crescimento onde ocorrem a experiência; o sucesso e fracasso; é também a unidade de saúde e da doença (Carneiro, 2009 citando Minuchin, 1990 e Cerveny, 2001).

A Saúde familiar resulta dum processo dinâmico de adaptação dos padrões transacionais, transições essas que poderão ser normativas ou acidentais. Isto é, traduz a capacidade do sistema familiar em responder estrategicamente a crises que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e realizando as mudanças estruturais que são necessárias para promover a coesão e coerência da família (Figueiredo, 2012). Pode-se afirmar que famílias funcionais são famílias saudáveis. A enfermagem de família é uma área específica da enfermagem, que se ocupa das interações dos membros da família, numa perspetiva sistémica dos cuidados, onde o enfermeiro dos CSP tem um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias (Figueiredo e Martins, 2010). A Enfermagem de Saúde Familiar, tem como objetivo a promoção, manutenção e recuperação da saúde da família, e integra simultaneamente os conceitos de indivíduo, da família e da comunidade. Para empoderar a família a definir e concretizar o seu projeto de saúde otimizando o seu potencial de saúde, o enfermeiro de ESF deve direcionar o fortalecimento da família nos seus projetos de saúde, através da mobilização dos recursos internos e externos, por forma a promover a novidade nas interações e assim garantir a saúde da família bem como a sua autonomia. Assim, o enfermeiro de família, estabelece uma relação terapêutica, dinâmica e recursiva, na qual recorre a conversação colaborativa, para que a família encontre as soluções estruturais necessárias para a mudança dentro do seu potencial familiar. (Figueiredo, 2012).

Em Portugal, o envelhecimento demográfico associado ao aumento da esperança de vida, veio a aumentar as doenças, e conseqüente situação de dependência, relacionadas como o envelhecimento, no qual se destaca a demência de Alzheimer. Perante a situação de dependência dum familiar, as famílias são obrigadas a reestruturar o seu funcionamento para incluir um novo papel- o de cuidador. A assunção deste papel, decorre do processo relacional, que, perante as dificuldades na prestação de cuidados, ocorre o desenvolvimento de estratégias de comunicação e de *coping*. Compete ao Enfermeiro de família avaliar o padrão de interações entre a família, o cuidador e a pessoa cuidada, tendo em conta a estrutura familiar, o seu desenvolvimento, as crenças e valores, para então

identificar as forças e os recursos que a família tem para criar estratégias de enfrentamento dos seus problemas. (Figueiredo, 2009). Este foi o contexto maioritário de prestação de cuidados que a mestranda encontrou no campo de estágio, principalmente em intervenção domiciliária. Pelo que esta enfermeira foi desafiada a intervir numa Família em situação de vulnerabilidade, provocada por sobrecarga e saturação do papel do prestador de cuidados a um familiar com Doença de Alzheimer (DA), que constituía uma ameaça a organização familiar daquela unidade. Durante os estágios interveio nessa Família, por forma a contribuir para que estes introduzissem mudanças estruturais e construíssem um projeto de saúde familiar que os permitissem ser funcionais na sua unidade, mas também permitisse aumentar a ressonância à individuação, uma vez que o emaranhamento existente incentivava a disfunção familiar.

Neste âmbito, e por forma a garantir um agir ético, desenvolveu uma a revisão sistemática da literatura (RSL) de etiologia para responder à questão de investigação: **Quais os fatores que influenciam a resiliência do familiar cuidador da pessoa com alzheimer, por forma a evitar a sobrecarga?** Pois a resiliência consiste na habilidade familiar para desenvolver funcionalidade nas relações familiares entre os seus membros perante uma crise (Wash, 2005), e compete ao enfermeiro de saúde familiar capacitar as famílias a responder a crises. Pois o enfermeiro especialista deve ter as competências científica, técnica, humana e sistémica para alargar a prestação do cuidado de enfermagem geral para cuidados especializados (OE, 2019). Para tal, é fundamental ampliar os conhecimentos alicerçando os na Prática Baseada na Evidência (PBE).

Este documento encontra-se organizado por 3 capítulos que descrevem o percurso de desenvolvimento das competências em ESF. No primeiro capítulo, encontram-se compilados os contributos teóricos sobre a enfermagem de saúde familiar e o papel de cuidador ao doente de Alzheimer. O segundo capítulo encontra-se o processo de aquisição de competências do enfermeiro especialista em ESF em contexto de USF; pelo que consta a caracterização da USF (local privilegiado para a prática de ESF) e a discriminação do desenvolvimento de competências neste contexto. O terceiro capítulo constitui a RSL que corresponde a PBE. Em apêndice surge a avaliação familiar da família, cujo processo de cuidados, colaborativo e sistémico, conduziu à determinação do tema da investigação.

Pelo que este relatório tem como objetivo geral – refletir o desenvolvimento de competências em ESF, desta mestranda. Sendo os objetivos específicos:

- desenvolver a visão de família como unidade de cuidados;
- compreender a resiliência familiar como determinante nos processos de saúde/doença dos membros da família;
- desenvolver o exercício de enfermagem baseado na PBE através da metodologia da RSL;
- contribuir para o desenvolvimento da ESF.

Neste relatório, todos os dados publicados relativos à USF D Sancho I estão autorizados pelo Coordenador da USF, estando essa autorização no Anexo I, e está elaborado pelas normas expressas no Guia de elaboração de trabalhos académicos do Instituto Politécnico de Leiria.

1- ENFERMAGEM AVANÇADA

A Enfermagem é, atualmente, uma profissão legalmente reconhecida e com funções próprias e definidas a qual se começou a conceptualizar como arte e ciência a partir de Florence Nightingale. Como ciência, a Enfermagem assume-se como um conhecimento próprio da disciplina de Enfermagem, cujo foco é o processo humano-universo-saúde integrado nas estruturas e teorias de Enfermagem, por forma a representar a natureza da Enfermagem e usá-la para benefício da humanidade. Contudo não se pode assumir como ciência exata pois a disciplina de Enfermagem é constituída por padrões de conhecimento que vão para além do empírico, o que introduz a arte no conceito de Enfermagem. (Queirós, *et al*, 2014).

É pela natureza da disciplina de Enfermagem que importa conhecer os modelos conceptuais e teóricos, pois são estes que criam mecanismos pelos quais os enfermeiros podem comunicar as suas convicções profissionais, proporcionam uma estrutura moral/ética para orientar as suas ações e favorecem um modo de pensar sistemático sobre a Enfermagem e a sua prática. Ou seja, são as teorias de Enfermagem que permitem que o enfermeiro perceba e justifique a sua atividade, garantindo a autonomia profissional (Queirós, *et al*, 2014).

O *International Council of Nurses* (ICN) define a Prática Avançada de Enfermagem (PAE) como um nível de exercício profissional desempenhado por enfermeiros credenciados que adquiriram conhecimentos especializados, elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática mais alargada/avançada, sendo a sua aplicação determinada por legislação do país onde estes estão habilitados para exercer. O acesso à prática de funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada, sendo o grau académico recomendado pelo ICN para o exercício da PAE o de mestrado (ICN, 2018).

O desafio do exercício da Enfermagem Avançada só faz sentido se significar maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal, baseada em teorias de Enfermagem cuja matriz é o diagnóstico e a assistência face às respostas humanas, às transições vividas e mais competência por parte dos enfermeiros no processo de tomada de decisão (Peixoto, 2011).

No caso da ESF, a consolidação da prática de enfermagem avançada requer a compreensão da família como unidade de cuidados em transformação num paradigma integrativo que reflita a sua complexidade. (Figueiredo, 2012)

Para tanto, os enfermeiros devem conhecer e utilizar as teorias para apoiar a prática de Enfermagem, permitindo a consolidação da fundamentação teórica e, assim garantir uma prática sistematizada e sustentada cientificamente.

1.1 - FAMÍLIA COMO UNIDADE

Não existe consenso sobre a definição de família. A sua definição é tão variável quanto o número de pessoas existentes no mundo, pois este conceito é tão pessoal e ao mesmo tempo tão lato, bem como tão essencial e abstrato. Este facto contribui para que seja estudado por várias ciências, tais como psicologia, sociologia, biologia, economia e entre outras permite que existam inúmeras definições de família. Estas refletem as transformações sofridas pelo conceito de família ao longo dos tempos e nas diferentes culturas. Perante a abrangência do conceito de família, surge o conceito de Wright e Leahey (2011) que afirmam que família é quem a pessoa diz que é!

Embora existam vários conceitos de família, uma verdade axiomática emerge quando reflete sobre esta temática, uma vez que sem a família a humanidade seria um aglomerado de pessoas individuais, sem ligação emocional com os outros seres da mesma espécie, pelo que o homem não seria um ser social (Carnut & Faquim, 2014). Pelo que importa refletir sobre os vários conceitos de família e perceber a sua importância na sociedade humana.

A “Família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos.” (Hanson, 2005, p. 6). Enquanto o ICN define família como:

... “grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes” (ICN, 2015 p.143).

Este grupo social assume-se como o intermediário entre a pessoa e a sociedade, pois é na família que a pessoa aprende a perceber o mundo e posicionar-se nele, por processos de negociações (Ratti, Pereira & Centa 2005). A família é, então, um espaço privilegiado onde ocorrem aprendizagens consequentes de interações relacionais e processo de comunicação, que determinam as emoções e afetos, negativos ou positivos, que definem a pessoa enquanto ser. (Dias 2011 citando Relvas & Alarcão).

Neste contexto de socialização da família, à medida que as sociedades ficam mais complexas e são adquiridas novas habilidades, diferenciam-se novas estruturas corporativas. A civilização moderna impõe ao Homem duas exigências dissidentes: a capacidade de desenvolver habilidades altamente especializadas e a capacidade de adaptação rápida a uma situação socioeconómica inconstante. A mudança acontece da sociedade para a família, nunca da unidade menor para maior. A estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza e determina a interação nos membros da família. Uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais e esses padrões regulam o comportamento dos membros da família. Assim, a família consiste no modelo universal para o viver. Ela é a unidade de crescimento onde ocorrem a experiência; o sucesso e fracasso; é também a unidade de saúde e da doença (Carneiro, 2009 citando Minuchin, 1990 & Cerveney, 2001). Neste âmbito, ela engloba sempre um conjunto de pessoas, consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior. Enquanto célula da sociedade, as famílias, simultaneamente, definem e refletem o meio onde se integram. Célula essa, cujo funcionamento é mediado pelas alterações sociais, económicas, políticas, culturais, demográficas e tecnológicas (Dias, 2011).

Sendo permeável ao meio que a envolve, cada família é única, dotada de uma identidade própria, que é mais do que as pessoas que as constituem, pois organiza-se numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada um, bem como as expectativas sociais. Esta realidade significa que a forma específica e singular como cada família se define é efetivamente exclusivo da aquela família, pelo que não existe famílias iguais, embora todas sejam família. (Relvas, 2004)

A unicidade da família não constrange a avaliação da família quanto ao tipo. Perceber o tipo de família é importante, por que permite perceber e diferenciar a sua composição e os vínculos entre os seus membros. “A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração” (Figueiredo, 2012, p.74).

Dias (2011) descreve a família nuclear, como constituída por dois adultos de sexo diferente (casados ou em união de fato) e os respetivos filhos biológicos ou adotados. As famílias recompostas designam os grupos familiares organizados por laços conjugais após o divórcio ou separações, podendo existir filhos de casamentos ou ligações diferentes. As famílias monoparentais são compostas por um dos pais e os filhos, por consequência do divórcio, viuvez

ou da própria opção dos progenitores. Por fim, as famílias homossexuais constituídas por duas pessoas do mesmo sexo com ou sem filhos.

Independentemente do modelo de família, ela é sempre um conjunto de pessoas assumidas como unidade social, que funcionam como um sistema onde ocorrem relações entre os seus membros e o meio exterior. Sob a compreensão da família ser um sistema dinâmico e aberto, ela é constituída por outros subsistemas de relação, que desempenham funções importantes na socialização dos membros, como sejam, o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora. Assim, a família como sistema comunicacional contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros no sistema como um todo (Figueiredo, 2012). Pois a estrutura familiar determina os papéis, as funções e posições hierárquicas dos membros da família (Pires 2016, citando Stanhope & Lancaster, 2008).

A família é vista como um sistema suportado com uma estrutura hierárquica dos seus membros, constituída em subsistemas, isto é, este sistema é organizado por outros sistemas com regras que regulam o relacionamento entre os membros da família. São eles o subsistema conjugal, subsistema filial, subsistema parental e subsistema fraternal (Dias, 2011)

A família desenvolve o seu percurso, com base nos seus objetivos que condicionam as funções, que se mutam ao longo do tempo. Tradicionalmente eram atribuídas à família, funções de reprodução da espécie, de segurança e proteção, funções económicas de produção de bens, através da divisão sexual e do trabalho. Atualmente, todas as famílias têm determinadas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e às expetativas da sociedade Figueiredo (2012)

O Ciclo vital da família expressa a sequência previsível de transformações na organização familiar, com tarefas bem definidas que determinam as etapas do desenvolvimento familiar, designadas de transições, que são normativas ou acidentais, consoante a sua natureza. Estas etapas estão relacionadas com o surgimento de novos subsistemas, tarefas de desenvolvimento que induzem mudanças estruturais e/ou saída de elementos do núcleo familiar. Uma das classificações utilizadas é a de Relvas, que inclui as seguintes etapas: formação de casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos, (Alarcão, 2000).

1.2-SAÚDE FAMILIAR E ENFERMAGEM

É na família, que o ser humano desenvolve e promove o conceito de saúde adquirindo hábitos saudáveis ou não, estes conceitos e crenças tem um efeito regulador na recuperação da saúde ou na manutenção da situação de doença.

Figueiredo (2012), refere que o conceito de saúde familiar é um processo dinâmico de adaptação dos padrões transicionais que num enquadramento sistémico são influenciados pelos processos de ajustamento originados pelas mudanças provocadas pelas transições. Assim assume-se como um conceito multidimensional, onde a estabilidade e a mudança promovem o seu desenvolvimento. Isto é, traduz a capacidade do sistema familiar em responder estrategicamente a crises que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e realizando as mudanças estruturais que são necessárias para promover a coesão e coerência da família.

Neste sentido, a família é estrutura dinâmica que depende das particularidades, especificidades e demografia dos membros que a constituem, influenciando o estado de saúde familiar. Para aferir as estruturas familiares é necessário identificar os membros que compõem a família, as suas relações, e as interações destes com outros sistemas sociais. Emerge então, no conceito de saúde familiar os conceitos de funcionalidade da família e famílias saudáveis, que estão relacionados com a saúde mental dos membros e do seu posicionamento na estrutura familiar. Em relação à funcionalidade, pode-se agrupar as famílias funcionais e disfuncionais (Stanhope & Lancaster, 2008, citados por Pires, 2016).

A saúde familiar integra a saúde e a doença de cada indivíduo, tendo repercussões no funcionamento familiar, e por sua vez, o funcionamento da família afeta a saúde dos membros. Na avaliação individual de cada membro e em relação à unidade familiar, bem como o meio envolvente e a comunidade em que a família está inserida deve optar por uma abordagem bio-psico-sociocultural e espiritual. (Stanhope & Lancaster, 2008 citados por Pires, 2016 e Figueiredo, 2012). Com a finalidade de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem deve se basear na parceria com a família visando capacitá-la a nível de competências e independência (Figueiredo & Martins, 2010).

Para o funcionamento adequado da família, as fronteiras dos sistemas devem ser nítidas e bem definidas por forma a que os membros exerçam suas funções sem intervenções dos membros externos, mantendo o contato com os outros subsistemas. Quando as fronteiras entre os subsistemas são flexíveis demais, pode existir dificuldade na diferenciação dos subsistemas

familiares, que se designa de emaranhamento, e quando o limite dos subsistemas da família é de forma rígida, os membros da família funcionam de forma autônoma, carecendo de sentimentos e capacidade de pertença designa-se de família desmembrada. (Minuchin 1982 citado por Carneiro, 2009).

As famílias saudáveis (que são funcionais) assumem as necessidades relacionais e de autorrealização como prioritárias, pois as satisfações das necessidades básicas estão garantidas.

Estas famílias privilegiam a vinculação e as necessidades de natureza afetiva, apresentando as características seguintes: (Stanhope & Lancaster, 2008 citados por Pires, 2016)

- A família tende a comunicar bem e a ouvir todos os seus membros
- A família afirma e apoia todos os seus membros
- A educação para o respeito dos outros é valorizada pela família
- Os membros da família têm um sentimento de confiança
- A família diverte-se em conjunto e o humor está presente
- Todos os membros interagem entre si e existe um equilíbrio das interações entre os membros
- A família partilha tempos de lazer em conjunto
- A família tem um sentido de responsabilidade partilhado
- A família tem tradições e rituais
- A família partilha um sentido religioso
- A privacidade dos membros é respeitada pela família
- A família abre as suas fronteiras para procurar e acolher ajuda para os problemas.
-

Uma família saudável não significa não ter problemas ou crises. O que a torna funcional é o desenvolvimento de capacidades para superar os momentos de tensão e stress. Surge então o conceito de resiliência familiar, que designa a capacidade de resistir e ultrapassar às várias adversidades. (Stanhope & Lancaster, 2008 citados por Pires, 2016). O *coping* familiar consiste em elaborar os esforços cognitivos e comportamentais para promover mudanças que respondam às exigências externas e/ou internas específicas, que são avaliadas como superiores aos recursos da pessoa /família e conduzam a sobrecarga.

A enfermagem de família é uma área específica da enfermagem, desenvolvida a partir das teorias da terapia familiar, teorias das ciências sociais da família e de modelos de

enfermagem, onde a ênfase é atribuída às interações dos membros da família, numa perspetiva sistémica dos cuidados, onde o enfermeiro dos CSP tem um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias (Figueiredo & Martins, 2010).

A Enfermagem de Saúde Familiar tem objetivo a promoção, manutenção e recuperação da saúde da família, e integra simultaneamente os conceitos de indivíduo, da família e da comunidade. O cruzamento destes conceitos implica uma abordagem social complexa, em que o enfermeiro recorre a abordagens sistemáticas para trabalhar com família. Na prática dos cuidados de enfermagem de família pretende-se promover a mudança, ajudando as famílias a identificar os problemas, as estratégias e os recursos, facilitando os fluxos positivos entre os suprasistemas da comunidade e os sistemas familiares. (Pires, 2016 citando Hanson, 2005). Para empoderar a família a definir e concretizar o seu projeto de saúde otimizando o seu potencial de saúde, o enfermeiro de ESF deve direcionar o fortalecimento da família nos seus projetos de saúde, através da mobilização dos recursos internos e externos, por forma a promover a novidade nas interações e assim garantir a saúde da família bem como a sua autonomia. Assim, o enfermeiro de família, estabelece uma relação terapêutica, dinâmica e recursiva, na qual recorre a conversação colaborativa, para que a que família encontre as soluções estruturais necessárias para a mudança dentro do seu potencial familiar. (Figueiredo, 2012).

O enfermeiro deve procurar, juntamente com a família, a melhor forma de integrar a prestação de cuidados decorrente da alteração de saúde, das rotinas familiares diárias e se necessário, mobilizar recursos existentes na comunidade. No entanto, a intervenção de enfermagem deverá ser no sentido de trabalhar com a família e não para a família, respeitando sempre a sua autonomia e capacidade de decisão em função dos seus valores (Potter & Perry, 2003, citado por Pires, 2016). Ao compreender a família como sistema auto-organizado, que consente realizar mudanças estruturais desde que conserve a sua organização, permite ao enfermeiro perceber porque, perante crises que ameacem a organização, os membros da família podem não aceitar propostas de transformação, mesmo que sejam adequadas à crise (Alarcão, 2000).

1.3 - TEORIAS RELEVANTES PARA A PRÁTICA DE ESF

Segundo Figueiredo (2012), os modelos conceptuais fundamentam as tomadas de decisão do enfermeiro, através duma estrutura organizada – processo de enfermagem, que

permite o planeamento, intervenção e avaliação, alicerçada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que fundamentam a intervenção familiar. Assim importa conhecer esses modelos que enquadram e justificam a ação do enfermeiro de família.

1.3.1 - Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico-metodológico, construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos cuidados de saúde primários portugueses (Figueiredo 2009). Surge associado às novas necessidades de saúde e que se assumem num contexto dinâmico de novas realidades e necessidades de saúde familiar, assim como no desenvolvimento de novas práticas do enfermeiro de família. É, então, um guia orientador que permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, integrando: áreas de atenção, dados, diagnósticos e intervenções, orientadores da conceção de cuidados e das práticas de enfermagem direcionadas à família como unidade de cuidados (Figueiredo, 2012). Pelo que foi adotado pela Ordem do Enfermeiros como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar em 2011.

O uso deste modelo organiza a intervenção do enfermeiro de família, tendo por base as propriedades do sistema familiar de globalidade, equifinalidade e auto-organização, e sustentado no paradigma colaborativo centrado na família enquanto unidade. Assim fornece aos enfermeiros e a outros profissionais de saúde, os instrumentos para a tomada de decisão no processo de cuidados com as famílias (Figueiredo, 2012).

A avaliação familiar destaca as forças e os potenciais presentes na família, revelados a partir duma abordagem colaborativa e sistémica, promovendo o desenvolvimento do processo de mudança transacional. As intervenções da ESF tem como objetivo terapêutico capacitar a família a resolver os seus problemas, através duma relação, que engloba as respostas afetivas, cognitiva e comportamentais do sistema enfermeiro/família, onde a mudança ocorre sob a coerência da organização da família. Assim, as intervenções da ESF de MDAIF configuram se numa estrutura orientadora que permite responder às necessidades da família, com base na complexidade das dinâmicas familiares, subjacentes ao seu desenvolvimento, estrutura e funcionamento (Figueiredo, 2009 e 2012).

Segundo Figueiredo (2009), a avaliação familiar mediada pelo MDAIF caracteriza-se pela aplicação de uma estrutura organizativa que engloba três áreas de atenção familiar relevantes

na prática de cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), constituindo dimensões avaliativas:

- **dimensão estrutural**, que abarca a estrutura da família, por forma a identificar a composição da mesma, bem como os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas, e ainda aspetos específicos do contexto ambiental que podem constituir riscos de saúde.
- **dimensão desenvolvimental** que possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, num determinado contexto e processo evolutivo relacionado com o ciclo vital. Pelo que, permite prever cuidados antecipatórios, por forma a promover a capacitação da família, para responder às tarefas de cada etapa e prepará-la para o futuro
- **dimensão funcional**, que engloba os padrões de interação familiar que permitem o desempenho de funções e tarefas. Esta dimensão permite perceber como a família responde as atividades quotidianas (dimensão do funcionamento instrumental) e ainda como é que as interações entre os membros da família ocorrem, e quais as necessidades a (dimensão do funcionamento expressiva).

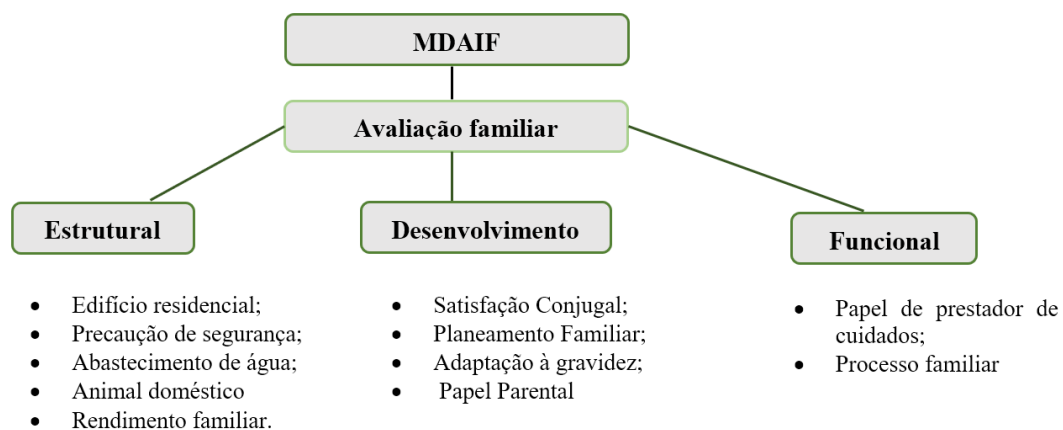


Figura 1 – Matriz operativa de MDAIF

Fonte: Figueiredo, 2009

1.3.2 - Cuidar Baseado Nas Forças

O Enfermeiro de Família baseia a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, tendo por alvo as forças da pessoa, família e comunidade e não tanto as doenças ou problemas (OE, 2017). Deste legado emerge o modelo de cuidados de enfermagem “Cuidar em

Enfermagem Baseado nas Forças” (SBC) de Gottlieb (2016), que se concentra nas potencialidades únicas de cada pessoa/família, as quais a autora designou de forças. Esta abordagem é centrada na pessoa e/ou família, sobre no que funciona bem, no que fazem de melhor, e nos seus recursos. Assim, o enfermeiro fomenta o que está a funcionar bem, com o objetivo de estimular a adaptação familiar. Assim as pessoas/famílias desenvolverem-se, crescerem, prosperarem e transformarem-se, pois, neste modelo, o significado de saúde resulta das aspirações dos participantes.

Assim, as forças são qualidades únicas e especiais da pessoa e da família que definem a sua personalidade; são aptidões da pessoa e manifestam-se em capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos e dons; podem ter natureza biológica, emocional, psicológica ou social; podem ser, ainda de índole internas (motivação, coragem, resiliência), bem como de natureza externa relações, suporte, religião, espiritualidade. As forças podem ser forças já existentes e recursos; potenciais; ou défices que podem ser convertidos em forças. (Gottlieb, 2016)

Neste modelo, a abordagem assenta na promoção da saúde, na capacitação, na parceria colaborativa. Defende que, a família possui os recursos, as capacidades, as habilidades, as competências e o potencial para assumir a responsabilidade pela própria saúde, que permite a sua capacitação. A parceria colaborativa pressupõe que pessoa/família e enfermeiro estão ao mesmo nível, numa estreita relação terapêutica alicerçada na confiança, onde ambos acreditam nas competências um do outro e são responsáveis em cooperar em uníssono. (Gottlieb, 2016).

1.3.3 - Resiliência Familiar

A resiliência é uma vertente de investimento por parte dos profissionais de ESF de extrema importância para a estabilidade e união familiar, assim como uma ferramenta de avaliação contínua dos enfermeiros de família (Stanhope & Lancaster, 2008 citado por Pires, 2016). Pois compete aos enfermeiros de saúde familiar prestar cuidados especializados de enfermagem a todas as famílias pelos quais estão responsáveis e trabalham os fatores de stress familiares que implicam transições de saúde e doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais (OE, 2017).

Walsh (1998) explica no seu modelo, que a resiliência familiar é um processo ativo de reagir a crises recuperando o equilíbrio para fomentar o crescimento. A resiliência familiar é alcançada pela atuação da família como uma unidade funcional no processo de enfrentamento

e adaptação, e desempenha um papel crítico na reorganização do stresse durante a adversidade e influenciando a adaptação dos membros da família, de modo a retornar a um estado funcional. A resiliência familiar compreende três componentes - sistemas de crenças familiares, um padrão de organização e o processo de comunicação (citado por Kim, Lim, Kim, Kim, 2018). Destaca-se que o MDAIF, na área de atenção *Processo familiar*, composta por quatro dimensões: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crença, permite intervir na resiliência.

Nos processos de comunicação, a comunicação familiar e resolução de problemas são facilitadores do funcionamento familiar, quando são claros, onde existe uma expressão emocional aberta e resolução colaborativa de problemas. A clareza implica mensagens claras, consistentes e sinceras, a expressão emocional aberta manifesta-se pelo clima de confiança mútua entre os membros onde estes estão orientados para a união. Há liberdade para a expressão de mensagens sem julgamentos ou culpa. Não significa a inexistência de emoções negativas, mas quando existem a família envolve-se numa escuta ativa sem culpabilização. A resolução colaborativa de problemas é essencial e requer abertura e reconhecimento do problema e o envolvimento de todos numa atitude proativa (Martinho, 2019).

Relativamente aos padrões organizacionais, que são a estrutura da Família e como esta responde aos desafios, Walsh enumerou a flexibilidade, ligações/conexões familiares, recursos sociais e económicos. A flexibilidade assume-se como o equilíbrio dinâmico entre estabilidade e mudança, onde a resiliência contrabalança entre a estabilidade e mudança perante as crises (Walsh, 2005). Quando se fala das conexões/ligações familiares, designa-se o vínculo existente entre os membros da família, o equilíbrio da unidade familiar, onde há apoio mútuo e colaboração garantindo a individualidade e autonomia de cada membro. A família alargada e as redes sociais são consideradas recursos relevantes porque oferecem ajuda prática e ligação comunitária (Martinho, 2019).

O sistema de crenças familiares refere-se ao conjunto de crenças compartilhadas pelas famílias que influenciam a forma como elas percebem as crises crónicas. Pode ser considerado como o processo de encontrar sentido na adversidade, adotar uma perspetiva positiva e alcançar a transcendência e a espiritualidade (Kim, Lim, Kim, & Kim, 2018). A capacidade de dar sentido à adversidade está diretamente relacionada com a perceção que a família faz da crise. O modo como os membros da família definem e estruturam a situação problemática condiciona a forma como lidam com ela, e a ajuda que solicitam, entre os recursos que têm ao seu alcance (Augusto,

2014 citado por Martinho, 2019). A perspetiva positiva abarca a perseverança, a coragem, a esperança, o otimismo. O otimismo advém das vivências anteriores bem-sucedidas onde os membros da família perceberam as suas ações e esforços como uteis. Assim estes, assumem uma postura ativa na resolução dos problemas e otimista, pela percepção que a solução, ou parte dela, está ao seu alcance. A espiritualidade relaciona-se com a fé espiritual e herança cultural, poderá ou não ser de cariz religioso, mas acima de tudo, implica um envolvimento dos valores internos que dão sentido e significado, de coerência interior e conexão com os outros. (Walsh 2005).

Assim, a resiliência familiar é multifatorial, sendo alicerçada na convicção profunda de que a família tem potencial para a reparação e crescimento, pois perante situações de adversidade existe a habilidade familiar para desenvolver funcionalidade nas relações familiares entre os seus membros. Intervenções focadas no fortalecimento dos processos de partilha, comunicação e competências podem maximizar o potencial para a resiliência que todas as famílias apresentam (Walsh, 2005), que consiste no legado funcional do enfermeiro de ESF expresso no Regulamento nº428/2018.

1.2 - ENVELHECIMENTO E A DEMÊNCIA

Em Portugal, nos últimos anos assistiu-se a uma transformação sociocultural que conduziu a uma sociedade em envelhecimento dado o elevado número de idosos. Envelhecimento esse, que se tornou numa questão com grande impacto, porque implicam alterar o quotidiano quer das famílias quer das instituições. (Santana, 2019)

Estatisticamente verifica-se envelhecimento demográfico ou social, pois segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2021), em Portugal, entre 2011 e 2021 verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa (dos 65 e mais anos) que teve um crescimento de 20,6%. O grupo da população jovem (0-14 anos) foi o que sofreu a redução mais significativa (-15,3%). O decréscimo da população jovem em idade ativa (15-24 anos) foi de -5,1% e o da população entre os 25 e os 64 anos de -5,7%. Desta forma, agravou-se o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Em 2021, a percentagem de população idosa representa 23,4% enquanto a de jovens (0-14 anos) é de apenas 12,9%. Pelo que o índice de envelhecimento da população, indicador que compara a população com 65 e

mais anos com a população dos 0 aos 14 anos, é de 182, ou seja, existem 182 idosos por cada 100 jovens. Este índice era de 128 em 2011 e 102 em 2001.

O viver mais anos não significa melhor qualidade de vida. Antes pelo contrário, o envelhecimento muitas vezes surge associado a imensas patologias de diferentes manifestações que condicionam a vivência desta etapa de vida. Para Santana (2019), baseando-se em Schneider (2008), em termos biológico, o envelhecimento consiste num processo que delimita os comportamentos de mobilidade e da resistência biológica, que ocorrem quando a pessoa atinge os 60 anos de idade, independentemente do seu estado biológico, psicológico e social anterior. Estas limitações podem tornar as pessoas idosas dependentes de terceiros para as suas atividades de vida diárias o que as coloca em situação de grande vulnerabilidade. A questão da vulnerabilidade relacionada com o envelhecimento assume particular importância porque o principal fator de risco para demência é a idade. OMS (2021) alerta que a demência é atualmente a sétima maior causa de morte entre todas as doenças e uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os idosos em todo o mundo.

Segundo os dados publicados pelo PORDATA (2022) em 2021, a esperança média de vida na União Europeia era de 80.1 anos para ambos os sexos, enquanto que em Portugal encontra-se nos 81,2 anos. Assim, Portugal ultrapassa a tendência europeia com os números de casos de Demência quase a duplicar em 2050. Um fator determinante desta mudança será um aumento significativo do número de pessoas com mais de 70 anos e, em particular, a faixa das pessoas com mais de 85 anos é a que mais duplicará até 2050. (Alzheimer Europe 2021).

Perante estas estatísticas alarmantes para o contexto português ano de 2021 é aprovado pelos legisladores os Planos Regionais da Saúde para as Demências elaborados por cada Administrações Regionais de Saúde e determinada a constituição da Comissão Executiva do Plano Nacional da Saúde para as Demências com o despacho nº 12761/2021 do Ministério de Saúde. Um dos objetivos deste plano é garantir articulação funcional entre serviços e unidades, através de criação de Unidades Coordenadoras Funcionais para as Demências, para melhorar a cooperação dos diferentes intervenientes na prestação de cuidados às pessoas com demência e cuidadores com as unidades de saúde.

Demência é uma síndrome que pode ser causado ou caracterizado por défices cognitivos múltiplos, os quais incluem falhas de memória e pelo menos um dos seguintes sintomas: afasia, apraxia, agnosia ou inibição da função de execução. As funções social e ocupacional também são afetadas manifestando-se na dificuldade funcional nas tarefas básicas da vida diária do

indivíduo. (American Psychological Association, 2014). A demência para além da alteração deficitária das funções superiores mentais (aliado a uma deterioração função cognitiva e declínio da memória), conduz á alteração no estado de consciência. Esta deterioração do funcionamento cerebral manifesta-se em alterações comportamentais que levam a uma perda progressiva das capacidades de desempenho da vida laboral e social, afetando o organismo no seu todo (Figueira *et al.*, 2017).

São as alterações no comportamento e na capacidade de julgamento que permitem distinguir patologias transitórias decorrentes de défices de alguns nutrientes ou situações de toxicidade. (Farina *et al.*, 2017). A demência é uma doença progressiva que se caracteriza por sintomas neuropsiquiátricos e declínios ao nível da função e da cognição, pelo que os custos associados ao tratamento da demência são elevados e penosos, e com grande impacto psicossocial na pessoa com demência e na sua família. (Rattinger *et al.*, 2016).

Segundo Figueira *et al.* (2017) e as demências podem classificar-se em Demências reversíveis (tratáveis) e irreversíveis (primárias). Dentro do grupo das demências tratáveis, encontram-se as que tem origem em desequilíbrios fisiológicos de cariz endócrino, vitamínico, infeccioso, neoplásico, de hidrocefalias de pressão normal e do hematoma subdural crónico e tóxico.

As demências irreversíveis, ou primárias, incluem a doença de Alzheimer, demência vascular, demência dos corpos de Lewy e demência frontotemporal (Figueira *et al.*, 2017). Estas estão relacionadas ao processo de envelhecimento, sendo o fator idade o preditor de eleição para o desenvolvimento da demência. Durante o processo de envelhecimento ocorre a lentificação do processamento da informação e esquecimento ligeiro, contudo não existe perda funcional. Essas alterações são características naturais do envelhecimento e são usadas como referências para que o clínico possa perceber o que é discrepante e estabelecer o seu diagnóstico.

A doença de Alzheimer é uma das principais causas de demência, contribuindo para mais de metade dos casos entre os idosos, representando 60 a 70% dos casos (OMS, 2021). Não existe nenhum marcador biológico para confirmar a doença, contudo, critérios clínicos standardizados aumentam a certeza do diagnóstico (Ribeira, Ramos & Sá, 2004). O diagnóstico é feito por exclusão de partes das restantes demências e segue três categorias de diagnóstico, detalhadas pelo *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association* (Figueira *et al.*, 2017). O início da doença é insidioso e a progressão lenta. Os distúrbios da linguagem podem ser um sinal precoce,

progredindo até a afasia ou parafasia e défices de compreensão. A memória recente e a habilidade para adquirir nova informação são precocemente afetadas. Outros distúrbios comuns da função cortical incluem a apraxia, agnosia e alexia. Delírios e alucinações ocorrem em mais de 50% dos doentes. O exame neurológico sumário é normal na maioria dos casos. Os sinais extrapiramidais quando presentes precocemente sugerem um declínio mais rápido. (Ribeira, Ramos & Sá, 2004)

Os mecanismos determinantes no processo de atrofia cerebral, dependentes da morte neural são formação de placas amilóides pela gama-secretase e beta-secretase e hiperfosforilação da proteína tau, que leva à formação de emaranhados neurofibrilares dentro dos neurônios. Este processo inicia no lobo temporal, o que explica a perda de memória recente. Progressivamente, o processo neurodegenerativo compromete todo o córtex cerebral, o que leva ao declínio de outras funções cognitivas, e de alterações de comportamento. (Azevedo *et al.* 2010).

Para Azevedo *et al.* (2010) existem 3 fases na Doença de Alzheimer com aproximadamente 2 a 3 anos cada.

Na fase primária ou inicial, ocorre um défice na memória recente e remota, com alterações na personalidade, alternando períodos de irritabilidade, hostilidade, apatia e frustração. Na comunicação, o doente apresenta desordens no conteúdo da linguagem, associadas a défice no raciocínio linguístico e disфонia; possui dificuldades em nomear a palavra correta ou lembrar nomes de objetos ou pessoas. Pode existir períodos de desorientação espaço-temporal, comprometendo a capacidade de resolução de problemas pela pessoa doente e que demonstra, também, dificuldade em tomar decisões. Não existe ainda constrangimento da mobilidade, embora possam existir alguns sinais extrapiramidais. Ainda nesse estágio, o doente possui consciência e perceção de suas dificuldades e encontra, muitas vezes, recursos ou estratégias para compensá-las (Azevedo *et al.* 2010). Assim a pessoa com doença nesta etapa pode apresentar as dificuldades seguintes: em identificar datas, horas ou dias da semana; tendência em se perder em locais familiares; esquecimento de material recentemente lido/apreendido; dificuldades acrescidas em desempenhar tarefas em público (no meio social ou em contexto laboral); perda de objetos de valor; dificuldade em manter planeamento e estrutura nas rotinas diárias; dificuldade em lembrar-se dos nomes de pessoas ou ainda em nomear certos objetos; podendo ainda existir problemas de concentração ou dificuldades em prestar atenção (Alzheimer Portugal, 2019).

Na fase secundária, moderada, ou intermediária, acentua-se o défice de memória e aprendizagem. Também ocorrem mudanças de personalidade, indiferença, hostilidade, julgamento social pobre, baixa afetividade. A comunicação apresenta um conteúdo desorganizado e défices estruturais que prejudicam a coerência; o doente apresenta uma desorientação espacial mais prolongada, construção pobre, dificuldades preceptivas com períodos de agitação psicomotora (Azevedo *et al.* 2010). É nesta altura que o doente com Alzheimer vai precisar do maior número de cuidados e atenção por parte do cuidador. É nesta fase que o indivíduo irá ter maior dificuldade em prestar atenção a coisas que outrora eram rotineiras, como pagar as contas da casa, começam a agir de forma inesperada perante situações inofensivas, a confundir as palavras, a demonstrar um humor errático e inconstante que advém da frustração. A capacidade de manutenção dos hábitos de higiene diminui. Estas pessoas começam a esquecer-se da sua própria morada e número de telefone, precisam de ajuda para escolher a roupa adequada à estação do ano em que se encontram e denotam-se grandes mudanças nos padrões de sono. Os riscos de vaguearem pelas ruas aumentam, tal como o risco de se perderem, existindo também mudanças ao nível do comportamento e de aspetos da personalidade do indivíduo. Ainda assim, consegue lembrar de detalhes significativos relacionados com a sua vida. (*Alzheimer's Association*, 2019)

Na fase terciária, grave, ou final, as funções intelectuais do doente estão globalmente deterioradas, o que conduz a um estado de dependência total para realizar atividades diárias. A sua personalidade mostra-se totalmente desorganizada, a comunicação está deteriorada verificando-se ecolalias, perseveração e mutismo. Poderá também ter rigidez na região dos quadris e postura em flexão, que caracterizam a síndrome da imobilização (Azevedo *et al.* 2010). Em situação de dependência total estas pessoas precisam de suporte durante 24 horas por dia. É também uma altura em que aumenta a vulnerabilidade a agentes infecciosos. (*Alzheimer's Association*, 2019)

1.3. – CUIDAR DE QUEM CUIDA

A OMS (citado por Sousa, *et al.*, 2017) reconheceu, em 2012, a demência como um crescente problema de Saúde Pública, onde a família é chamada a desempenhar o papel de cuidador. Aliás a família desempenha um importante papel para a pessoa, pelo que é considerada um sistema social primário, dentro do qual o indivíduo é cuidado e se desenvolve a nível físico, pessoal e emocional. Tendo particular destaque no cuidado a pessoas em situação de dependência garantindo cuidados a longo prazo. (Melo, Rua & Santos, 2014 citando

Sarmiento *et al.*, 2010). Esta realidade tem múltiplas origens, pois desde os primórdios uma das funções da família era cuidar dos seus enfermos.

No processo dinâmico saúde-doença, a condição da doença, conduz a uma situação de crise, e carece de cuidados para que seja restabelecida a condição de saúde e o equilíbrio da pessoa. Esse cuidado pode ter de ser realizado por outrem, surgindo o papel de cuidador (Cardoso, *et al* 2012). Em linguagem CIPE, Cuidador é “...aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente” (ICN, 2015, pág. 39). Pelo que o cuidado se assume como indispensável para garantir a saúde e bem-estar, bem como a sua manutenção e a proteção da pessoa dependente. (Pinto, 2022).

O cuidador familiar é a pessoa que assiste e cuida de um familiar com doença, deficiência ou incapacidade, impeditiva na realização natural das atividades diárias e das relações sociais, pelo que cuidador organiza a sua vida em torno do cuidado ao familiar doente. (Melo, Rua & Santos, 2014). Situação que implica uma reestruturação funcional para incorporar o novo papel familiar – o de prestador de cuidados. (Figueiredo, 2009). Este familiar assume-se como um cuidador informal, pois presta cuidados ao familiar, sem deter qualquer tipo de formação e sem remuneração (Araújo, 2009). Este tipo de cuidador é essencial na prestação de cuidados à pessoa com demência pois garante o seu acompanhamento sem que haja uma perturbação profunda do seu quotidiano, permitindo à pessoa com DA poder permanecer mais tempo, bem acompanhada, em contexto domiciliário (OMS, 2021 & Pinto 2022). OMS (2021) refere que este tipo de cuidado é o mais prestado e que tenderá a aumentar em diferentes países da União Europeia. Também a família tem de adotar estratégias para fazer frente às necessidades de um dos seus membros, resultantes das limitações (Figueiredo, 2009).

O cuidador familiar desempenha um conjunto de tarefas no quotidiano que necessitam de conhecimento e treino, tais como atividades de vida diárias, resolução de problemas, tomada de decisão, atividades que requerem competências comunicativas e organizacionais, entre outros cuidados antecipatórios e de vigilância. (Sousa, *et al*, 2017)

Vários autores são unânimes na determinação dos fatores motivacionais para a assunção do papel de cuidador. Segundo Cattani & Girardon-Perlini (2005), os cuidadores informais são motivados a sê-lo pelo grau de parentesco, género, proximidade física e proximidade afetiva. A maioria dos cuidadores informais são os cônjuges das pessoas dependentes; é o género feminino que se responsabiliza mais pela prestação de cuidados à pessoa dependente; a

convivência diária também pode determinar o papel de cuidador, isto é, a pessoa com maior proximidade; quem tem uma relação mais afetiva com a pessoa dependente. Também, o estudo desenvolvido por Pinto & Santos (2009), que teve como objetivo conhecer o perfil dos utentes alvo de cuidados, os cuidadores, suas necessidades e dificuldades na prestação de cuidados em Portugal teve achados similares. Os autores concluíram que o cuidador era predominantemente do género feminino, tendo geralmente relação familiar com a pessoa doente/dependente (filhas, esposas e noras). A maioria dos prestadores de cuidados eram casados. Relativamente ao nível de escolaridade, o ensino básico era o mais frequente. A maioria dos cuidadores não tinha uma atividade profissional que determine a ausência do domicílio com frequência. As situações profissionais mais frequentes eram: reforma, atividade doméstica e desemprego.

Para além das motivações em cima descritas também existem autores que defendem que o cuidador familiar assume este papel, por três possíveis fatores: as características da pessoa dependente (idade avançada, estado de saúde e a rejeição de ser institucionalizada); características do cuidador, que incluem o sentimento de dever e de obrigação, retribuição, proximidade física e afetiva com a pessoa dependente, grau de parentesco, dependência financeira deste, respeito pela vontade da pessoa dependente, entre outras; e as características familiares, pois pode tratar-se de uma tradição de família cuidar da pessoa dependente ou a ausência de uma resposta por parte da restante família, leva a pessoa a assumir o papel de cuidador (Pinto & Santos, 2009 & Cruz *et al.*, 2010). Importa reforçar que, quando o cuidador surge pelo o sentimento de dever e de obrigação, retribuição, proximidade física e afetiva com a pessoa dependente, traduz em benefícios para o mesmo, pois se este percebe que o idoso está bem cuidado, existe também o reforço dos laços com a pessoa cuidada e satisfação pessoal (Pinto, 2022 citando Yu *et al.*). Assim, verifica-se que a determinação do papel de cuidador informal a um membro da família tem influência cultural, religiosa e da história familiar, (Caldas, 2002 citado por Pinto, 2022).

O significado de ser cuidador está diretamente associado ao tipo de relação familiar estabelecido ao longo da vida, aos sentimentos que advém dessa relação, e não necessariamente, ao grau de sobrecarga experienciado pelo cuidador (Manoel, Teston, Waidman, Decesaro & Marcon, 2013).

Embora, cuidar de pessoas dependentes com demência possa significar realização pessoal com fortificação dos laços com a pessoa doente, também pode conduzir a sobrecarga, dependendo de fatores sociodemográficos e económicos. Fatores que podem estar relacionados

com o género, idade, habilitações literárias do cuidador, a proximidade física com o idoso, a duração e exigências dos cuidados prestados, a falta de conhecimentos, apoio e orientação por parte dos profissionais de saúde, a restrição da vida pessoal e social e com as estratégias de *coping* utilizadas (Cruz *et al.* 2010). A sobrecarga do cuidador caracteriza-se por uma experiência de fardo consequente das mudanças, entendidas como negativas, no quotidiano relacionadas com a prestação de cuidados e consequente alteração de hábitos e aumento de responsabilidade, e perante o stress e o custo do cuidado, bem como o adiamento de projetos pessoais (Cardoso *et al.*, 2012).

É de salientar também que cuidadores de pessoas com demência experimentam consequências mais negativas, em relação aos cuidadores de outras patologias. Pelo que é frequente a sobrecarga ou até mesmo o *burnout* nestes cuidadores (Pinto, 2022). A Norma nº 053/2011 de 27/12/2011 determina a necessidade de apoiar o cuidador informal da pessoa com demência. Incentivando a avaliação e monitorização do cuidador por parte dos cuidados de saúde primários e dando-lhes o mesmo destaque que os próprios doentes. Pois este tem os riscos aumentado de depressão, doenças cardiovasculares, respiratórias e hipertensão. Existe evidência que o stress do cuidador é um fator que contribui para a mortalidade, particularmente nos cuidadores cônjuges. Sousa *et al* (2017) e Pinto (2022) ressaltam a importância de haver uma orientação destes cuidadores, face a situações mais difíceis, e de visitas periódicas dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, para supervisionar a pessoa dependente e esclarecer alguma questão pertinente. Porquanto a identificação das necessidades dos cuidadores de pessoas com demência, por profissionais, permite-lhes adequar as intervenções, visando a melhoria da qualidade de vida e, consequentemente, a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com demência e a sua permanência por mais tempo no seio familiar.

A intervenção do enfermeiro de saúde familiar, permite ao cuidador cuidar da pessoa doente no contexto da unidade familiar, uma vez que o foco destes enfermeiros é a dinâmica interna da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento (DI n.º 428/2018). Pois, a vivência da família com um de seus membros, com DA requer uma reorganização na estrutura e na dinâmica familiares, envolvendo sentimentos e emoções. As interações entre os membros, o comportamento e a postura diante dos acontecimentos relacionados à DA são influenciados pelos valores transgeracionais resgatados dos componentes. Tais processos são transmitidos pela família e se mantêm presentes ao longo da história familiar e das gerações, fazendo com que seus membros deem importância distinta a

valores, crenças, mitos e segredos. A DA é uma ameaça à estabilidade e à homeostasia da família, pois traz consigo perdas sucessivas de independência, gerando medos e, conseqüentemente, sensações comuns ao processo de luto, como sentimentos de ansiedade, tristeza e irritação. (Vizzachi, Daspett, Cruz & Horta, 2015).

Se o que determina uma pessoa tornar-se cuidadora familiar de outro é resultante da relação familiar estabelecida ao longo da vida, compete aos profissionais, investir na formação de vínculos familiares, através do diálogo, levantamento de problemas e possíveis soluções com o intuito de fortificar esses laços e tornar o cuidador um aliado do doente. Além disso, os cuidadores necessitam sentir-se apoiados, valorizados e reconhecidos pelo trabalho que executam. Assim, o cuidado prestado poderá ser vivenciado não como algo esgotante, mas como um ato de afeto, ajudando o cuidador a não se sentir sobrecarregado. A compreensão das interações da família com a doença permite ao profissional de enfermagem perceber que os cuidadores familiares também precisam de cuidados, de orientações e de estratégias para alívio do estresse. Desse modo, poderão ter melhores condições de vida e, conseqüentemente, poderão propiciar um cuidado com mais qualidade ao familiar doente (Manoel, Teston, Waidman, Decesaro & Marcon, 2013).

Importa destacar que a intervenção colaborativa da enfermagem de saúde familiar impede a carga do cuidador familiar em contexto domiciliário a idosos dependentes, melhora o funcionamento familiar, embora possa não afetar a qualidade de vida dos doentes (achados do estudo de Broekema *et al* 2021). Estes autores verificaram ainda que a quantidade de cuidados de saúde domiciliários diminuiu após intervenção do enfermeiro de família. Estes profissionais de saúde dos cuidados primários estão em uma posição ideal para fornecer intervenções multicomponentes e coordenar serviços para cuidadores informais devido ao contato próximo, familiaridade e confiança entre eles e cuidadores. Pois, a aliança, associada a um maior sentimento de confiança, entre o profissional e o cuidador são fatores-chave que facilitam a intervenção, pelo que se obtém resultados melhores e um maior nível de adesão (He *et al.*, 2022).

Sousa *et al.*, (2017) identificaram as principais necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência em contexto domiciliário e verificaram que os desempenhos prolongados do papel de cuidador associado à complexidade dos cuidados implicam sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica. No processo de cuidar, os cuidadores familiares experienciam várias dificuldades às quais se associam um conjunto de necessidades

que incluem: necessidades relacionadas com o conhecimento, com a gestão de sintomatologia ansiosa e depressiva, com a gestão das relações familiares e sociais (manifestado por *coping* familiar comprometido, processos familiares disfuncionais), e com a falta de apoio institucional/formal.

Quadro 1 - necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência em contexto domiciliário.

Necessidades relacionadas com o familiar cuidador
<ul style="list-style-type: none"> • gerir emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar • gerir expectativas e exigências relacionadas com o processo de cuidar • desenvolver estratégias de <i>coping</i> eficazes • desenvolver técnicas de resolução de conflitos e de tomada de decisão • desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental
Necessidades relacionadas com o exercício do papel de familiar cuidador
<ul style="list-style-type: none"> • adquirir conhecimento sobre a demência • adquirir conhecimento sobre alterações psicológicas e comportamentais na pessoa com demência • adquirir conhecimento sobre gestão de comunicação e comportamento. • adquirir conhecimento sobre estratégias adaptativas para cuidar da pessoa com demência no quotidiano (estratégias para as atividades básicas e instrumentais de • vida diária, para atividade de estimulação geral da cognição e gestão do regime terapêutico
Necessidades relacionadas com contexto
<ul style="list-style-type: none"> • adaptar o ambiente às necessidades da pessoa • gerir relações familiares, sociais e laborais • conhecer recursos na comunidade • procurar apoio de instituições formais

Fonte: Sousa *et al.* (2017)

As intervenções de enfermagem devem incluir aconselhamento, solução de problemas, ensino de habilidade com a demência e terapia cognitiva comportamental, que são muito eficazes na redução da sobrecarga do cuidador bem como na ansiedade e na sintomatologia de depressão do cuidador. As intervenções multicompetentes são seguras e eficazes. Pois, ao interagir com o cuidador, combinando uma variedade de intervenções, ocorrem mudanças de perceção num conceito multivariado, como a sobrecarga (Garcia & Casado 2018). Os estudos de intervenções multicompetentes que encontraram uma redução de encargos significante incluíam o ensino de estratégias de *coping* relevantes ou terapia cognitiva comportamental (cujo objetivo terapêutico é alterar o significado atribuído a situações). Estes estudos também

incluíram um foco no apoio emocional, pois o impacto das avaliações e estratégias de *coping* é mediado pelo apoio emocional. Assim, as intervenções direcionadas para estratégias de enfrentamento, com foco em mudanças de avaliação, e combinadas com apoio emocional podem ser mais eficazes (Willians *et al.*, 2018).

Os mecanismos pelos quais as intervenções multicompetentes melhoram o bem-estar do cuidador podem ser complexos e multifatoriais. O tratamento da demência é um processo de longo prazo que força os cuidadores informais a revisar continuamente as suas estratégias de enfrentamento à medida que a pessoa com demência passa por diferentes fases da doença, em que as necessidades do cuidador estão em constante mudança e variam de pessoa para pessoa. O bem-estar do cuidador é um conceito múltiplo que inclui aspetos emocionais, psicológicos, sociais, e aspetos espirituais, e intervenções multicompetentes contêm uma variedade de componentes abrangendo suportes educacionais, físicos, psicológicos, emocionais e sociais que podem ser selecionados pelos cuidadores conforme necessário e atender melhor às necessidades do cuidador, tornando possível personalizar as intervenções e, assim, melhorar o bem-estar do cuidador. Além disso, as intervenções multicompetentes tendem a ter uma duração de intervenção mais longa e o contato entre o profissional e o cuidador proporciona a continuidade do cuidar do cuidador. Os cuidadores relataram que o acesso a cuidados contínuos os ajudou a procurar serviços de apoio que lhes foram benéficos e que os “ganhos pessoais” foram potencializados, como forças internas, autoconfiança e senso de eficácia, que são fatores importantes na promoção do bem-estar do cuidador (Garcia & Casado 2018).

2 - PRÁTICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM

COMUNITÁRIA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

A última reforma dos CSP iniciada em 2005 revelou ser uma das mais eficazes nas últimas décadas. Sendo a criação das USF a medida que mais contribuiu para o sucesso pois estas unidades são formadas por “equipes multidisciplinares de constituição voluntária e auto-organizadas, que operam em centros de saúde;

“...e que dão resposta com autonomia e de um modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto de pessoas, com especial foco nos cuidados médicos e de enfermagem personalizados”. (Biscaia & Heleno, 2017, pág. 702)

Num segundo momento reorganizaram-se as outras áreas dos CSP com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que são serviço público de saúde, com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde e que tem por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Com estas mudanças apostou-se na governação clínica procurando-se obter ganhos em saúde através da melhoria da qualidade e da participação e responsabilização de todos, para garantir a sustentabilidade do CSP (Biscaia & Heleno, 2017).

A este respeito, as Metas Saúde 21 reforçam esta reforma, pois é defendida a necessidade de um setor da saúde mais integrado, com ênfase mais forte nos CSP, onde compete ao enfermeiro de saúde familiar o acompanhamento familiar. Este profissional deve ser experiente, para que possa proporcionar, a um número limitado de famílias, cuidados, apoio e aconselhamento sobre os estilos de vida saudáveis, de forma a incluir os cuidados secundários e terciários como suporte aos CSP (OMS 2002).

Nasce então, em 2014, regulada pelo DL 118/2014 a figura do enfermeiro de família dado o destaque que já assumia nas USF, demonstrando ganhos em saúde com sua atividade. Pois este profissional, que é um recurso de proximidade, disponibiliza cuidados de enfermagem

“efetuando, em articulação com a restante equipa de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visita domiciliária”. (DL 118/2014, pág.

4070)

Esta definição permitiu ainda que o enfermeiro de família, alterasse o seu foco, descentrando-o do indivíduo e centrando-o na família, que surge como unidade de cuidados, à qual este profissional promove a capacitação da mesma, perante as exigências e especificidades do desenvolvimento familiar.

Assim, e perante os apelos de uma prática de enfermagem avançada, emerge o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar cujas competências são cuidar” a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”; liderar e colaborar “em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.” (DL nº135/2018, pág. 19357).

Nesta mudança de paradigma de foco dos cuidados, a “família é representada como uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio” (Figueiredo, 2012, pág. 3). Pelo que o enfermeiro especialista deverá prestar cuidados de enfermagem especializados às famílias, considerando as transições normativas que decorrem dos processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e descortinam os fatores de estresse familiar que conduzem a mudanças de saúde e doença mantendo o foco nos recursos e forças da família. (OE, 2017) As intervenções de enfermagem realçam as interações entre os membros da família, e entre esta e o ambiente com destaque nas competências construídas pelas vivências da família enquanto grupo (Figueiredo, 2012)

As USF são o local de intervenção do enfermeiro especialista de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, pois o 7º do DL 73/2017, de 21 junho (pág. 3129) refere que “os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar”, pelo que importa conhecer estas unidades funcionais.

2.1- CARACTERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DO CENTROS DE SAÚDE LEZÍRIA

A USF D. Sancho I pertence ao Agrupamento do Centro de saúde lezíria, que foi constituído em que 2012, em conjunto com outros agrupamentos, insere-se na Administração de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) pelo Decreto lei n.º 231/2012.

Este ACES compreende os concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém, o que compreende uma área geográfica de área de 6 747km² e uma população residente de 184.748 habitantes e 76.366 agregados (Censos de 2021).



Figura 2 - Mapa representativo do ACES Lezíria

Fonte: Ministério da Saúde, 2022 (BI-CSP)

Este Aces tem como missão “prestar cuidados de saúde primários com elevada qualidade e em condições de equidade, à população da área de abrangência” do ACES. A Visão é “promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados na doença”. Desenvolve a sua atividade sob o lema: “Mais e melhor saúde para todos os utentes” (Ministério da Saúde, 2022, s.p.)

Para atingir a missão definida o Aces lezíria organizou se em 9 Centros de saúde, que correspondem aos conselhos que constituem este agrupamento como se pode ver na figura 3.

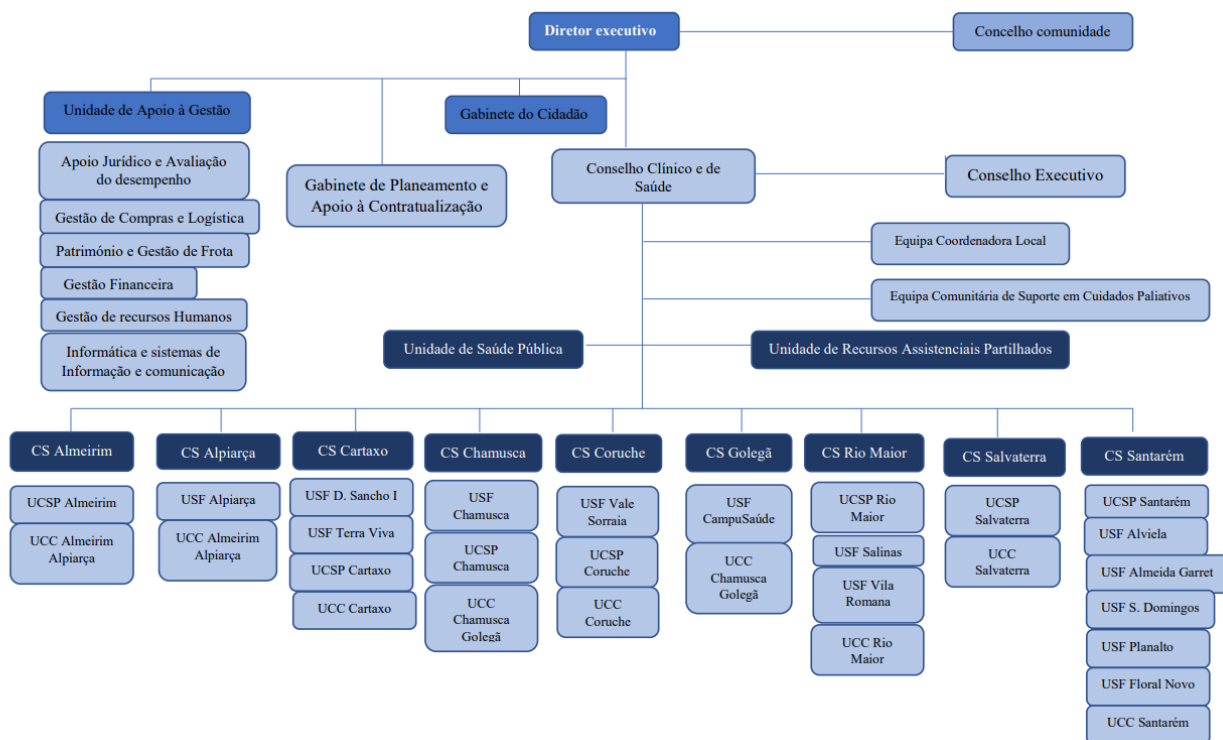


Figura 3 - Organograma do ACES Lezíria,

Fonte: adaptado do Ministério da Saúde, 2022 (BI-CSP)

A USF D. Sancho I faz parte do Centro de Saúde do Cartaxo, que também agrega a Unidade de cuidados personalizados do Cartaxo, USF Terra Viva e a Unidade de cuidados na comunidade do Cartaxo.

Para cumprir o seu propósito o ACES lezíria conta com 215 enfermeiros, 107 médicos, 53 internos, 144 secretários clínicos, e 161 outros profissionais.

2.1.1 - Caracterização Da USF D. Sancho I

A Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria, respeitando os pressupostos do DL n.º 73/2017 que veio alterar o regime jurídico do decreto de lei DL n.º 161/2007, sendo uma USF tipo B.

No Manual de Acolhimento (2020) pode-se ler que esta unidade iniciou atividade a 8 de fevereiro de 2007, passou de modelo A para modelo B em fevereiro de 2009. Em 2015 obteve a Acreditação de qualidade de nível Bom, pelo departamento da Qualidade em Saúde

do Ministério da Saúde. Certificação esta, revalidada em 2021. Atualmente está certificada pela Entidade Reguladora da Saúde com a certidão E127295.

A área geográfica de atuação da USF D. Sancho I abrange as seguintes freguesias: Ereira; Lapa; Pontével; Valada; Vale da Pedra e Vale da Pinta. Aliás a importância da sua população é assumida na escolha do nome da unidade bem como no seu logotipo (figura 4), que representa as cores e o escudo de armas de D. Sancho I que atribuiu foral a Pontével.



Figura 4 - Logotipo da USF D Sancho I,

Fonte: Regulamento Interno da USF.

Para responder às necessidades de cuidados desta área, a unidade é constituída pela sede da USF D. Sancho I em Pontével e por 2 polos localizados nas freguesias de Valada e Vale da Pedra.

2.1.1.1. - Missão, Visão e Valores

De acordo com Regulamento Interno (2020, pág.8) a missão desta unidade é: “Para a saúde da nossa população, seremos uma equipa coesa, solidária, organizada e optimizadora dos recursos disponíveis, em ambiente de partilha e corresponsabilização, na prestação de cuidados personalizados e humanizados”.

Foi definido como visão: “a equipa pretende ser vista como uma equipa de referência no painel das USF’s, bem como para as famílias a quem presta cuidados, pela boa qualidade dos serviços prestados, em tempo útil e com a melhor relação custo-benefício.”

A equipa pauta-se pelos valores de coesão, entajuda e partilha, tendo sempre presentes os conceitos de acessibilidade, globalidade, personalização e continuidade, a aplicar na prática diária.

2.1.1.2 - Horário de funcionamento

A sede funciona de segunda a sexta feira das 8:00h as 20h.

O polo Vale da Pedra funciona na segunda e quarta feira das 8h as 18h; terças e sexta

feira das 8:30h as 13:30h e quinta feira as 9:30 as 17:00h.

Enquanto o Polo Valada funciona só às 8h as 17:30h, as segundas e quintas feiras.

A USF funciona durante a semana estando encerrada aos feriados e fins de semana. No período de encerramento, os utentes, em situação de doença aguda não grave, podem recorrer ao Atendimento Complementar, que se realiza nas instalações da unidade do Cartaxo das 9h00 às 14h00, e serve todos os utentes do Centro de Saúde do Cartaxo.

A USF bem como o Atendimento complementar não estão vocacionados para receber situações de urgência, essas situações são encaminhadas para o Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Santarém.

2.1.1.3 - Recursos humanos/organização

Para concretizar a sua atividade conta com 6 médicos, 6 enfermeiros, 5 internos e 5 secretários clínicos e 2 assistentes operacionais.

Relativamente a equipe de enfermeiros existem:

- 1 especialista em enfermagem saúde infantil e pediátrica
- 1 especialista em enfermagem saúde materna e obstétrica
- 1 especialista em enfermagem de saúde comunitária na vertente de saúde familiar;
- 1 especialista em enfermagem de saúde comunitária na vertente de saúde pública;
- 1 especialista em enfermagem de reabilitação.

A estrutura organizacional obedece ao DL n.º 73/2017 pelo que a equipa multidisciplinar tem um Coordenador; o conselho técnico que é composto por 1 elemento das 3 categorias profissionais existente na micro equipa e o conselho geral que é composto pela equipa toda. O conteúdo funcional de cada um está expresso no regulamento interno da unidade.

Estes recursos estão organizados em micro equipas constituídas por médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico, com funções bem explícitas no regulamento interno, que centram a sua atividade para o ficheiro de famílias que lhes foi atribuído, por forma a obter ganhos em saúde concretos, passíveis de ser traduzidos em indicadores.

2.1.1.4. - Acessibilidade

Na leitura do regulamento interno, no capítulo princípios de organização da unidade, pode-se ler que a organização da USF D. Sancho I está centrada no cidadão. Esta premissa torna a unidade muito acessível aos utentes inscritos, quer do ponto de vista arquitetónico quer do ponto de vista funcional.

O utente tem acesso à equipe multidisciplinar através de telefone, email, portal da saúde ou presencialmente. Sendo esta gestão de informação função do administrativo. A este membro de equipa de saúde, o utente expressa a sua necessidade e este encaminha para o profissional adequado. As regras de marcação de consulta e/ou tratamentos estão bem explicitadas no regulamento interno pelo que o utente terá sempre uma resposta adequada as suas necessidades.

Em caso de ausência de algum elemento, cada classe profissional obedece a um esquema predefinido de intersubstituição expresso no regulamento interno, pelo que são sempre garantidos os cuidados à população da unidade.

Quanto à estrutura arquitetónica torna a circulação livre e desimpedida (sem qualquer tipo de barreira arquitetónica) dos utentes na unidade com dificuldade na mobilização. Também a sinalética dos gabinetes e área assistencial facilita o acesso e circulação dos utentes.

Ressalva-se a existência de um circuito unidirecional o que evita a aglomeração de pessoas nas instalações da Sede da USF.

2.1.1.5. - Caracterização dos utentes da USF D. Sancho I

A família é o contexto onde se desenvolvem padrões que influenciam positivamente ou negativamente a saúde individual pois é a forma como a família gere as transições de saúde de casa um dos seus membros fomentando ou debilitando a saúde familiar. Assim se uma família conseguir providenciar um ambiente seguro e estável emocionalmente e ser capaz de desenvolver cuidados necessários a família assume o papel de provedora de cuidados. (Figueiredo 2009). Assim é importante conhecer características dos utentes que estão inscritos na USF em especial no ficheiro do qual enfermeira Paula é responsável.

Uma vez que os anos anteriores se pautaram pela resposta à pandemia por SARS COVID-19, optou-se por analisar os dados referentes ao primeiro triénio deste ano.

De acordo com os Bilhete de Identidade - CSP (BI – CSP) em abril deste ano, USF tem 11.199 utentes inscritos, todos com médico de família e enfermeiro família atribuído e

organizados por agregado familiar.

Da análise pirâmide etária dos utentes da USF pode-se constatar que existe um predomínio no topo da pirâmide, pelo que se trata de uma pirâmide decrescente, o que revela uma população mais envelhecida, onde a taxa de renovação é baixa acompanhada pela baixa natalidade em contraste com a elevada esperança de vida. Existe um predomínio nos escalões adulto e idoso em ambos os sexos.

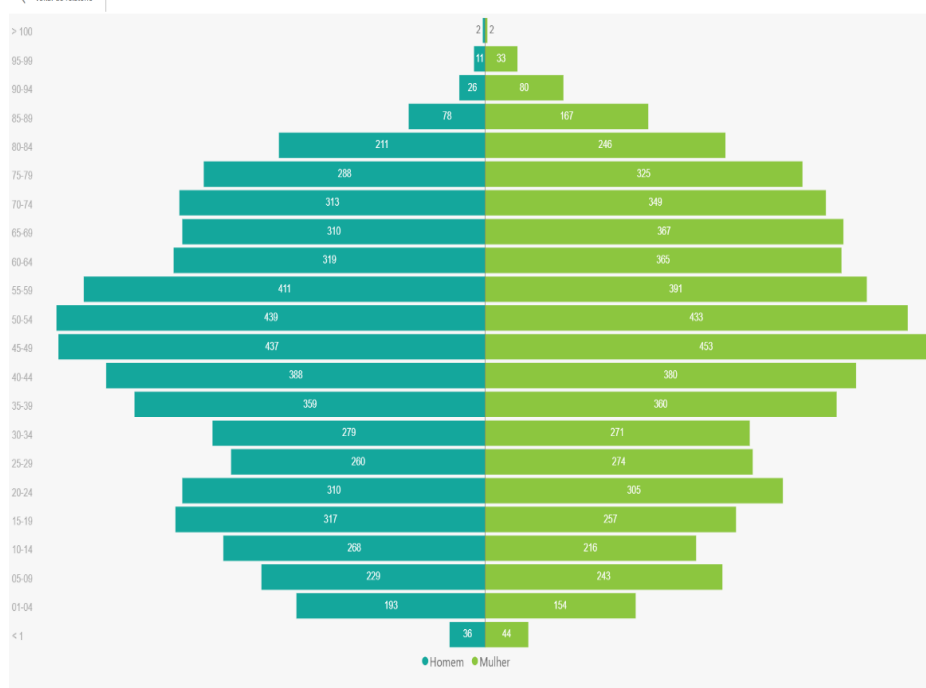


Figura 5 - A pirâmide etária dos utentes inscritos na USF em abril de 2022

Fonte Ministério de Saúde, 2022 (retirado do site do BI-CSP a 4/6/2022)

Perante estas características, as unidades ponderadas desta unidade sobem para 15.052, sendo que o índice de dependência 59,8%, sendo 40,7% o índice atribuído a idosos enquanto o índice de jovens é 19,73%.

Ainda na análise do BI-CSP, verifica-se que, em abril de 2022, consultados em 04/06/2022, os principais problemas ativos para os utentes desta unidade: são as dislipidemias (32, 27%), hipertensão (30%), excesso de peso (25%) e obesidade (22%), abuso do tabaco (18%), diabetes não insulino dependente (13,07%), contraceção oral (13%), problemas osteo articulares (12,05%) e perturbação depressiva (11,04%) (Ministério da Saúde, 2022).

O BI-CSP permite também perceber que os principais problemas sociais ativos da população inscrita na USF em abril de 2022. Destacam-se a perda/falecimento do parceiro ou

de familiar direto, problemas por agressão/acidente violento, problemas relacionais com o parceiro, problemas com a educação, problemas por doença do parceiro. Estes problemas demonstram bem a necessidade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde familiar nesta população, pois estes problemas são os focos de atenção desse enfermeiro, dos quais se destacam: processo familiar, satisfação conjugal, papel parental, papel de prestador de cuidados de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Relativamente ao ficheiro ao cuidado da enfermeira Paula Santiago, é composto por 1894 utentes o que corresponde a 809 famílias, com o número de utentes médio por família: 2,3. Este valor contrasta com o rácio exposto no DL n.º233/014, que preconiza um enfermeiro para 1.550 utentes ou um enfermeiro para 350 famílias.

Estes utentes estão na sua maioria distribuídos (por ordem decrescente de n.º de utentes por freguesia) Valada, Cartaxo e Vale da Pinta, Pontevél, Ereira e Lapa, Vale da Pedra, existem ainda utentes de outras freguesias, que embora já não façam parte da área de influência da USF, escolheram permanecer como utentes da USF.

A pirâmide etária do ficheiro acompanha a tendência da pirâmide dos utentes da USF.

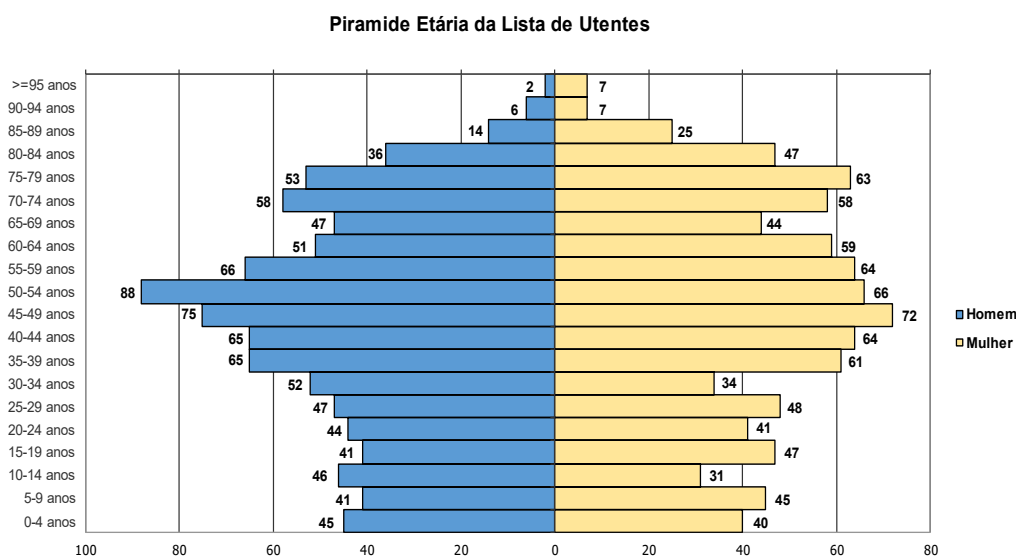


Figura 6 - A pirâmide etária dos utentes do ficheiro cuidado pela Enf. Paula

fonte: MIN@UF 2022

Segundo dados do MIM@UF (acedido a 20/05/2022) das 809 famílias, 275 utentes vivem só, 226 famílias têm 2 elementos por agregado familiar, 152 famílias têm um agregado de 3 elementos; 99 famílias tem 4 elementos no agregado; 42 famílias têm no seu agregado

familiar 5 elementos; 8 famílias são compostas por 6 elementos e 7 famílias têm 7 ou mais elementos no seu agregado familiar.

Embora a grande maioria dos agregados familiares sejam compostos por 1 ou 2 elementos, não quer dizer que não tenham recursos de suporte, e pela observação em visita domiciliar verificou-se que as redes de suporte informais tais como familiares próximos ou vizinhos acabam por ser um importante recurso que permite à população idosa ou dependente permanecer em suas casas com condições de salubridade e com autonomia. Nesta realidade, compete ao Enfermeiro de Família avaliar a existência de recursos e redes formais e informais, pois perante uma população envelhecida, o enfermeiro de família assume-se como um profissional importante, pois o enfermeiro de família fomenta a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, tais como, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde. (DL n°118/2014).

Uma vez que o enfermeiro de família presta “cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (DL 118/2014, pág. 4070), importa analisar a distribuição de utentes do ficheiro em estudo por Programas de Saúde e Áreas de intervenção, discriminado nos quadros 2 e 3.

Quadro 2- Distribuição dos utentes com programa de saúde.

Programa Nacional (PN)	Nº de utentes
PN Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	400
PN Pessoas Idosa	448
PN Cuidados Paliativos	1
PN Diabetes	220
PN Saúde Infantil	306
PN Saúde Juvenil	105
PN Intervenção Precoce	5
PN Puerpério	2
PN RCCU	163
PN RCCR	51
PN Prevenção e controlo de tabagismo	147
PN Risco Hipertensão	592
PN Narcóticos de Substituição	2

Fonte: SClinico (junho de 2022)

Quadro 3 - Distribuição dos utentes por área de intervenção.

Áreas de intervenção	Nº de utentes
Dependentes	26
Saúde de adultos	1078
Saúde da família	120

Fonte: SClínico (junho de 2022).

Estes quadros demonstram a pluralidade e multidimensionalidade do campo de atuação do enfermeiro de família, que com a sua intervenção permite que as famílias possam construir um projeto de saúde mais saudável, personalizados e em especial exequível para cada família. Constitui a carteira básica dos cuidados oferecidos á população inscrita na unidade.

2.1.1.6 - Consultas de enfermagem

Os enfermeiros da USF prestam cuidados de enfermagem, preferencialmente, aos utentes que constituem o seu ficheiro clínico. Para garantir o atendimento pelo enfermeiro de família as consultas de enfermagem que estão associadas aos programas nacionais tem horário específico. Contudo, em caso de intersubstituição ou por preferência de determinado horário por parte do utente, os tratamentos podem ser realizados por outro enfermeiro.

A metodologia de trabalho está organizada segundo o enfermeiro de família, que é o

“profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (DL nº118/2014, pág. 4070).

A intervenção de enfermagem engloba todos os programas e todas as etapas de vida da pessoa/família, a prestação de cuidados de saúde acontece na unidade bem como no domicílio do utente, sendo que atualmente a maioria dos domicílios realizado são do âmbito assistencial curativo a utentes que não se podem deslocar à unidade. Embora esteja preconizado a visita ao recém-nascido e puérpera esta não se realiza por motivos pandémicos e necessidade de alocação de recursos para outras atividades como vacinação covid.

O modelo teórico para a avaliação e intervenção familiar escolhido pelos enfermeiros da unidade é o Modelo Dinâmico Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

2.1.1.7 - Programas da carteira de serviços da USF

A USF D Sancho I cumpre com a carteira básica de serviços definida pelo Anexo I da Portaria n.º 1368/2007, materializada no plano de ação, pelo que a oferece aos seus utentes programas de saúde com consultas de vigilância, promoção de saúde e prevenção da doença no âmbito: do recém-nascido, criança e adolescente (Saúde Infantil e Juvenil); saúde de Adultos; saúde da Mulher (saúde materna, planeamento familiar, aconselhamento pré-concepcional e pré-natal e puerpério); hipertensão, diabetes e hipocoagulação; visitação domiciliária; atendimento em situações agudas (consulta aberta); acompanhamento de doença crónica; tratamento de feridas; vacinação a crianças e adultos. Os utentes em idade chave podem ainda aderir aos Rastreio do Cancro do Colo do Útero e Rastreio do Cancro do colon e Reto inseridos no Programa Nacional de Rastreamentos para as Doenças Oncológicas. Foi ainda predefinido que a consulta de enfermagem deverá ter a duração de 15 minutos.

Importa referir que no ano 2020/21, tendo em conta a pandemia, os planos de ação e a carta de compromisso tem de considerar a Matriz Multidimensional de Desempenho (nas áreas, subáreas e dimensões), centrar-se no Plano de Melhoria com os seguintes requisitos: melhoria e qualificação do acesso qualificação da prescrição, qualificação da discussão clínica; satisfação (dos profissionais e dos utentes); e subáreas a necessitarem intervenção, em função da análise de resultados de 2020 (ACSS, 2020). Esta informação torna-se importante pois a USF encontra-se em processo de mudança uma vez que houve mudança de coordenador e também no conselho técnico com a saída do enfermeiro para ocupar o cargo de vogal de enfermagem do ACES Lezíria, que sendo depois nomeado diretor executivo do ACES Lezíria, pelo que não existe plano de ação ainda definido para o bi-énio, sendo o último de 2019 nem a carta de compromisso, pelo que optou analisar a Matriz Multidimensional de Desempenho referente à atividade de enfermagem.

Na análise do documento do BI – CSP onde se expressa a Matriz Multidimensional de Desempenho constam um total de 111 indicadores em 22 dimensões, para a avaliação da USF, com um índice de desempenho global de 80,40% no ano de 2022.

No mesmo site verifica-se que, relativamente à atividade de enfermagem, deverá melhorar os seguintes indicadores para aumentar o índice de desempenho global, sendo o desempenho nas outras áreas/dimensões de 100%: indicador 5 “Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família”; indicador 8 - “Taxa de utilização de consultas de Planeamento Familiar(realizados pelo médico ou enfermeiro)”; indicador 9 - “Taxa de

utilização de consultas de Planeamento Familiar(realizados enfermeiro); indicador 99 -“Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos”; indicador 294 - “taxa de domicílios enfermagem por 1000 inscritos idosos”; indicador 331 -“Índice de utilização anual de consultas de enfermagem” (Ministério da Saúde, 2022)

Atualmente dado o constrangimento pandémico a visita domiciliar é na maioria realizada no âmbito assistencial a pessoas com dificuldade de mobilização que em situação aguda necessitam de tratamento. Compete ao enfermeiro de família, após receção da solicitação por parte do utente ou família avaliar a sua pertinência. Existe ainda definido na carteira de serviços à população inscrita a visita ao Recém-nascido/ puérpera, mas que não se está a realizar.

No Manual de Articulação da unidade verifica-se que o utente da unidade tem acesso a outros cuidados de saúde, terapêuticas e a meios de diagnostico recorrendo a outras unidades do ACES funcionais, como Unidades de recurso assistenciais partilhados, Unidade de Cuidados na comunidade (UCC) e Centro de Diagnostico Pneumológico.

Para favorecer esta articulação, os enfermeiros desta unidade referenciam diretamente para as unidades específicas, dando cumprimento DL nº 149/2014, que refere que o enfermeiro de família fomenta maior equidade no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que é o elo de ligação entre a família e outros profissionais e/ou serviços de saúde.

Assim as utentes grávidas (e/ou casais) podem frequentar o curso de preparação para a parentalidade, em articulação com a UCC, no Centro de Saúde do Cartaxo, após referenciação.

Também em articulação com a UCC, os utentes podem realizar sessões de Fisioterapia nas instalações da USF após referenciação.

Os utentes da USF em situação de dependência que necessitem de intervenção diferenciada, mas sem necessidade de internamento, são diretamente referenciados, pelo enfermeiro de família, para equipa de cuidados continuados integrados, o que melhora a articulação entre as duas unidades. A entrada o mais precocemente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é garantida pela existência de elos de ligação (Equipa de Gestão de Altas) na equipe de enfermagem.

Também utentes em situação paliativa também podem ser referenciados para a Equipa comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, que comprometem -se a prestar cuidados

paliativos de forma a garantir a permanência do utente no seu ambiente comunitário de familiar aos utentes deste ACES conforme a Portaria 165/2016 de 14 julho.

2.2 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Na atualidade, os cuidados de Enfermagem necessitam para sua execução uma exigência técnica e científica maior, sendo a especialização uma resposta que destaca a importância destes profissionais.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (DL 26/2019, pág. 4754) pode-se ler que o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” Reconhecimento esse, feito pela Ordem dos Enfermeiros atribui o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. O título de enfermeiro especialista é atribuído aos enfermeiros que, para além das competências expressas nos Regulamentos da Especialidade pretendida em Enfermagem, e também desenvolvam as competências comuns, que aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista incluem “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (DL 26/2019, pág. 4755).

No mesmo Regulamento verifica-se que os domínios as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são os seguintes: Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados, Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que serão explorados de forma reflexiva.

2.2.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A competência profissional assume-se como juízo e ação adequada a situações complexas, únicas e incertas, onde há valores em conflito, pelo que é necessário desenvolver um pensamento reflexivo para lidar com situações extraordinária (OE, 2015). A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa e da família cuidadas. A ética e a deontologia profissional regulam a relação do enfermeiro e os destinatários dos cuidados, baseando-se nos valores da dignidade humana, os direitos das pessoas cuidadas, fomentando o bem-estar das

pessoas e das famílias. Pelo que, na compreensão do mandato social do enfermeiro especialista importa conhecer o Código Deontológico, o Perfil de Competências do ESF e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária (na área de ESF), pois estes documentos são responsáveis por formular a identidade dos respetivos profissionais.

Neste domínio procurou desenvolver uma prática profissional, ética e legal, alicerçada nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional. Durante a prática de cuidados procurou garantir o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais em todas as intervenções por forma a construir estratégias de resolução de problemas em parceria com a família em estudo. Isto é, exerceu enfermagem com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, demonstrando respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde das pessoas/família. Procurou realizar tomada de decisão suportadas em juízo baseado no conhecimento e experiência. Participou na construção da tomada de decisão em equipa (principalmente com a enfermeira orientadora). Procurou selecionar as respostas mais apropriadas tendo em mente a família e a sua unicidade e unidade. A privacidade e confidencialidade da família foi mantida em todo o processo do cuidar.

Destaca-se que mais do que uma prática profissional e ética, procurou-se garantir o cuidado ético, pois perante a situação de vulnerabilidade familiar, para além das boas práticas procurou-se um agir virtuoso, isto é a abordagem realizada teve como objetivo ser a mais capacitadora daquela unidade familiar. Neste contexto, a função de advocacia da enfermagem foi assumida durante todo o cuidado (OE, 2015). Pois em situação de vulnerabilidade das pessoas/família cuidadas, foi necessário ajudar, defender e proteger.

2.2.2 - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.

A qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde, evidenciada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio, no qual define que:

“a qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (DL nº 5613/2015 pág. 13551)

Neste contexto, a qualidade e a segurança são uma obrigação, porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados. Na sequência da pertinência da qualidade em saúde, a Conselho de Enfermagem da OE, em 2001, definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que são um instrumento para promover a melhoria contínua da qualidade. Nesse documento estão definidos seis enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados descritivos explicam a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da enfermagem, são para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para os enfermeiros a orientação para uma prática profissional de excelência (OE, 2012).

Ressalva-se que o desenvolvimento de uma cultura de qualidade em Saúde, alicerçada na excelência do cuidar, é um alvo declarado. Onde a qualidade não é idealizada como um protocolo rígido, mas como a melhor resposta possível com os meios e recursos existentes. A estratégia do enfermeiro para adaptar a norma às necessidades concretas revelam a habilidade do enfermeiro e compromisso com a excelência. (OE, 2015)

No âmbito da competência “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, procurou usar evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade da prestação de cuidados (recorrendo a escalas validadas) para assim utilizar instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. E, assim, analisar os resultados e fornecer indicadores. Também a realização da RSL contribui para o desenvolvimento duma resposta mais adaptada à saúde familiar da unidade de cuidados em estudo, pois foi garantido o melhor cuidado e mais bem fundamentado.

Procurou intervir de forma garantir a efetividade terapêutica mantendo o ambiente seguro para a família, quer em contexto de USF quer em Domicílio, por forma a manter/fomentar o bem-estar da família e gerindo o risco.

Colaborou com a enfermeira orientada na reorganização da rede de frio do Pólo de Valada, preparando o para ser auditado.

Colaborou na gestão de consumo de medicamentos e material de pensos e na reorganização da sala de tratamentos, tornando o mais acessível e disponível na prestação de cuidados assistenciais.

2.2.3 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados compreendem dois critérios: a gestão dos cuidados de enfermagem, por forma a otimizar a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adequação da liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados. (DL n° 26/2019)

Neste domínio procurou realizar uma gestão criteriosa dos cuidados de enfermagem, fomentado a articulação com a equipa multidisciplinar, bem como, com outros profissionais, tais como assistente social. O enfermeiro de família é um profissional de ligação, pois fomenta a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, por forma a garantir a maior equidade no acesso aos cuidados de saúde (DL 118/2014). Para além as respostas que podem ser fornecidas pelo Centro de Saúde do Cartaxo, os recursos da comunidade podem ser parceiros estratégicos na saúde familiar. Pelo que, um dos objetivos da intervenção nesta família foi tornar acessível outras instituições como Segurança Social, Instituto de Formação Profissional e Câmara Municipal. Destas instituições, o contato com a Câmara Municipal revelou-se o mais difícil, pois não houve nenhuma resposta aos mails enviados.

2.2.4. - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Para ocorrer desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro deve demonstrar capacidade de desenvolvimento de autoconhecimento, assertividade nas relações terapêuticas e multiprofissionais em todos os contextos.

Para desenvolver competências neste domínio foi necessário usar o pensamento crítico - reflexivo permanentemente (coadjuvado com pesquisas bibliográficas), para favorecer a tomada de decisão em pressupostos alicerçados no conhecimento científico mais atual e não em crenças individuais. Pois, inicialmente, houve momentos, em que as construções pessoais da mestrandia surgiram como obstáculos ao desenvolvimento de uma visão sistémica e colaborativa, isenta de juízos de valor.

Se, o enfermeiro de família é um recurso de proximidade, que concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas suas forças (OE, 2017); deve o enfermeiro ser consciente das suas próprias forças, vulnerabilidades e fraquezas (Gottlieb,

2016). Esta consciência é essencial, pois o profissional deve ser capaz de fomentar o desenvolvimento das forças de outra pessoa e ou famílias, pois existe uma influência do comportamento do profissional no utente e vice versa. Estes estágios permitiram assim desenvolver a capacidade de autoconhecimento. Pois, se o enfermeiro é “gente que cuida de gente”, não basta a qualidade científica ou técnica, é necessário ter competências humanas e humanizadoras (OE, 2015, pág. 14).

2.3.- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

O enfermeiro especialista é o profissional que se especializou numa determinada área clínica, adquirindo as competências e conhecimentos adicionais para providenciar cuidados mais específicos (Lopes, 2018). Estes profissionais estabelecem pontes para a distribuição dos cuidados de saúde aos clientes, expandindo as opções terapêuticas e dando suporte a uma cultura de bem-estar (Gardner *et al.*, 2007). Pois desenvolvem competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (DL 26/2019), que se encontram no Anexo II.

Pela visão sistémica, a saúde familiar consiste no bem-estar familiar, que integra processos retroativos que oscilam entre estabilidade e mudança, fomentando transformações na estrutura do sistema familiar, mas mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida (Figueiredo, 2009 citando Relvas).

A enfermagem de saúde familiar perspetiva a família como unidade, isto é, um conjunto de indivíduos ligados por relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade e em permanente interação com o exterior (Figueiredo, 2009). Sendo o enfermeiro especialista “o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2017, pág. 9). Perante este contexto surgem as competências específicas do enfermeiro especialista em ECSF (OE, 2017)

- Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital aos diferentes níveis de prevenção
- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Assim o enfermeiro especialista concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças ou problemas. Para desenvolver a sua intervenção o enfermeiro, irá aplicar conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando a interação dinâmica entre os seus membros bem como a família na sua globalidade, perspetivando-as em diversos níveis: espirituais, antropobiológicos, sociais e culturais. Posteriormente, o enfermeiro desenvolverá uma relação terapêutica que permita descobrir significados e sentidos atribuídos aos processos de saúde-doença, pelas famílias, norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada. Assim com a intervenção do enfermeiro especialista as famílias e seus elementos ficarão mais capacitados para gerir os problemas experimentados (OE, 2017).

No percurso deste estágio pode desenvolver as competências específicas. Para o seu desenvolvimento foi essencial apostar numa abordagem sistémica e colaborativa. Pois só assim se consegue estabelecer um processo salutogénico.

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

A saúde da família abrange a saúde dos indivíduos como seres independentes, mas também reconhece a família como um ecossistema próprio e como o centro de ação do enfermeiro de família. Assim a saúde familiar assume a família como unidade e a interação da saúde individual com a família em si e reflete também uma interação a nível biopsicossocial espiritual e outros. (OE, 2017) O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo, 2012).

A família escolhida para intervir é uma família nuclear, porque é um grupo de indivíduos com laços de sangue (subsistemas filial e fraternal) que coabitam na casa que foi do casal formador deste agregado, alicerçados na crença de que “família é sangue” e “obrigação de cuidar dos meus.” Existe um elemento totalmente dependente que exige cuidados constantes

(M.O) e um prestador de cuidados. Embora a execução do cuidado seja bem realizada, a visão de família enquanto unidade de cuidados, permitiu determinar diagnósticos de enfermagem importantes para esta família que demonstram sua vulnerabilidade e que são problemas na saúde familiar.

A intervenção familiar começou após a cuidadora ter pedido ajuda para lidar com a saturação e desgaste. Como existia uma pessoa dependente, iniciou-se uma intervenção domiciliária, permitindo conhecer todos os elementos do agregado familiar e apreciar as suas dinâmicas no seu próprio contexto familiar.

Esta Família era emaranhada com limites difusos entre os seus subsistemas e com pouca abertura para exterior (limites rígidos com o exterior), reunia características/forças que tornavam o sistema familiar coeso e funcional, que são:

- H.A – Cuidadora carismática e eficaz na prestação de cuidados;
- T.L e J.A embora com doença psiquiátrica severa, conseguem estar controlados
- T.L destaca- se como um suporte na prestação de cuidados.

Durante os momentos de intervenção de enfermagem procurou dar primazia á relação de empatia, confiança com demonstração de disponibilidade e aceitação incondicional pela família em estudo. Exercendo uma escuta ativa por forma a criar uma atmosfera de abertura para que se estabelecesse uma relação de parceria efetiva, por forma a existir expressão da dimensão sensorial dos problemas e não tanto no problema em si. A intervenção sistémica, trata se de uma abordagem revolucionária e ecológica, porque rejeita a visão reducionista que anula a compreensão das ligações e circularidade dos membros do sistema familiar. Mas antes, defende a relação da ajuda como pedra angular da intervenção e, portanto, onde os profissionais escutam, analisam e compreendem a situação de crise familiar que as pessoas enfrentam, justificando o legado funcional do ESF para que seja o de catalisador para a mudança. Pois este profissional, através da posição/relação privilegiada desenvolve a suas funções com, e não para as famílias (Figueiredo, 2012)

A intervenção familiar decorreu maioritariamente em contexto domiciliário uma vez é o ambiente de vivência habitual e da comunidade em que está inserida a família. O foco de atenção do enfermeiro poderá estar centrado não só nas necessidades do utente/família, mas também nos fatores familiares, socioculturais, económicos, e ambientais, que influenciam tanto o contexto de prestação de cuidados, como a eficácia dos cuidados prestados. (Pinto, 2016.).

Este contexto também permitiu realizar entrevistas mais profundas e demoradas, bem como ampliar a compreensão da perspetiva sistémica descrita por Alarcão (2000, pág. 23) “...que não há um observado e de que o resultado da observação é sempre uma construção resultante da interação recursiva entre o que se observa e o que é observado.” Esta visão permite aceitar e compreender que os sistemas abertos (famílias) transformam-se, mas mantem a sua identidade. Identidade esta, que assume-se como a organização, que representa a totalidade das relações que definem o sistema familiar e determina a dinâmica das interações e das transformações que podem ocorrer enquanto Unidade. Sendo a estrutura a totalidade das relações efetivas que mantem os membros que integram a unidade familiar num determinado espaço.

Nestas entrevistas utilizou-se técnicas de comunicação importantes na abordagem sistémica e colaborativa, tais como:

- ✓ de questões lineares (para permitir definir problemas)
- ✓ questões estratégicas (que surgiam da confrontação e permitiam orientar novos padrões)
- ✓ questões circulares (permitindo analisar as diferentes perspetivas)
- ✓ questões reflexivas (questões que promovem novas construções).

Inicialmente a aplicação destas técnicas foi vivenciada com alguma angústia pois havia o receio de ser demasiado invasiva e desadequada, contudo o recurso à matriz operativa do MDAIF permitiu à enfermeira estabelecer um fio condutor que norteou a sua prática. Isto é, numa fase inicial procurou reunir informação e explorar as possibilidades da família. O recurso à construção conjunta de um genograma e um ecomapa permitiu a representação gráfica da estrutura familiar e a reformulação de alguns pressupostos familiares, colhendo a informação necessária e facilitando o processo relacional.

Para o desenvolvimento dum processo de enfermagem adequado e ajustado a realidade daquela família, foram usados os outros instrumentos de avaliação familiar: Escala de Graffar, FACES II (Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar), Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, a Escala de Readaptação de Holmes e Rahe. Estes, permitiram implementar um plano de cuidados com intervenções adequadas às necessidades identificadas para manter a funcionalidade do sistema familiar adequado.

Também a utilização de escalas validadas (como a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit) garantiu uma tomada de decisão isenta e realista, demonstrando ser uma ferramenta de idoneidade profissional e legitimadora da intervenção de ECSF enquanto disciplina com um corpo técnico científico próprio. Pois esta escala, permite avaliar a sobrecarga objetiva e

subjetiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Sequeira, 2010)

Concorda-se com Figueiredo (2012), pois a utilização do MDAIF também permitiu a identificação colaborativa das necessidades da família, que determinou diagnósticos contextualizados num tempo e domínio específico da vida familiar. o que organizou o processo de enfermagem com a família, permitindo estabelecer prioridades, identificar recursos e necessidades e assim desenvolver intervenções que fomentem a mudança e o compromisso da família com o plano terapêutico. Pois, o Enfermeiro Especialista fundamenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, e compromete-se a facilitar os processos de aprendizagem bem como a ser agente promotor da investigação, como se pode verificar pela consulta do Apêndice I - Processo de Enfermagem.

2.3.2. - Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

No Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista ECSF (DL 428/2018, pág. 19354) refere o Enfermeiro de Família é “o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários”.

Neste estágio uma vez que houve a oportunidade de articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. Que foram:

- dentro da micro equipe
 - com a Medica de Família, no âmbito do sono comprometido de M.O. e controlo e vigilância da diabetes
- dentro dos recursos do centro de saúde
 - assistente social; através de referenciação interna (nos âmbitos dos diagnósticos rendimento familiar insuficiente; papel de prestador de cuidados comprometido -Saturação).
- na comunidade
 - Junta de Freguesia e Câmara, através de mail, no âmbito do diagnóstico animal doméstico negligenciado,
 - Instituto Formação Profissional
 - Instituto de Segurança Social.

Relativamente ao nível da Gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Procurou participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde familiar em diferentes famílias e em etapas do Ciclo Vital distintas.

Durante o estágio fomentou uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais, em especial destaque com a Enfermeira Paula.

Utilizou as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar, através do registo em SClinico. Relativamente a tradução do MDAIF em processo de enfermagem pelo SClinico na área de atuação saúde familiar, revelou alguma incongruência. Pois existem algumas dimensões recursivas não expressas no SClinico, o que compromete o registo da avaliação da família como unidade de cuidados e assim a sua tradução em indicadores da prática de enfermagem familiar.

Por forma a obter mais conhecimento e de validar a intervenção familiar efetuada participou no 4º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde familiar com o poster intitulado “Cuidar de quem Cuida: uma família em apuros”, que foi premiado pela intervenção familiar defendida. Trabalho esse que depois apresentou à equipe da USF.

3 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A produção de conhecimento na Enfermagem é um fator determinante para a melhoria dos cuidados, pois as boas práticas devem surgir da investigação sendo um modo de confirmar a realidade. Alicerçar a prática de Enfermagem na melhor evidência disponível, através da PBE, permite aumentar o valor aos cuidados de saúde, melhorar a experiência do utente (incluindo a qualidade e confiabilidade dos cuidados de saúde) e aumentar os resultados em saúde, e reduzir os custos (Apostolo, 2017). Em termos práticos, a PBE permite a tomada de decisão de cuidados a serem prestados a partir da inclusão dos melhores resultados científicos provenientes de investigação e aplicáveis na prática de enfermagem (Ferrito, 2007). Pois o objetivo é o melhor resultado em saúde através da utilização da melhor prática disponível. Para concretizar este objetivo é importantes três elementos seguintes: mudar a prática clínica, incorporar evidência através da mudança do sistema/organização e avaliar o impacto da utilização de evidências no sistema de saúde, no processo de cuidados e nos resultados em saúde. (Apostolo, 2017)

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL), também designada de síntese da ciência, é uma investigação secundária complexa, detalhada e reprodutível, através de uma metodologia, utilizando um processo para localizar e sintetizar e agregar, a partir da literatura primária, todas as evidências existentes num determinado tópico. Isto é, a RSL é uma tentativa de integrar os dados empíricos, provenientes dos estudos primários, com a finalidade de descobrir a evidência internacional e produzir declarações que devem orientar a tomada de decisões clínicas (Apostolo, 2017).

O *Joanna Briggs Method (JBI) for Systematic Review Research Quick Reference Guide* fornece um processo de RSL útil para uma correta síntese e agregação de evidências de vários estudos, permitindo a PBE nas organizações de saúde. (*The Joanna Briggs Institute*, 2015, citado por Apostolo, 2017).

Assim desenvolveu-se a RSL, intitulada: “**Fatores relacionados com a resiliência no cuidador familiar com doença de Alzheimer**” (Revisão de Etologia)

3.1- RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população trouxe desafios à sociedade, instituições de saúde e famílias, pois este fenómeno conduziu a um aumento exponencial de doenças

decorrentes do processo de envelhecimento, como é o caso da DA. Para desenvolver um novo papel – prestador de cuidados - as famílias são chamadas a desenvolver novas estruturas, contudo esta crise muitas vezes parece colidir com outros papéis já existentes, o que constitui um perigo à organização familiar. Compete ao enfermeiro de família intervir nestas famílias por forma a que estas sejam capazes de prestar o melhor cuidado possível sem que a organização familiar seja ameaçada, bem como a saúde individual mantida. Neste contexto importa perceber o que caracteriza e amplia a resiliência, quer do cuidador quer da família.

Metodologia: Para conhecer os fatores de relacionados com a resiliência foi realizada uma RSL, através da pesquisa de estudos publicados nos últimos 5 anos, nas bases de dados PubMed, e MEDLINE complete, CINHAHL Complete, *Nursing & Allied Health Collection e MedicLatino* via ESBCOHost. Desta pesquisa, obtiveram-se 768 artigos, dos quais se excluíram 298 duplicados. Dos 470 restantes, foram excluídos na primeira triagem pelo título e pelo resumo, sobrando 60 que não cumpriam com os critérios de elegibilidade. Ficando 4 artigos que correspondem a estudos transversais e cumprem todos os critérios elegibilidade.

Resultados: Todos os estudos foram revelaram que níveis altos de resiliência, quer familiar quer psicológica correspondem a um melhor desempenho enquanto cuidador e menor subcarga e o inverso também se verificou. Também o apoio de profissionais aos cuidadores foi considerado como preditor de níveis elevados de resiliência.

Conclusão: A resiliência é essencial para um bom desempenho enquanto cuidador e uma boa adaptação a esta situação de crise familiar. o conceito de resiliência funde-se com o conceito de saúde familiar, pelo que o enfermeiro de saúde familiar ocupa uma posição estratégica de extrema importância, garantindo uma a abordagem terapêutica sistémica e colaborativa com a unidade familiar onde doente e cuidador estão inseridos.

Palavras-chave: sobrecarga do Cuidador familiar, doença de alzheimer, cuidados domiciliários, resiliência, enfermeiro de saúde familiar, saúde familiar.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has brought challenges to society, health institutions and families, as this phenomenon has led to an exponential increase in diseases resulting from the aging process, such as AD. To develop a new role – caregiver – families are called to develop new structures, however this crisis often seems to collide with other existing roles,

which constitutes a danger to the family organization. It is up to the family nurse to intervene in these families so that they are able to provide the best possible care without jeopardizing the family organization, as well as maintaining individual health. In this context, it is important to understand what characterizes and enhances resilience, both of the caregiver and the family.

Methodology: In order to know the factors related to resilience, an RSL was carried out, through the research of studies published in the last 5 years, in the PubMed databases, and MEDLINE complete, CINHAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection and MedicLatino through ESBCOHost. From this research, 768 articles were obtained, of which 298 duplicates were excluded. Of the remaining 470, they were excluded in the first screening by title and abstract, leaving 60 who did not meet the eligibility criteria. Getting 4 articles that correspond to cross-sectional studies and meet all eligibility criteria.

Results: All studies revealed that high levels of resilience, both family and psychological, correspond to better performance as a caregiver and less burden, and the opposite was also true. Professional support for caregivers was also considered a predictor of high levels of resilience.

Conclusion: Resilience is essential for a good performance as a caregiver and a good adaptation to this family crisis situation. the concept of resilience merges with the concept of family health, whereby the family health nurse occupies an extremely.

Keywords: family caregiver burden, alzheimer's disease, home care, resilience, family health nurse, family health

3.2 - INTRODUÇÃO

A proporção de idosos na população mundial está a aumentar. Em 2050, cerca de dois bilhões de pessoas globalmente terão 60 anos ou mais. Em Portugal, estatisticamente verifica-se envelhecimento demográfico ou social, pois segundo dados do Instituto Nacional de Estatística [INE (2021)], entre 2011 e 2021 verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa (dos 65 e mais anos) que teve um crescimento de 20,6%. Decorrente da transformação sociocultural, que aconteceu nos últimos anos, conduziu a sociedade ao envelhecimento. O envelhecimento torna-se numa questão social com grande impacto, gerador de oportunidades e desafios que implicam alterar o quotidiano, quer das famílias quer das instituições (Santana, 2019).

A OMS (2021) alerta que a demência é uma das principais causas de dependência de cuidados e deficiência na velhice, em todo o mundo. A demência é atualmente a sétima maior causa de morte entre todas as doenças e uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os idosos em todo o mundo.

A DA é uma das principais causas de demência, contribuindo para mais de metade dos casos entre os idosos, representando 60 a 70% dos casos. A sua incidência aumenta com a idade e a maioria dos casos esporádico (OMS, 2021).

A OMS (citado por Sousa, *et al.*, 2017) reconheceu, em 2012, a demência como um crescente problema de Saúde Pública, onde a família é chamada a desempenhar o papel de cuidador. Esta realidade tem múltiplas origens, pois desde os primórdios uma das funções da família era cuidar dos seus enfermos.

Aliás a família desempenha um importante papel para a pessoa, pelo que é considerada um sistema social primário, dentro do qual o indivíduo é cuidado e se desenvolve a nível físico, pessoal e emocional. Tendo particular destaque no cuidado a pessoas em situação de dependência garantindo cuidados a longo prazo. (Melo, Rua & Santos, 2014 citando Sarmiento *et al.*, 2010). Assim, o processo dinâmico saúde-doença, a condição da doença, conduzem a uma situação de crise, e carece de cuidados para seja restabelecida a condição de saúde e o equilíbrio da pessoa. Contudo esse cuidado pode ter de ser realizado por outrem, surgindo o papel de cuidador (Cardoso, *et al.*, 2012). Em linguagem CIPE, Cuidador é “...aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente” (ICN, 2010, pág. 39). Pelo que o cuidado se assume como sendo as ferramentas necessárias para garantir a saúde e bem-estar, bem como a sua manutenção e a proteção da pessoa dependente. (Akgun-Citak, *et al.*, citado por Pinto, 2022).

O cuidador familiar é a pessoa que assiste e cuida de um familiar com algum tipo de doença, deficiência ou incapacidade, o que impede a realização natural das suas atividades diárias e das suas relações sociais, organizando-se a sua vida em torno do cuidado ao familiar doente. (Melo, Rua & Santos, 2014). Situação que implica uma reestruturação funcional para incorporar o novo papel familiar – o de prestador de cuidados que leva a família a adotar estratégias para fazer frente às necessidades de um dos seus membros, resultantes das limitações (Figueiredo, 2009).

Cuidar de pessoas dependentes com demência pode significar realização pessoal com fortificação dos laços com a pessoa doente, mas também pode conduzir a sobrecarga. Os fatores

encontrados na sobrecarga podem estar relacionados com o género, idade, habilitações literárias do cuidador, a proximidade física com o idoso, a duração e exigências dos cuidados prestados, a falta de conhecimentos, apoio e orientação por parte dos profissionais de saúde, a restrição da vida pessoal e social e com as estratégias de *coping* utilizadas (Cruz, *et al.*, 2010). Assim, a sobrecarga do cuidador caracteriza-se por uma experiência de fardo consequente das mudanças, entendidas como negativas, no quotidiano relacionadas com a prestação de cuidados e consequente alteração de hábitos e aumento de responsabilidade, e perante o stresse e o custo do cuidado, bem como o adiamento de projetos pessoais (Cardoso, *et al.*, 2012).

Verifica-se que a determinação do papel de cuidador informal a um membro da família tem influência cultural, religiosa e da história familiar, (Caldas, 2002 citado por Pinto, 2022). O que determina uma pessoa tornar-se cuidadora familiar de outro é resultante da relação familiar estabelecida ao longo da vida, pelo que compete aos profissionais, investir na formação de vínculos familiares, através do diálogo, levantamento de problemas e possíveis soluções com o intuito de fortificar esses laços e tornar o cuidador um aliado do doente. Além disso, os cuidadores necessitam sentir-se apoiados, valorizados e reconhecidos pelo trabalho que executam. Assim, o cuidado prestado poderá ser vivenciado não como algo esgotante, mas como um ato de afeto, ajudando o cuidador a não se sentir sobrecarregado. A compreensão das interações da família com a doença permite ao profissional de enfermagem perceber que os cuidadores familiares também precisam de cuidados, de orientações e de estratégias para alívio do estresse. Desse modo, poderão ter melhores condições de vida e, conseqüentemente, poderão proporcionar um cuidado com mais qualidade ao familiar doente (Manoel, Teston, Waidman, Decesaro & Marcon, 2013).

As intervenções de enfermagem devem incluir aconselhamento, solução de problemas, ensino de habilidade com a demência e terapia cognitiva comportamental, que são muito eficazes na redução da sobrecarga do cuidador bem como na ansiedade e na sintomatologia de depressão do cuidador. As intervenções multicomponente são seguras e eficazes. Pois, ao interagir com o cuidador, combinando uma variedade de intervenções, ocorrem mudanças de percepção num conceito multivariado, como a sobrecarga (Garcia & Casado 2018). Os estudos de intervenções multicomponentes que encontraram uma redução de encargos significativa incluíam o ensino de estratégias de *coping* relevantes ou terapia cognitiva comportamental (cujo objetivo terapêutico é alterar o significado atribuído a situações). Estes estudos também incluíram um foco no apoio emocional, pois o impacto das avaliações e estratégias de *coping* é

mediado pelo apoio emocional. Assim, as intervenções direcionadas para estratégias de enfrentamento, com foco em mudanças de avaliação, e combinadas com apoio emocional podem ser mais eficazes (Willians, *et al.*, 2018).

Contudo, He, *et al.* (2022) salientam como limitação a escassez de dados que não permite concluir a importância da resiliência, na intervenção com cuidadores familiares para prevenir a sobrecarga. Também Broekema, *et al.*, (2020) refere no seu estudo que são necessárias pesquisas para avaliar a eficácia e os mecanismos de funcionamento das intervenções de enfermagem de saúde familiar na promoção da resiliência familiar, na prevenção da sobrecarga do cuidador familiar e na otimização da colaboração entre a família e os cuidadores profissionais.

Importa relembrar as competências expressas no regulamento da ordem dos enfermeiros n.º 428/2018 as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da quais se destaca: cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, aos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Pois estas reforçam a fundamentação efetuada e enriquecem a pertinência de abordagem desta temática/ problemática.

3.3 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Existem vários tipos de RSL, o tipo escolhido para este relatório foi a RSL de etologia, cujo objetivo da revisão é determinar se, e até que ponto, existe uma relação entre duas ou mais variáveis. Neste relatório, pretende-se avaliar a associação da condição de saúde familiar dos cuidadores familiares com DA e a variável resiliência, quer psicológica quer familiar. Este tipo de revisão permite identificar fatores relacionados com o resultado/desfecho em saúde investigando correlações entre duas variáveis, por exemplo, entre uma variável e a evolução de uma situação de saúde/doença. Neste âmbito, as revisões de etiologia são importantes para o planeamento das políticas, dos processos e recursos na saúde, e da formação de pressupostos a respeito de risco ou fatores preventivos no desenvolvimento e progressão de situação de saúde/doença. (Moola, *et al.*, 2015 citado por Apóstolo, 2017).

3.3.1 – Questão de investigação

A formulação da questão é a parte mais difícil e determinante de realizar, pois ela condiciona todo processo de RSL. A questão deve conter a descrição do problema de investigação, a população, o contexto, a intervenção e os resultados (Vilela, 2020).

Pela informação expressa anteriormente, surge questão de investigação: **Quais os fatores que influenciam a resiliência do familiar cuidador da pessoa com Alzheimer, por forma a evitar a sobrecarga?**

3.3.2 – Objetivos da RSL

Esta revisão tem como objetivo geral: Conhecer os fatores associados à resiliência manifestada pelo cuidador familiar da pessoa com Alzheimer. Como objetivos específicos: Identificar os fatores de resiliência do cuidador da pessoa com Alzheimer em contexto domiciliário e estabelecer a importância da resiliência na prevenção da sobrecarga do cuidador.

3.3.3. – Critérios de inclusão e exclusão de artigos

Definição da mnemónica (Revisão de Associação)

- P (População) – famílias cuidadoras da pessoa com Alzheimer preferencialmente em contexto domiciliário.
- I (interesse) – esta revisão deve incluir estudos que incluam a resiliência, quer psicológica quer familiar, do cuidador do familiar com demência de Alzheimer
- O (Resultado) – esta revisão deve incluir estudos que contenham resultados sobre sobrecarga do cuidador e as dimensões da resiliência, tais como social, psicológica, física e familiar.

Quadro 4 - Critérios de inclusão dos artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (CI)	
CI ₁	Artigos publicados entre janeiro de 2017 e outubro de 2022.
CI ₂	Artigos em inglês, português e espanhol
CI ₃	Artigos com acesso livre e resumo disponível
CI ₄	Estudos que abordem cuidadores informais/familiares de pessoas com demência de alzheimer (deverão constituir pelo menos 70% da amostra ser doentes com DA) preferencialmente em contexto domiciliário
CI ₅	Estudos que abordassem a resiliência, quer do cuidador quer da família cuidadora, uma vez que a família é a unidade de cuidados do enfermeiro de família.
CI ₆	Estudos que associavam a resiliência a outras variáveis ou teorias do cuidador como <i> coping </i> e sobrecarga.

Quadro 5 - Critérios de exclusão dos artigos

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (CE)	
CE ₁	Artigos duplicados
CE ₂	Ensaio clínicos e tratamentos farmacológicos
CE ₃	Artigos sobre cuidadores de pessoas com patologia não demencial
CE ₄	Artigos sobre cuidadores formais.
CE ₅	Artigos em outras línguas
CE ₆	Narrativas ou artigos com perspetivas pessoais ou de opinião
CE ₇	Artigos sobre pessoas com demência institucionalizadas

3.3.4 - Estratégia de pesquisa

Esta revisão teve início com uma primeira procura livre na PubMed e Google Scholar para identificação das palavras-chave.

Posteriormente foi consultada a lista de vocabulários controlados no *Medical Subject Headings* (MeSH) e também Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os descritores encontram-se no quadro 6.

Quadro 6 - Operadores booleanos

DeCS	Mesh
Carga do cuidador	Caregiver burden*
Doença de alzheimer	Alzheimer Dementia OR alzheimer Disease
Assistência domiciliaria	Homebound persons
Enfermeiras de saúde da família OR Enfermeiras de saúde da comunidade	Family nurse practitioners OR Comunitaty health nurse
Resiliência, psicológica OR Estratégias de Enfrentamento*	Resilience, Psychological OR Coping Strategies*

A pesquisa foi realizada em novembro e dezembro de 2022 e utilizou-se as palavras-chaves descritas no quadro acima expresso. Estas identificam a questão em estudo. Para dar resposta à questão de investigação usou-se as várias estratégias, na plataforma de base de dados ESBOHost, acedido pela área reservada da Ordem dos Enfermeiros e no PubMed.

Utilizando as conjugações de:

- Caregiver burden*AND Alzheimer Dementia* AND Family nurse practitioners* AND Resilience, Psychological OR Coping Strategies*
&
- Caregiver burden*AND Alzheimer Dementia* AND Resilience, Psychological OR Coping Strategies*AND Comunitaty health nurse*
&
- Caregiver family* AND Resilience, Psychological OR Coping Strategies* AND Alzheimer Dementia* (conjugação final)

As bases de dados escolhidas, pela plataforma ESBCOHost, foram a MEDLINE complete (Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica), CINHAHL Complete (Cumulative Index off nursing and Allied Health literature), Nursing & Allied health Colection e MedicLatino,

A PubMed também se revelou uma base de dados acessível e com muita evidência científica, com contributos para esta revisão.

Como limitadores selecionou-se texto completo, artigos publicados dentro do período de janeiro de 2017 a outubro de 2022, resumo disponível e texto completo em PDF. Os expansores usados foram buscar também no texto dos artigos, aplicar assuntos equivalentes e localizar todos os termos de busca.

3.3.4.1- Processo de seleção de artigos

Após a realização da pesquisa nas bases de dados científicas, procedeu-se à remoção dos duplicados através do programa ESBOHost. Enquanto que na pesquisa realizada na base de dados PubMed foi feita manualmente pelo investigador. De seguida, realizou-se uma seleção através de leitura dos títulos e dos resumos dos restantes artigos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

Na etapa seguinte procedeu à avaliação dos textos na íntegra, tendo em conta sempre os critérios de inclusão e exclusão. Os textos foram lidos em inglês (língua original) e depois traduzidos para português pelo Google tradutor e novamente avaliados.

Para facilitar o processo de filtragem dos estudos procedeu-se à construção dum diagrama obedecendo ao protocolo 2020 *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse* (PRISMA) que exprime a seleção dos artigos em cada etapa de acordo com a os critérios de elegibilidade do protocolo da revisão sistemática.

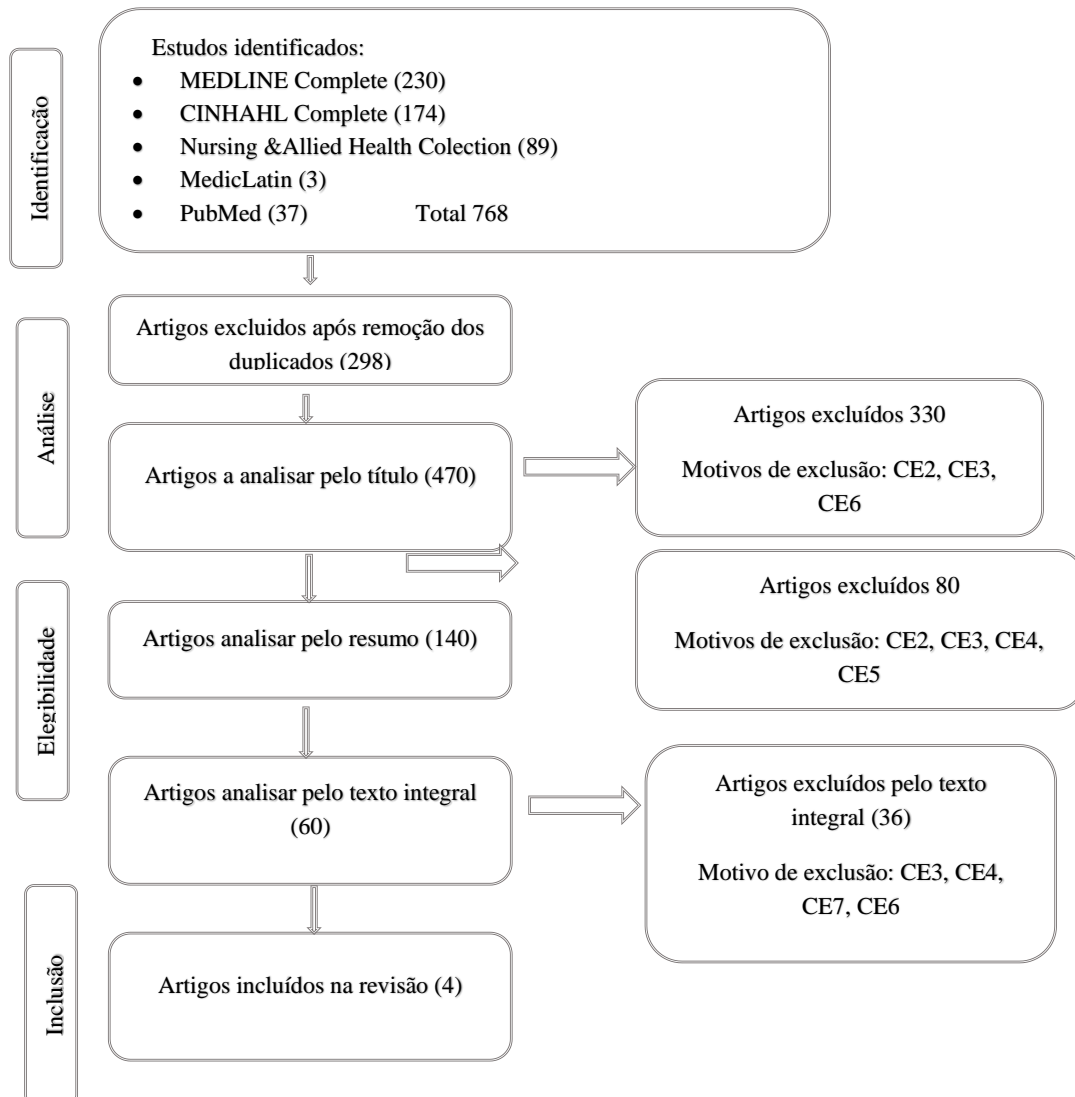


Figura 7 - Diagrama de PRISMA: processo de filtragem dos estudos

Fonte: Protocolo 2020 PRISMA

Assim foram seleccionados os seguintes estudos expressos no quadro 7.

Quadro 7 – Artigos selecionado

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS DOS TEXTOS SELECIONADOS	
E1	Senturk, S.G., Akyol, M. A., e Kucukguclu O. (2018) – The Relationship between Caregiver Burden and Psychological Resilience in Caregivers of Individuals with Dementia. International Journal of Caring Sciences Volume 11 (2) Pág. 1223- 1230
E2	Monteiro, A. M. F., Simões Neto, J. P., Santos, R. L., Kimura, N., Baptista, M. A. T., & Dourado, M. C. N. (2021). Factor analysis of the Resilience Scale for Brazilian caregivers of people with Alzheimer’s disease. Trends in psychiatry and psychotherapy,43(4), 311–319. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0179
E3	Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Kim, S. S. (2018). A Modelo f adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience. Aging & mental health, 22(10), 1295–1303. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1354972
E4	Durán-Gómez, N., Guerrero-Martín, J., Pérez-Civantos, D., López Jurado, C. F., Palomo-López, P., & Cáceres, M. C. (2020). Understanding Resilience Factors Among Caregivers of People with Alzheimer’s Disease in Spain. Psychology research and behavior management, 13, 1011–1025. https://doi.org/10.2147/PRBM.S274758

3.3.5 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Para avaliar a qualidade dos 4 estudos selecionados optou-se por utilizar o instrumento de Avaliação Crítica para estudos transversais do JBI (Apóstolo 2017), constituída por 8 perguntas, as quais os estudos transversais selecionados revelaram cumprir com os critérios de avaliação metodológica.

Quadro 8 - Avaliação Crítica para estudos transversais do JBI

Estudos	E1	E2	E3	E4
Itens de avaliação				
Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	S	S	S	S
Os sujeitos do estudo e o contexto foram descritos em detalhe?	S	S	S	S
A exposição foi medida de forma válida e confiável?	S	S	S	S
Foram utilizados critérios objetivos, padrão para a medição da condição?	S	S	S	S
Foram identificados fatores confundentes?	S	S	S	S
Foram abordadas estratégias para lidar com fatores confundentes?	S	S	S	S
Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	S	S	S	S
Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	S	S	S	S
%	100%	100%	100%	100%

Fonte: adaptado de Apóstolo (2017)

A evidência dos estudos pode ser hierarquizada por níveis, que são definidas pelo tipo de estudos selecionados. Um estudo bem delimitado, com o mínimo de possibilidade de erros é considerado um estudo com forte evidência, já um estudo não sistemático é uma fonte mais frágil, contudo são todos fontes de evidência (Vilela, 2020). Quanto aos níveis de evidência, todos os estudos estavam no nível IV da proposta de hierarquias das evidências proposta por Vilela (2020) uma vez que são estudos descritos não experimentais.

3.4 - DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS

Quadro 9 – Síntese de dados (continua)

ANÁLISE	E1 “THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVER BURDEN AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE IN CAREGIVERS OF INDIVIDUALS WITH DEMENTIA”	E2 “FACTOR ANALYSIS OF THE RESILIENCE SCALE FOR BRAZILIAN CAREGIVERS OF PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE. TRENDS IN PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY”
Autores/ Ano	Senturk, S.G., Akyol, M. A., e Kucukguclu O. (2018)	Monteiro, A. M. F., Simões Neto, J. P., Santos, R. L., Kimura, N., Baptista, M. A. T., & Dourado, M. C. N. (2021)
Objetivo	Examinar a relação entre a sobrecarga do cuidador e a resiliência psicológica em cuidadores de pessoas com demência.	Validar da escala de Escala de Resiliência para Adultos, através de procedimentos exploratórios. Investigar a relação com a resiliência do cuidador com o estado demencial da pessoa com DA.
Métodos	estudo transversal descritivo realizado na Turquia	estudo transversal realizado no Brasil
Participantes	103 cuidadores de indivíduos com demência (72% com DA) que frequentaram o ambulatório de neurologia de um hospital entre fevereiro de 2016 e fevereiro de 2017.	143 díades de cuidadores e pessoas com DA que frequentam o Hospital dia de alzheimer
Intervenções	Foram aplicados os seguintes instrumentos: Inventário de Sobrecarga do Cuidador e Escala de Resiliência para Adultos, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Demência e Teste de Orientação-Memória-Concentração. Também foram colhidas as características sociodemográficas.	Aplicados aos cuidadores: Zarit Burden Interview e Escala de Resiliência para Adultos, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Demência, Pfeffer Functional Activities Questionnaire, Neuropsychiatric Inventory
Resultados	Os resultados deste estudo sugerem que a sobrecarga do cuidador carga correlacionada com a resiliência psicológica em cuidadores. Resiliência tem um efeito benéfico nos cuidadores. Os níveis de resiliência psicológica podem melhorar pelo apoio de profissionais aos cuidadores, possibilitando o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento eficazes e desenvolvendo suas forças.	A pontuação média total da Escala de Resiliência foi de 140,3. indicando alto nível de resiliência. A Escala de Resiliência apresentou uma solução de quatro fatores com uma estrutura bem definida: senso de vida e autossuficiência, perseverança, autoconfiança e equanimidade e significado.

Quadro 9 – Síntese de dados (conclusão)

Análise	E3 “A MODEL OF ADAPTATION FOR FAMILIES OF ELDERLY PATIENTS WITH DEMENTIA: FOCUSING ON FAMILY RESILIENCE.”	E4 “UNDERSTANDING RESILIENCE FACTORS AMONG CAREGIVERS OF PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE IN SPAIN.”
Autores/Ano	Kim, G. M., Lim, J. Y., Kimc, E. J., & Kimd, S. S. (2018)	Durán-Gómez, N., Guerrero-Martín, J., Pérez-Civantos, D., López Jurado, C. F., Palomo-López, P., & Cáceres, M. C. (2020)
Objetivo	elaborar um modelo de adaptação para famílias de idosos com demência	Avaliar a resiliência de cuidadores de pessoas com DA e os fatores relacionados agrupados de acordo com um modelo conceitual operacional estabelecido para cuidadores de Alzheimer estresse
Métodos	estudo transversal e de moldagem de equações estruturais realizado na Coreia do Sul	estudo transversal realizado em Espanha
Participantes	224 cuidadores cujos as pessoas com alzheimer (80% dos doentes) que frequentam o centro de dia ou tinham apoio domiciliário realizado por enfermeiro	total de 120 cuidadores informais primários de pessoas com DA em Badajoz, em contexto de consulta numa unidade básica ou em visitaçao domiciliar realizada por um enfermeiro.
Intervenções	Foram aplicados os seguintes instrumentos: Inventário de Sobrecarga do Cuidador e Escala de Resiliência para Adultos, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Demência e Teste de Orientação-Memória-Concentração. Também foram colhidas as características sociodemográficas.	As seguintes variáveis foram medidas em pessoas com DA e cuidadores: dados sociodemográficos, nível de dependência, declínio cognitivo, sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais, ansiedade, depressão, gravidade dos sintomas somáticos, nível de sobrecarga, autoestima, coping, apoio social, qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e resiliência.
Resultados	O processo de comunicação, o estresse familiar e o comportamento problemático de idosos com demência tiveram efeitos diretos e indiretos na adaptação familiar, enquanto o sistema de crenças, o padrão de organização e o suporte social tiveram efeitos indiretos. Especificamente, o estresse familiar e o comportamento problemático mais grave de pacientes idosos com demência influenciaram negativamente a adaptação familiar, enquanto uma maior resiliência familiar melhorou essa adaptação.	A maioria dos cuidadores relatou sintomas de ansiedade (63,3%) e depressão (62,5%). Encontrou-se maiores níveis de resiliência nos cuidadores com menor dependência de cuidados. Maiores níveis de resiliência dos cuidadores estiveram relacionados com menor depressão e ansiedade sintomas e maior QVRS. A dimensão de enfrentamento mais utilizada foi estratégias baseadas em problemas, como enfrentamento ativo, reinterpretação positiva e aceitação.

Todos os estudos eram estudos transversais, o que pode constituir uma limitação desta revisão, pois estudos longitudinais permitiria analisar a amostra ao longo de um período de tempo no futuro ou no passado. Por forma a observar a mesma variável por várias vezes.

Relativamente aos cuidadores familiares eram sobretudo mulheres, que viviam com os idosos com demência, sendo familiares diretos (filhas ou esposas). Estes dados confirmam a predominância das cuidadoras familiares femininas e dos cônjuges ou filhas, corroborando os estudos que mostram que os cuidados e a proteção são historicamente e culturalmente atribuídos às mulheres.

3.4.1 - Discussão

No estudo de Senturk e Kucukguclu (2018) a amostra era constituída por díades residentes na Turquia que frequentavam um Centro Hospitalar Neurológico, sendo dos 103 doentes, 72% tinham Alzheimer. Relativamente, aos cuidadores a média de idades era de 56,5 anos, 85 % eram mulheres, 42% frequentou a universidade. O papel de cuidador emergia do papel filial (sendo estes os cuidadores da mãe em maior frequência) e este cuidado já se estendia a mais de 1 ano. Estes autores verificaram que à medida que os escores médios de resiliência psicológica do cuidador aumentam, os escores médios de sobrecarga do cuidador diminuem estatisticamente e significativamente, o que confirma que, níveis mais altos de resiliência foram associados com diminuição da sobrecarga. Assim a resiliência é promissora para cuidadores de indivíduos com demência. Contribuem para esta avaliação da resiliência as dimensões: estilo estruturado, planeamento do futuro, coesão familiar, perceção de Self, competência social e recursos sociais. Pois os indivíduos com elevada resiliência psicológica são mais propensos a responder positivamente à experiência de cuidar, a ver este processo como uma aquisição e a adaptar-se à mudança mais rapidamente, também têm menos sobrecarga devido às suas relações sociais mais elevadas e facilidade de aceder a recursos. Os indivíduos com alto nível de resiliência psicológica apresentam maior nível de bem-estar físico e maior autopercepção do estado de saúde. Os níveis de resiliência psicológica podem ser aumentados fornecendo apoio social e formal aos cuidadores, permitindo o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento eficazes e desenvolvendo seus pontos fortes.

O estudo realizado por Monteiro et al (2021), incidiu numa amostra de 143 díades de recrutados num Hospital dia de Neurologia do Brasil, sendo que o critério de diagnóstico de DA era de inclusão no estudo, este em estágio leve ou moderado. Os cuidadores deviam ter

pelo menos um ano de educação formal, mais de 18 anos, e contacto com o doente pelo menos 3 vezes por semana como cuidador principal. Este estudo tinha como propósito validar a escala de resiliência para Adultos e investigar a relação da resiliência do cuidador com estado clínico de idosos com DA. Os investigadores concluíram que a resiliência é um construto com múltiplas dimensões. Para a construção do conceito de resiliência do estudo destes autores, eles definiram quatro dimensões relacionadas à resiliência: senso de vida e autossuficiência, perseverança, autoconfiança e equanimidade e significado. Sendo que os 3 primeiros fatores têm relações fortes com a resiliência do cuidador e a equanimidade e significado, tem uma relação mais fraca na amostra em estudo. Na comparação com outros estudos já realizados no Brasil com a mesma escala em amostras com outras características, verificou-se uma dispersão dos conceitos de resiliência. Monteiro *et al.*, (2021) concluíram ainda que a resiliência não parece estar relacionada às características clínicas das pessoas com DA. A avaliação subjetiva das características individuais dos cuidadores pode ser determinante da situação, ou seja, a percepção, a interpretação e o sentido atribuídos ao evento estressor podem ou não ser classificados como uma condição estressante.

kim, kimc e kimd (2018) estudaram 224 cuidadores/famílias (sendo 80% cuidadores familiares de pessoas com DA). Esta amostra era constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino (83%) com idades medias de 53 anos, casados e cuidavam de pais ou sogros, sendo que só 18% cuidava do cônjuge. Os investigadores concluíram que entre os aspetos da resiliência familiar, o processo de comunicação teve o efeito mais forte, pois a comunicação refere-se ao conjunto de processos destinados a resolver problemas através da cooperação mútua, incluindo comunicação clara e expressão emocional aberta, dentro de uma família, a comunicação é um intercâmbio de informações que englobam a resolução de problemas socioeconómicos e práticos. A comunicação ambígua pode dificultar a resolução de problemas de uma família e criar barreiras nas relações familiares porque os membros tentam proteger-se mutuamente de informações prejudiciais através do silêncio, segredos ou distorções, tudo isso pode levar a uma má adaptação. Uma comunicação clara, entre membros da família durante os períodos de crise, facilita a resolução colaborativa de problemas, que é fundamental para ultrapassar crises familiares agudas, juntamente com a capacidade de resolver conflitos. Famílias altamente funcionais exibem uma resolução eficaz de problemas através de uma tomada de decisão e de ação razoáveis. É essencial que os membros da família façam sentido em conjunto e apoiem-se mutuamente na reorganização das suas vidas em situações altamente

stressantes emocionalmente, porque uma comunicação clara e aberta durante este processo fortalece a resiliência, o que por sua vez beneficia a adaptação familiar.

O sistema de crenças e o padrão de organização mostraram efeitos indiretos significativos na adaptação familiar. O sistema de crenças refere-se ao significado das famílias de uma crise e à sua perspetiva positiva sobre essa crise com base nos seus pontos fortes (por exemplo espiritualidade). Encontrar sentido numa crise pode ser o conceito mais importante na resiliência familiar, uma vez que ajuda as famílias a alcançar um crescimento positivo através da atribuição de significado à sua crise, o que concede clareza e, assim, uma nova visão e propósito. Além disso, a adoção de uma perspetiva positiva refere-se ao sentimento de confiança das famílias nos seus pontos fortes e capacidade de manter a esperança de superar as adversidades. Assim é o sistema de crenças que sustenta a força inerente das famílias. A espiritualidade centra-se em valores e propósitos mais elevados, e o seu valor essencial é promover o crescimento através da adversidade. Este sistema de crenças é, no geral, o núcleo do funcionamento e resiliência familiar. Os membros da família que crescem e vivem no mesmo ambiente e cultura, sentem as crises familiares no contexto deste sistema de crenças partilhadas e que as podem usar para obter a força para ultrapassar tais crises. Ressalva-se que, este sistema de crenças tem uma influência indireta significativa na adaptação familiar através de outros componentes da resiliência familiar: o processo de comunicação e o padrão de organização.

O apoio social, que foi tratado como uma variável exógena, teve um efeito direto no sistema de crença familiar. Esta constatação sugere que não é apenas a dinâmica dos membros da família, mas também o apoio social que rodeia a família, que é importante para manter a estrutura familiar. O apoio social proporciona uma perspetiva positiva sobre a situação de cuidar dos idosos com demência.

O padrão da organização refere-se à estabilidade de funções, conectividade e recursos familiares das famílias. Para resolver os problemas em colaboração através de uma comunicação clara e aberta em situações de crise, a organização familiar deve coincidir, bem como manter a estabilidade através de recursos familiares suficientes. Tais esforços formam-se dentro dos padrões de organização das famílias com influências mutuamente fortes. Neste estudo, o padrão da organização parecia influenciar positivamente a adaptação familiar de forma indireta.

Sistema de crenças, processo de comunicação e padrão de organização juntos formam os principais conceitos do modelo de resiliência familiar por Walsh. Os autores do estudo

também comprovaram que são variáveis importantes para ajudar as famílias a obter uma adaptação positiva, ao mesmo tempo que cuidam de doentes idosos com demência, em que devem lidar com o stress crónico e com a deterioração do comportamento problemático dos doentes idosos que sofrem de demência.

O comportamento problemático dos doentes idosos e do stress familiar teve influências negativas na adaptação familiar. Sendo que à medida que a demência progredia e o comportamento problemático dos doentes se agravava, o fardo familiar e o stress relacionado com cuidados aumentavam igualmente. Isto, por sua vez, pode causar problemas físicos e mentais como ansiedade, depressão, fadiga e deterioração da saúde física, bem como levar a situações negativas como o isolamento. Como se pode ver pelos efeitos diretos e indiretos acima mencionados, a resiliência familiar pode ajudar as famílias nestas situações a alcançar uma adaptação positiva.

Os autores também verificaram que o stress familiar, o apoio social e o processo de comunicação tinham efeitos diretos significativos no sistema de crenças. Enquanto o stress familiar teve um efeito negativo no sistema de crenças, o apoio social teve um efeito positivo (e assim serviu uma função protetora). Simplificando, enquanto o stress familiar experimentado durante o cuidado de pacientes idosos com demência pode levar a uma crise familiar, as famílias podem tornar-se mais resistentes através do apoio social. Foi encontrado apoio social para fornecer a força necessária para reorganizar e superar situações de crise. Através deste processo e da comunicação familiar adequada, o sistema de crenças é reforçado, proporcionando assim força familiar interna que ajuda os membros da família a coincidir e a lidar com a crise.

Verificou-se também que o processo de comunicação é negativamente afetado pelo stress familiar e indiretamente afetado pelo apoio social. Notavelmente, o padrão da organização foi significativa e diretamente afetado pelo processo de comunicação, e indiretamente afetado pelo stress e crença familiar. Assim, estes componentes da resiliência familiar - sistema de crenças, processo de comunicação e padrão de organização - influenciam-se mutuamente, de forma direta ou indireta, e, no geral, assumem-se como variáveis importantes para aliviar o comportamento problemático dos doentes idosos que sofrem de demência e o stress vivido pelas suas famílias.

O estudo de Durán- Gomez *et al.*, (2020) incidiu sobre uma amostra de 120 cuidadores primários de pessoas com DA, com idade média de 50,5 anos. A maioria era do sexo feminino (86,7%), casada (74,25%) e familiar direto do idoso com DA (90,8%). Mais da metade da

amostra de cuidadores residia com o doente (56,7%). Deste grupo, 41,7% já o faziam desde que o familiar começou a necessitar de assistência, a grande maioria definindo a sua relação com o doente como boa, com elevado nível de intimidade e afeto. Além disso, mais da metade da amostra de cuidadores estava a prestar cuidados ao seu familiar por conta própria. Estes autores concluíram que a índices elevados de resiliência no cuidador correspondem a menor exposição de situações avaliadas como stressantes derivadas dos cuidados bem como a uma avaliação do seu estado de saúde, físico e/ou psicológico, adequada e assim melhor percepção da qualidade de vida. Acresce também, que quando a resiliência é entendida como variável mediadora entre as fontes de stress as quais o cuidador está exposto e o seu estado de saúde, o suporte social percebido e os recursos intrapsíquicos do cuidador (estilos de enfrentamento, autoestima ou senso de competência), desempenham um papel de regulador da resiliência. Assim muitos cuidadores possuem uma extraordinária capacidade de adaptação diante de situações de alta exigência e pesada carga de cuidado. A resiliência e sua capacidade adaptativa não estão tanto relacionadas com o stress inerente ou com as características objetivas do contexto de cuidado, mas principalmente com aspetos subjetivos relativos aos recursos internos e à conceção que o cuidador faz deles.

Os resultados deste estudo demonstram que, embora a resiliência dos cuidadores seja afetada pela situação de cuidado, pois eles têm escores médios mais baixos do que a população em geral, nem todos os cuidadores respondem da mesma forma à variável estresse de cuidar e uma percentagem significativa desses cuidadores pode ser considerada altamente resiliente.

Os cuidadores obtiveram pontuações mais altas em certas dimensões da resiliência, como o sentimento de controle sobre a própria vida, competência pessoal e tenacidade, bem como aceitação positiva da mudança e relacionamentos seguros. Isso pareceria indicar que eles percebem um grau significativo de controle sobre as suas próprias vidas, confiando em suas forças e nos vínculos afetivos que criam, mostrando uma tendência a se adaptarem e darem sentido à situação em que se encontram. O facto de a maioria dos cuidadores desempenhar suas funções por conta própria pode ajudar a explicar por que a percepção do cuidador sobre sua capacidade de enfrentar situações stressantes é positiva.

Analisando a relação entre os níveis de resiliência e o contexto de cuidados, estabelecem-se ligações entre os níveis de resiliência mais baixos e os seguintes fatores; estar desempregado ou em emprego não remunerado, não ter parentesco com a pessoa com DA e falta de ajuda financeira ou apoio de outros cuidadores. Pode-se confirmar que fatores

específicos aumentam o grau de vulnerabilidade dos cuidadores e impactam claramente a sua resiliência. O fator relacionamento pode ser explicado pelo fato de que quando existe um vínculo familiar, a percepção de intimidade e afeto atua como uma estratégia de enfrentamento, modificando assim, a interligação entre o estresse sofrido e as consequências na saúde do cuidador, havendo um impacto positivo sobre a resiliência.

A resiliência não depende da frequência e gravidade dos problemas (no que diz respeito aos sintomas neuropsiquiátricos do doente), da duração dos cuidados, do tempo livre disponível e da presença de outras doenças crónicas do doente. Foi demonstrada a falta de relação entre os benefícios percebidos do cuidado e o stress objetivo da situação, o que sugere que os benefícios percebidos dependem de outros aspetos da relação cuidador-beneficiário do cuidado: proximidade mútua, motivação ou características da personalidade do cuidador são apenas alguns desses aspetos.

Além disso, verificou-se que a resiliência estava mais ligada às características e habilidades do indivíduo e que os cuidadores resilientes podem não perceber os sintomas clínicos da DA como incontrolláveis. Os cuidadores mais resilientes podem ser mais recetivos às mudanças de comportamento das pessoas com DA, porque a resiliência permite um melhor ajuste psicológico e o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento em resposta às demandas dos cuidados com a demência.

A percepção subjetiva de maior sobrecarga do cuidado associou-se a menor resiliência, pois indivíduos que relatam níveis mais baixos de resiliência podem estar mais preocupados e tendem a ser mais suscetíveis a situações que provocam estresse. Eles podem ter reações mais fortes a eventos diários estressantes e se concentrar mais nos aspetos negativos do cuidado, o que leva a uma tendência a selecionar estratégias de enfrentamento disfuncionais. Por outro lado, indivíduos com níveis mais elevados de resiliência podem ter uma autoimagem positiva, autoeficácia e uma atitude saudável perante a vida.

Os autores descrevem também as repercussões negativas do cuidado sobre o estado emocional do cuidador. A presença de maiores níveis de sintomas de depressão e ansiedade no cuidador familiar foi correlacionada com menores níveis de resiliência. Sendo que pontuações altas em resiliência também estão ligadas a níveis mais baixos de sintomas somáticos no cuidador. A resiliência assume-se como um preditor significativo do estado de saúde do cuidador.

Neste estudo, confirma-se a relação significativa entre resiliência e QVRS do cuidador. Os cuidadores que relataram os maiores níveis de resiliência também apresentaram os maiores níveis de QVRS. Tem sido relatada a inter-relação entre QVRS e forças pessoais como resiliência, senso de coerência e otimismo. A resiliência atua como protetora, melhorando a qualidade de vida, o enfrentamento e a adaptabilidade geral face às dificuldades relacionadas ao cuidado. Os autores descrevem que os cuidadores mais resilientes perceberam menos trabalho ou outros problemas do dia-a-dia e uma melhor QVRS.

Um fator que pode ter um impacto positivo na resiliência do cuidador é o suporte social. Pois o suporte social funciona como mediador dos efeitos dos stresses enfrentados pelos cuidadores e explicar as diferenças individuais no bem-estar dos cuidadores, servindo como um amortecedor entre os efeitos do stress e o estado emocional do cuidador. A resiliência é a variável mediadora dos efeitos do stress e suas consequências. Indivíduos que relatam altos níveis de resiliência tendem a avaliar de forma mais positiva as situações stressantes que enfrentam, bem como o suporte social disponibilizado. Além disso, eles são menos propensos a sofrer problemas psicológicos.

Ainda sobre o tema das variáveis mediadoras da resiliência, o estudo aponta para uma correlação entre altos escores de resiliência e altos níveis de autoestima. Foi demonstrado que o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento é fundamental para a capacidade do cuidador de lidar com o sofrimento psíquico e esse fator é reconhecido como primordial no desenvolvimento de altos níveis de resiliência. Os achados deste estudo revelam que as estratégias focadas no problema e focadas na emoção são as mais utilizadas pelos cuidadores, em oposição às estratégias disfuncionais. Pois estratégias focadas no problema (enfrentamento ativo, reinterpretação positiva, apoio instrumental e planejamento) são eficazes ao lidar com problemas específicos e estratégias de enfrentamento disfuncionais podem ter consequências negativas ao lidar com uma pessoa com DA. Assim, as estratégias de enfrentamento disfuncionais e a depressão parecem ser os preditores mais significativos da ansiedade do cuidador. A resiliência está positivamente correlacionada com os estilos de enfrentamento focados no problema, enquanto o enfrentamento evitativo parece ter um impacto negativo na resiliência.

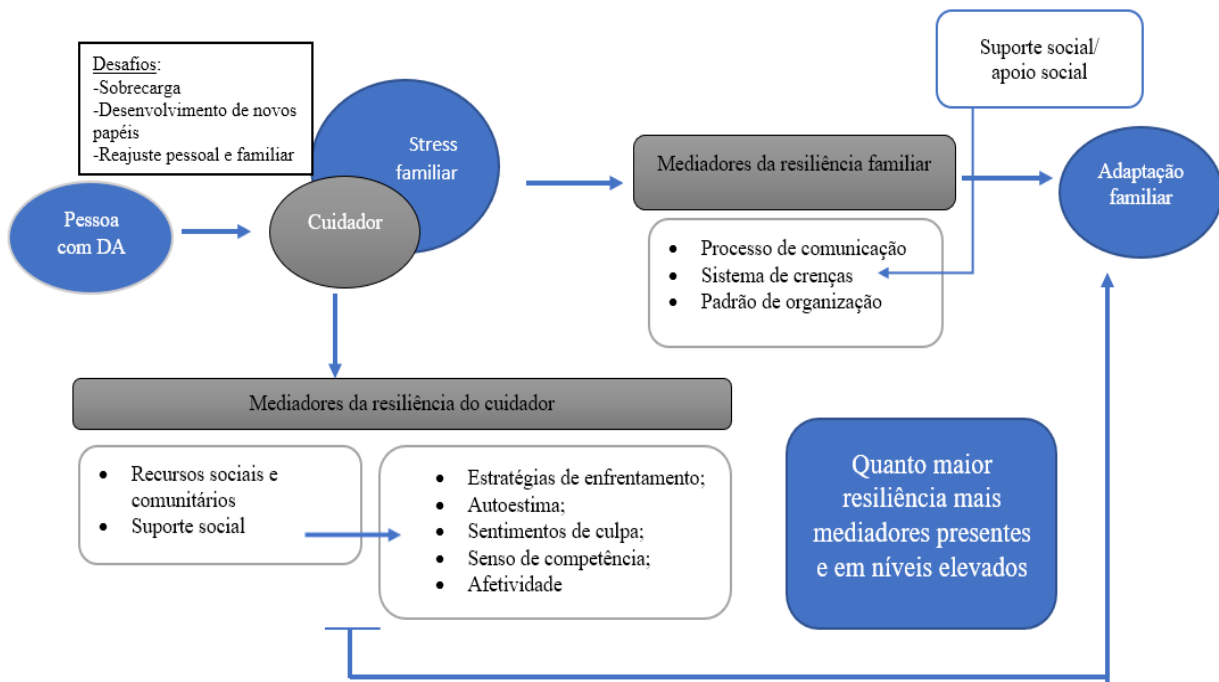


Figura 8 - Mediadores da resiliência, quer psicológica quer familiar.

Fonte: estudos seleccionados.

3.4.2 - Limitações e pontos fortes

Esta revisão demonstra a necessidade de alterar a perspetiva de como o profissional de saúde, em particular o enfermeiro de saúde familiar, deve encarar o cuidador familiar da pessoa com DA e reforça que para capacitar o cuidador é necessário que este se torne foco dos cuidados, e não só um recurso de cuidados. Os achados demonstram bem a necessidade de as abordagens terapêuticas serem sistémicas e colaborativas com a unidade familiar onde doente e cuidador estão inseridos, pois a resiliência é essencial para um bom desempenho enquanto cuidador e uma boa adaptação a esta situação familiar. Estes achados também reforçam importância da posição estratégica do enfermeiro de saúde familiar.

A escassez de estudos em amostras com pessoas com DA e/ou em contexto domiciliário, a multidimensionalidade da resiliência, tornam este tema difícil de abordar e trabalhar. Serão necessários mais estudos com medidas padronizadas, mas também com estudos qualitativos para compreender a multidimensionalidade da resiliência.

3.5 - CONCLUSÕES

A resiliência está ligada a uma variedade de fatores, o que confirma sua natureza multidimensional. Contudo níveis baixos de resiliência ou a sua inexistência está fortemente correlacionada com índices maiores de sobrecarga no cuidador familiar de DA e com a somatização depressiva. O inverso também se verifica, isto é, aqueles cuidadores que relataram níveis mais altos de resiliência exibiram indicadores moderados a intensos de sobrecarga, menos sintomas de depressão e de ansiedade e menos sintomas somáticos. Eles também usaram estratégias adequadas de enfrentamento com foco no problema, apresentaram níveis mais elevados de QVRS e demonstraram uma percepção adequada de suporte social.

Embora as características relativas ao contexto de cuidados exercerem uma influência inegável na resiliência do cuidador, parece que os próprios recursos intrapsíquicos do cuidador (autoestima, esperança, otimismo, coping) se revelam mais fortes correlações, bem como a adaptação familiar. Assume-se que existe uma ligação entre a resiliência e as características e habilidades do indivíduo/família, enquanto as ligações com o estado clínico do portador de DA e o stress objetivo do cuidado parecem mais fracas.

Também a resiliência familiar se assume como um fator influente importante na adaptação de famílias de doentes com DA. Destaca-se o processo de comunicação dentro da família, que interage com o seu sistema de crença e padrão organizacional, funcionando como um fator benéfico ou crítico para a adaptação familiar.

Neste contexto encerra o legado funcional do enfermeiro de saúde familiar, pois para além de ocupar posição privilegiada, que com a sua intervenção poderá capacitar o cuidador/família para a prestação de cuidados mais efetiva, alicerçando a nas forças da família e não nas vulnerabilidades da mesma. Sendo que, um forte sistema de crenças, a utilização dos recursos familiares e uma melhoria do padrão de organização podem traduzir uma maior estabilidade e coerência familiar, que leva a fortalecer a resiliência familiar. Isto pode, por sua vez, facilitar uma comunicação mais clara e mais aberta e melhorar a resolução de problemas, proporcionando às famílias a força para obterem uma adaptação positiva. Este legado é ainda suportado pelo facto de todos os estudos destacaram o impacto positivo na resiliência do apoio social formal (onde os enfermeiros de família se destacam), pois os cuidadores que receberam forte apoio social tinham maior probabilidade de serem altamente resilientes. Pelo que, uma maior percepção sobre a resiliência do cuidador e seus fatores determinantes poderá facilitar a identificação precoce e precisa de cuidadores com níveis mais baixos de resiliência. Esta

avaliação permitirá a implementação de intervenções psicoeducativas, numa abordagem sistémica e colaborativa, para ajudar os cuidadores/famílias a melhorar seu bem-estar e QVRS e servir de base para o desenho de planos de intervenção.

3.5.1 - Implicações para prática

Para futuras propostas de investigação e intervenção derivadas deste estudo, sugere-se a realização de um desenho longitudinal que permita acompanhar a evolução das variáveis estudadas para facilitar e apoiar a conclusão de resultados e desenvolver intervenções para formar cuidadores em resiliência, e verificar se isso melhora o desempenho e diminui a sobrecarga.

Será também oportuno desenvolver estudos semelhantes em Portugal, onde se estabelece o perfil do cuidador familiar resiliente da pessoa com DA em contexto domiciliário, bem como o papel da intervenção do enfermeiro de saúde familiar nestas famílias. Neste sentido estabelecer uma medida padronizada de resiliência no contexto de cuidados permitiria uma medição mais precisa entre as populações e também poderia facilitar a adaptação de intervenções que visam promover a resiliência do cuidador, melhorar a sua saúde física e mental e garantir que o cuidado de pessoas com DA continuasse a ser administrável no futuro em contexto domiciliário por familiares.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estágio permitiu o início dum processo transformativo do paradigma do cuidar enquanto enfermeira de família. Sem dúvida que, a visão estratégica da ESF dos conceitos de pessoa, da família e da comunidade, permite, ao otimizar a posição privilegiada do enfermeiro nos CSP, na promoção, manutenção e recuperação da saúde da família. Pois, compete ao enfermeiro especialista em ESF, capacitar a família a definir e concretizar o seu projeto de saúde maximizando o seu potencial de saúde. É este profissional que conduz ao fortalecimento da família nos seus projetos de saúde, onde a mobilização dos recursos internos e externos, levam a inovação nas interações e assim garantir a saúde da família, bem como a sua autonomia. A intervenção desta enfermeira baseou-se numa relação terapêutica, dinâmica e recursiva, na qual recorreu a conversação colaborativa, para que a família desenvolva-se as soluções estruturais necessárias para a mudança dentro do seu potencial familiar. Para alcançar este legado foi imprescindível deslumbrar a família como unidade de cuidados. Unidade essa, que é dotada de uma identidade própria, sendo esta mais do que as pessoas que as constituem, pois estava organizada numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada um, bem como as expectativas sociais. Pelo que se defende a utilização do MDAIF nos CSP.

Preconiza-se que a prática de ESF seja nas USF e em outras unidades similares, pois estas permitem o contacto com as famílias em vários momentos do seu ciclo vital. Momentos esses, em que as famílias passam por transições, normativas ou acidentais, mas que significam uma oportunidade de transformação estrutural. Isto significa, que as famílias apresentam abertura à intervenção do enfermeiro de família, compete a este fomentar a mudança tendo em conta o contexto histórico-social da unidade e sugerir mudanças que respeitem a organização familiar. De facto, a USF é um local privilegiado e estratégico para a prática de ESF.

Assim o exercício de enfermagem de família pretende-se promover a mudança, ajudando as famílias a identificar os problemas, as estratégias de *coping* e os recursos, facilitando as interações positivas entre os sistemas comunitários e os sistemas familiares, para que esta adquira a autonomia do sistema familiar. É este o paradigma que conduz à Enfermagem Avançada e enquadra o legado funcional da ESF! Para tal compromisso com os utentes e suas famílias a PBE assume uma dimensão preponderante que pontua o exercício de enfermagem com excelência, pois conduz a um processo de tomada de decisão mais consistente por parte do enfermeiro.

A riqueza e a multidimensionalidade da temática resiliência constituíram uma vulnerabilidade para trabalhar este tema dado as múltiplas influências e diversidade contextual. Contudo desenvolver esta temática revelou-se ser capacitador na aquisição de competências em ESF. A metodologia da RSL, embora seja um método demorado e exigente, permitiu atingir os objetivos traçados para esta investigação, garantindo a imparcialidade.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2020) - Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários. In https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-peracionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf
- Alarcão, M. (2000). (des) Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto Editora
- Alzheimer Europe* (2021) - *Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the Prevalence of dementia in Europe*. Http//alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf acedido a 27/09/2022.
- Alzheimer's Association (2019). Alzheimer's and dementia. Consultado em 19 de dez. 2022. Disponível em https://www.alz.org/alzheimers-dementia/10_signs
- Alzheimer Portugal (2019). Doença de Alzheimer. Consultado em 19 de dez. 2022. Disponível em <http://alzheimerportugal.org/pt/doenca-de-alzheimer>
- American Psychological Association (2014). DSM 5 Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5ª Ed) Lisboa: Climepsi Editores.
- Apostolo (2017). Síntese da evidencia no contexto da transladação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, O. (2009). Idosos dependentes: impacte positivo do cuidar na perspetiva da família. *Revista Sinais Vitais*, 86, pág. 25-30
- Azevedo, P.; Landim, M. ; Fávero G.; Ghiappetta A. (2010) – Linguagem e memoria na DA. *Revista CEFAC*, 12 (3), pag 393-399. In <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000001>
- Biscaia, A. e Heleno L. (2017). A reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, nº22 (3) Pág. 701-711
- Broekema, S., Paans, W., Roodbol, P. F., & Luttk, M. L. A. (2020). Nurses' application of the components of family nursing conversations in home health care: a qualitative content analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(2), 322–331. In <https://doi.org/10.1111/scs.12731>
- Broekema, S., Paans, W., Roodbol, PF, & Luttk, MLA (2021). Efeitos das conversas de enfermagem familiar nas famílias em cuidados de saúde domiciliares: um estudo controlado antes e depois *Journal of Advanced Nursing*, (1), pág. 1-13. In <https://doi.org/10.1111/jan.14599>
- Cardoso, L; Vieira, M V; Ricci, M A M; Mazza, R S (2012). Perspetivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em Saúde mental. *Revista de Escola de Enfermagem de USP*, 46 (2) pág. 513 a 517 in <https://www.scielo.br/j/reusp/a/PwJ4DYfphkmR6QsSL8KvKyw/?format=pdf&lang=pt>
- Carneiro, D. (2009). Mudanças no sistema familiar após o surgimento da doença crónica. *http://www.psicologia.com.pt. Consultado em 2/01/2023*.
- Carnut L. e Faquim, J. (2014) – Conceitos de família e tipologia familiar: aspetos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Manag Prim Health Care*, 5(1) pág. 62-70
- Cattani, R. & Girardon-Perlini, N. (2005). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol. 6. 1-24
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M. d., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem*. 3 (2) Pág. 127-136

DL 24/2006. Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar Diário da República, I Série, n.º 34 (2006), páginas 1256 – 1258. Disponível em <https://dre.pt/>

DL 118/2014. Diário da República I Série n.º 149/2014. Disponível em <https://dre.pt/>

DL 73/2017. Alteração do regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República n.º 118/2017, Série I de 2017-06-21, páginas 3128 - 3140 Disponível em www.dre.pt

DL 24/2006. Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar Diário da República, I Série, n.º 34 (2006), páginas 1256 – 1258. Disponível em <https://dre.pt/>

DL 118/2014. Diário da República I Série n.º 149/2014. Disponível em <https://dre.pt/>

DL 73/2017. Alteração do regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República n.º 118/2017, Série I de 2017-06-21, páginas 3128 - 3140 Disponível em www.dre.pt

Despacho n.º 5616/2015 Estratégia Nacional a Qualidade na Saúde 2015/2020. De 27 de maio de 2015

Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica - o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156. doi: 10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140

Durán-Gómez, N., Guerrero-Martín, J., Pérez-Civantos, D., López Jurado, C. F., Palomo-López, P., & Cáceres, M. C. (2020). Understanding Resilience Factors Among Caregivers of People with Alzheimer's Disease in Spain. *Psychology research and behavior management*, 13, pag. 1011–1025. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274758>

Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2017). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.
Farina, N., Page, T. E., Daley, S., Brown, A., Bowling, A., Basset, T., Livingston, G., Knapp, M., Murray, J., Banerjee, S. (2017). Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia, the journal of the Alzheimer's Association*, 13(5), pag 572–581 in <https://doi.org/10.1016/j.jalz>.

Figueiredo, M. H (2009) – *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Instituto de ciências Abel Salazar. Universidade do porto <https://repositorio-aberto.up.pt>

Figueiredo, M. H. D. J. S. e Martins, M. M. F. (2010). Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552-559.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência: Loures.

Gardner, G., Chang, A., & Duffield, C. (2007). Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *Journal of advanced nursing*, 57(4), 382–391. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04114.x>

Gottlieb, Laurie (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Lusodidacta: Lisboa

García RM; Casado R. (2018). Intervenciones no farmacológicas para reducir la depresión, sobrecarga y ansiedad en personas cuidadoras de mayores con demencia: un metaanálisis. *Metas Enferm mar*; 21(2):20-32

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação (2a ed.)*. Loures, Portugal: Lusociência

He, J., Wang, J., Zhong, H., & Guan, C. (2022). The Effectiveness of Multi-Component Interventions on the positive and Negative Aspects of Well-Being among Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 6973. <https://doi.org/10.3390/ijerph19126973>

Instituto nacional de estatística (2021) - Resultados Provisórios do XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação - Censos 2021. In <https://www.ine.pt/>

International Council of Nurses. (2015). CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros

International Council of Nurses. (2018). Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network: definition and characteristics of the role: International AANP. Disponível em <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>

Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Kim, S. S. (2018). A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience. *Aging & mental health*, 22(10), 1295–1303. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1354972>

Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018) Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Manual de acolhimento da USF D.Sancho I (2020)

Martinho, S.A.L., (2019) – Promover a resiliência familiar: intervenção de enfermagem em grupos de enfermagem multifamiliares, dissertação de mestrado, ESEL Lisboa

Manoel, M F; Teston, E F; Waidman, M A P; Decesaro, M N; Marcon, S (2013). The family relationship and the burden level on family caregivers. *Revista Esc. Anna Nery* 17 (2), pag. 346 a 353 in <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>

Melo, R; Rua M; Santos C. (2014). O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção. *Indagatio Didactica* 6(2) pag. 108 a 120.

Ministério da saúde (2022) BI-CSP in <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/problemasativos.aspx?isdlg=1> acedido a 4/06/2022

Monteiro, A. M. F., Simões Neto, J. P., Santos, R. L., Kimura, N., Baptista, M. A. T., & Dourado, M. C. N. (2021). Factor analysis of the Resilience Scale for Brazilian caregivers of people with Alzheimer's disease. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 43(4), 311–319. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0179>

Norma da DGS nº 053/111 de 27 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde. In <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-terapeutica-das-alteracoes-cognitivas.pdf>

OE (2011) Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial em Enfermagem de Saúde família. Disponível em: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

OE (2015) Código Deontológico de Enfermagem. Disponível em: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

OE (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária na vertente de Saúde Familiar. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf

OMS (2002). Saúde 21 – Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS. Loures: Lusociência

OMS (2021) - Global status report on the public health response to dementia. In <https://apps.who.int/bookorders/>

Peixoto, T.A., Peixoto, N.M. (2011). Futuro da enfermagem: uma perspetiva oportuna, *Revista de Enfermagem Sinais vitais* (110), dez 2011., 29-37.

Pinto C e Santos L (2009). Prestador de cuidados: quais são as necessidades? *Revista ONCO.NEWS (ONLINE)*, 3 (9) pág. 16 a 22

Pinto, P. (2022) *Burnout* nos cuidadores informais de pessoas com demência: o impacto da vinculação e das estratégias de *coping*. Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa acedido em <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/5418>

Pires, Eliana (2016). A Importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família. Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança.

Planeamento do Estágio III Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. (2022) IPL: Leiria

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem* (21), 5-7 retrieved from C:_Enf._Ref._RIV14081T.pdf

Ratti, A., Pereira, M., & Centa, M. (2005). A relevância da cultura no cuidado às famílias. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(1), 60-68. doi: 10.5380/fsd.v7i1.8054

Santos, M. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/6979>

Queirós, P, J *et al.* (2014). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2). In <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13120>

Regulamento n.º 428/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República: II série* n.º 135(2018). Disponível em <https://dre.pt>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República: II série*, n.º 26 (2019). Disponível em www.dre.pt

Regulamento interno da USF D Sancho I (2020)

Relvas, A. (2004) – O Ciclo Vital na família: perspetiva sistémica. Edições Afrontamento.

Ribeira, S.; Ramos C.; Sá, L. (2004) – Avaliação Inicial da Demência. *Revista Portuguesa Clínica Geral* (20) pág. 569-577

Santana, M V (2019) Cuidar de quem cuida. O papel do cuidador e a sua conquista ao nível legislativo. (Dissertação de mestrado do Instituto Superior de Serviço Social do Porto), in <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31295/1/Andreia%20Santana.pdf>

Senturk, S.G., Akyol, M. A., e Kucukguclu O. (2018) - The Relationship between Caregiver Burden and Psychological Resilience in Caregivers of Individuals with Dementia. *International Journal of Caring Sciences* Volume 11 (2) Pág. 1223- 1230

Sequeira, Carlos Alberto (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referencia* 12 (2). Março de 2010

Sousa, L; Sequeira, C; Ferré-Grau, C; Martins, D; Neves, P; Lleixá-Fortunó, M (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental*, 5, pág. 45 a 50.

Vilela (2020). *Investigação o processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo 3ªed

Vizzachi, B; Daspett, C; Cruz, M; Horta, A (2015). A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. *Revista da escola de Enfermagem de USP* 49(6) pág. 933-938 in <https://www.scielo.br/j/reusp/a/bj8Y9hQSP9t97rhT36CRvS/?lang=pt>

Walsh, F. (2005) - Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca.

Williams, F., Moghaddam, N., Ramsden, S., De Boos, D. (2019). Interventions for reducing levels of burden amongst informal carers of persons with dementia in the community. A systematic review and meta-analysis of

randomised controlled trials. *Aging & mental health*, 23(12), 1629–1642.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515886>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

ANEXO I

De: Susana Maria Almeida Cascão | Conselho Técnico UCSP Azambuja
<susana.cascao@arslvt.min-saude.pt>

Enviado: 30 de janeiro de 2023 23:12

Para: USF D. Sancho I - Coordenação | ACES Lezíria <usf.dsanchoi.coord@arslvt.min-saude.pt>

Cc: Paula Raquel Estafero Santiago | USF D Sancho I <paula.santiago@arslvt.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização do uso de dados sobre a USF

Ao Coordenador da USF D. Sancho I

Exmo. Dr. Pedro Alves.

Eu, Susana Cascão, enfermeira a frequentar o Mestrado de Enfermagem Comunitária na vertente de Saúde Familiar, e tendo realizado estágio na vossa unidade, venho por este meio solicitar autorização para a publicação de dados referentes à vossa unidade na minha dissertação de mestrado.

Estes dados foram extraídos do regulamento interno, manual de articulação e Sclinico da vossa unidade. A sua utilização será apenas para caracterizar a USF.

Desde já agradeço todo o apoio e gentileza demonstrada durante o meu percurso académico.

Atenciosamente

Susana Cascão

RE: Pedido de autorização do uso de dados sobre a USF

USF D. Sancho I - Coordenação | ACES Lezíria <usf.dsanchoi.coord@arslvt.min-saude.pt>
qua, 15/02/2023 10:48

Para: Susana Maria Almeida Cascão | Conselho Técnico UCSP Azambuja
<susana.cascao@arslvt.min-saude.pt>

Bom dia, Susana,

Dado o teor dos dados não pessoais, de carácter geral, de caracterização e de acesso no âmbito do estágio que realizou, está autorizada a publicar esses mesmos dados para efeitos curriculares.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Alves

Coordenador da USF

Rua Venilde Anastácio, s/n

2070-416 Pontével

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR D. SANCHO I | FAMILY HEALTH UNIT D. SANCHO I

APENDICE I

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Processo de enfermagem

Susana Maria de Almeida Cascão, nº 5210036

Leiria, março 2023

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Processo de enfermagem

Susana Maria de Almeida Cascão – n°5210036

Professora Supervisora: Professora Doutora Célia
Jordão

Enfermeira Orientadora: Paula Santiago

Leiria, março de 2023

ÍNDICE

1 - MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	vii
2- AVALIAÇÃO FAMILIAR	ix
2.1 -DIMENSÃO ESTRUTURAL.....	ix
2.1.1 -História da Família	x
.....	xi
2.1.3 Ecomapa	xii
2.1.4 -Classe social	xiii
2.1.5 -Edifício residencial	xv
2.1.6 -Sistema de abastecimento	xv
2.1.7 -Ambiente biológico	xv
2.2.-DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL.....	xv
2.3 - DIMENSÃO FUNCIONAL INSTRUMENTAL.....	xvi
2.3.1 Conhecimento do papel	xviii
2.3.2 -Comportamento de adesão	xix
2.3.3 -Consenso e conflito do papel	xx
2.4. DIMENSÃO FUNCIONAL EXPRESSIVA.....	xx
2.4.1 - Comunicação familiar	xxi
2.4.2- Coping familiar	xxi
2.4.3. - Papeis Familiares	xxii
2.4.4 - Crenças	xxii
2.4.5 - Relação dinâmica	xxii
2.4.6 -Coesão e adaptabilidade da família	xxiii
2.4.7 - Funcionalidade da família	xxvi
3 - PLANO DE CUIDADOS	xxix
ANALISE REFLEXIVA	xxxvi
4 -REGISTOS EM SCLINICO	xxxix
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xxxvii

Anexo I

1 - MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico-metodológico, construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos cuidados de saúde primários portugueses (Figueiredo 2009). Surge associado às novas necessidades de saúde e que se assumem num contexto dinâmico de novas realidades e necessidades de saúde familiar, assim como no desenvolvimento de novas práticas do enfermeiro de família. É, então, um guia orientador que permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, integrando: áreas de atenção, dados, diagnósticos e intervenções, orientadores da conceção de cuidados e das práticas de enfermagem direcionadas à família como unidade de cuidados (Figueiredo, 2012). Pelo que foi adotado pela Ordem do Enfermeiros (2011) como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar.

O uso deste modelo organiza a intervenção do enfermeiro de família, tendo por base as propriedades do sistema familiar de globalidade, equifinalidade e auto-organização, e sustentado no paradigma colaborativo centrado na família enquanto unidade. Assim fornece aos enfermeiros e a outros profissionais de saúde, os instrumentos para a tomada de decisão no processo de cuidados com as famílias (Figueiredo, 2012).

Segundo Figueiredo (2009), a avaliação familiar mediada pelo MDAIF caracteriza-se pela aplicação de uma estrutura organizativa que engloba três áreas de atenção familiar relevantes na prática de cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), constituindo dimensões avaliativas:

- dimensão estrutural, que abarca a estrutura da família, por forma a identificar a composição da mesma, bem como os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas, e ainda aspetos específicos do contexto ambiental que podem constituir riscos de saúde.
- dimensão desenvolvimental que possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, num determinado contexto e processo evolutivo relacionado com o ciclo vital. Pelo que, permite prever cuidados antecipatórios, por forma a promover a capacitação da família, para responder as tarefas de cada etapa e prepará-la para o futuro
- dimensão funcional, que engloba os padrões de interação familiar que permitem o desempenho de funções e tarefas. Esta dimensão permite perceber como a família

responde as atividades cotidianas (dimensão do funcionamento instrumental) e ainda como é que as interações entre os membros da família ocorrem, e quais as necessidades a (dimensão do funcionamento expressiva).

2- AVALIAÇÃO FAMILIAR

A avaliação familiar segundo MDAIF está alicerçada em três áreas de atenção, que de acordo com os dados avaliativos surge numa estrutura de organização sistémica com três dimensões recursivas: estrutural, desenvolvimento e funcional. (Figueiredo 2012).

2.1 -DIMENSÃO ESTRUTURAL

Tabela 1 - Identificação do agregado familiar

Nom	Papel familiar	Género	Data de nascimento	Idade	Escolaridade	Profissão
M.O.	Mãe	Feminino	05/12/1939	82 anos	4ºano	Reformada (costureira)
J. A	Filho e irmão	Masculino	16/06/1969	53 anos	12º ano	Técnico de Animação social (Camara Lisboa)
T. A.	Filho e irmão	Masculino	19/12/1976	46 anos	12º ano	Desempregado
H. A	Filha e irmã	Feminino	21/07/1979	42 anos	12º ano	Empresária (empresa de tradução)

A família em estudo é composta pelos subsistemas parental, por subsistemas fraternal e individual. Quanto à tipologia esta família é uma família nuclear. O casal que deu origem a esta família, ele era de origem africana e de raça negra e ela (M.O) caucasiana nascida em Valada. Desta união nasceram 3 filhos mestiços que viveram a sua infância e juventude entre Lisboa e Valada.

Relativamente à família extensa, existem familiares por parte do pai resultantes de relacionamentos anteriores, contudo, segundo H.A. quando o pai se reformou e houve um decréscimo de rendimentos estes afastaram-se e atualmente não existe qualquer tipo de contacto.

A Madrinha de H.A. (que é uma vizinha da família e acompanhou o crescimento de H.A.) assume-se como um importante recurso de proximidade, que fornece companhia social, apoio emocional e guia cognitivo e conselhos para toda a família em essencial com H.A., o tipo de contacto é pessoal de frequência semanal.

Relativamente ao meio onde residem esta família nuclear parece só se relacionar com a USF e com serviços de saúde. IPSS e instituições religiosas não são considerados como recurso para esta família. Enquanto as instituições de saúde são um importante recurso para esta família,

sendo mesmo verbalizado nas entrevistas que os profissionais de saúde são percecionados como importantes e fundamentais para quotidiano da família.

2.1.1 -História da Família

Em 2014, M.O vivia com o marido em Valada enquanto J.A, T.L e a irmã H.A vivia em Lisboa, local onde trabalhavam e T.L frequentava cursos de formação. Do decurso desse ano, M.O tem AVC que a deixa com limitações (hemiparesia à esq^a) e vai para Unidade de Cuidados Continuados para reabilitação durante 1 ano. Perante este contexto, o T.L muda-se para uma aldeia do Ribatejo para auxiliar o pai e preparar o domicílio auxiliado pela irmã H.A. que vinha ao fim de semanas.

A mãe recuperou a totalidade da sua autonomia (necessitando apenas um andarilho para se deslocar para percursos mais longos) e conseguia cuidar da casa com a ajuda do T.L, que estava desempregado.

Em 2019, com o agravamento da saúde do T.A (úlceras do pé) e aumento da debilidade física as vindas de H.A tornaram-se mais frequentes a Valada.

H.A acabaria de se mudar para a aldeia em 2020, por agravamento do estado de saúde dos seus pais e perante um surto psicótico de T.L que coincidia com o início da pandemia por SARS Covid 19. Assim durante este período as hospitalizações de T.A tornaram-se frequentes e M.O começou a perder a sua autonomia ficando dependente nas atividades de vida diárias e com grandes períodos de desorientação espaço temporal.

Também J.A. ficou de baixa prolongada por doença psiquiátrica.

Neste contexto, H.A que já desempenhava um papel de cuidadora muito vincado assume o papel de prestadora de cuidados a tempo inteiro, bem como de outros papeis que serão explorados mais a frente. No final do ano de 2021 morre o T.A.

2.1.2 - Genograma

O genograma é um instrumento utilizado na colheita de dados que permite perceber a estrutura familiar e os seus problemas. Possibilita uma construção do passado familiar e antever problemas potenciais no futuro, oferecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família (Figueiredo, 2009).

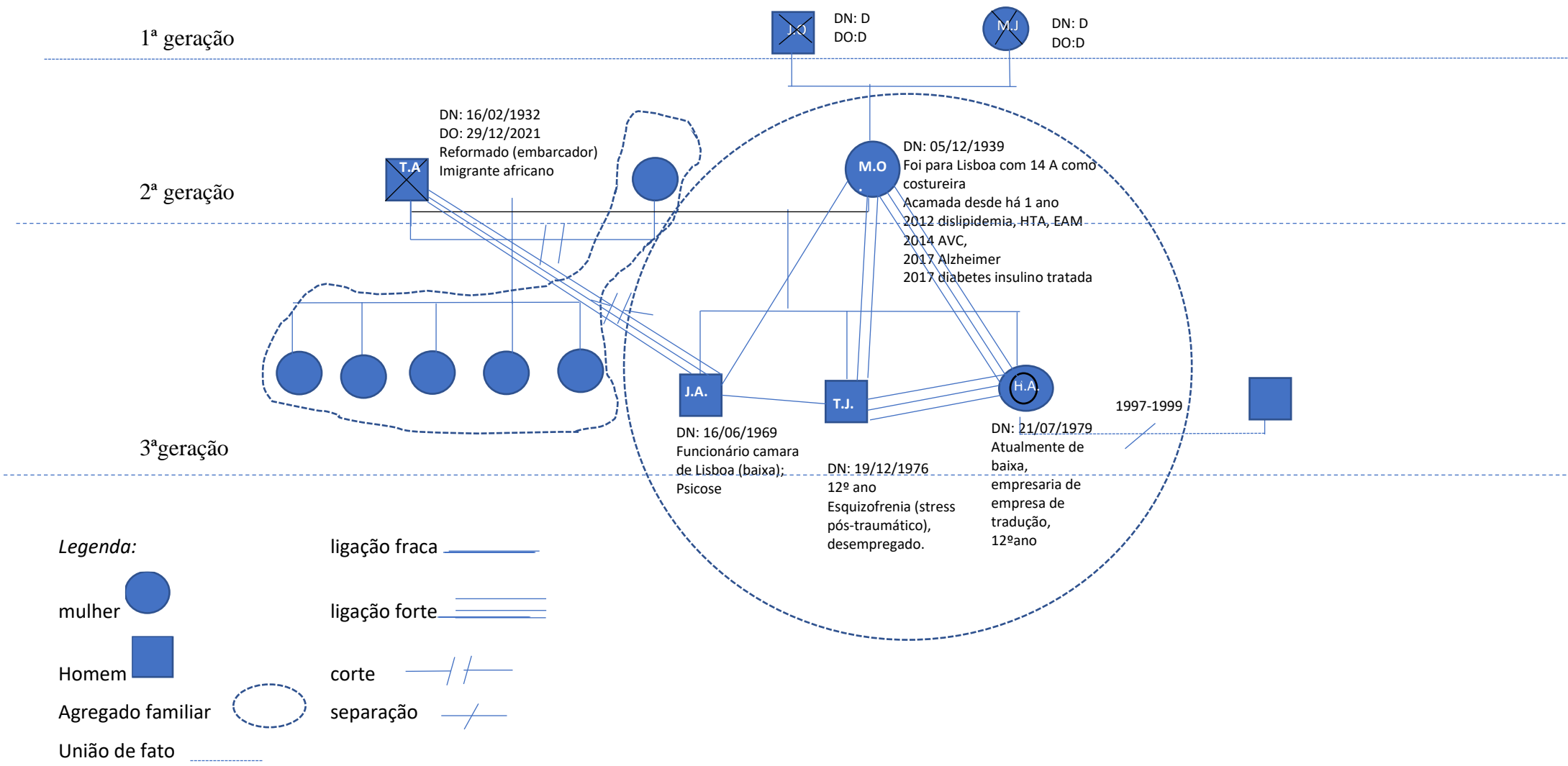
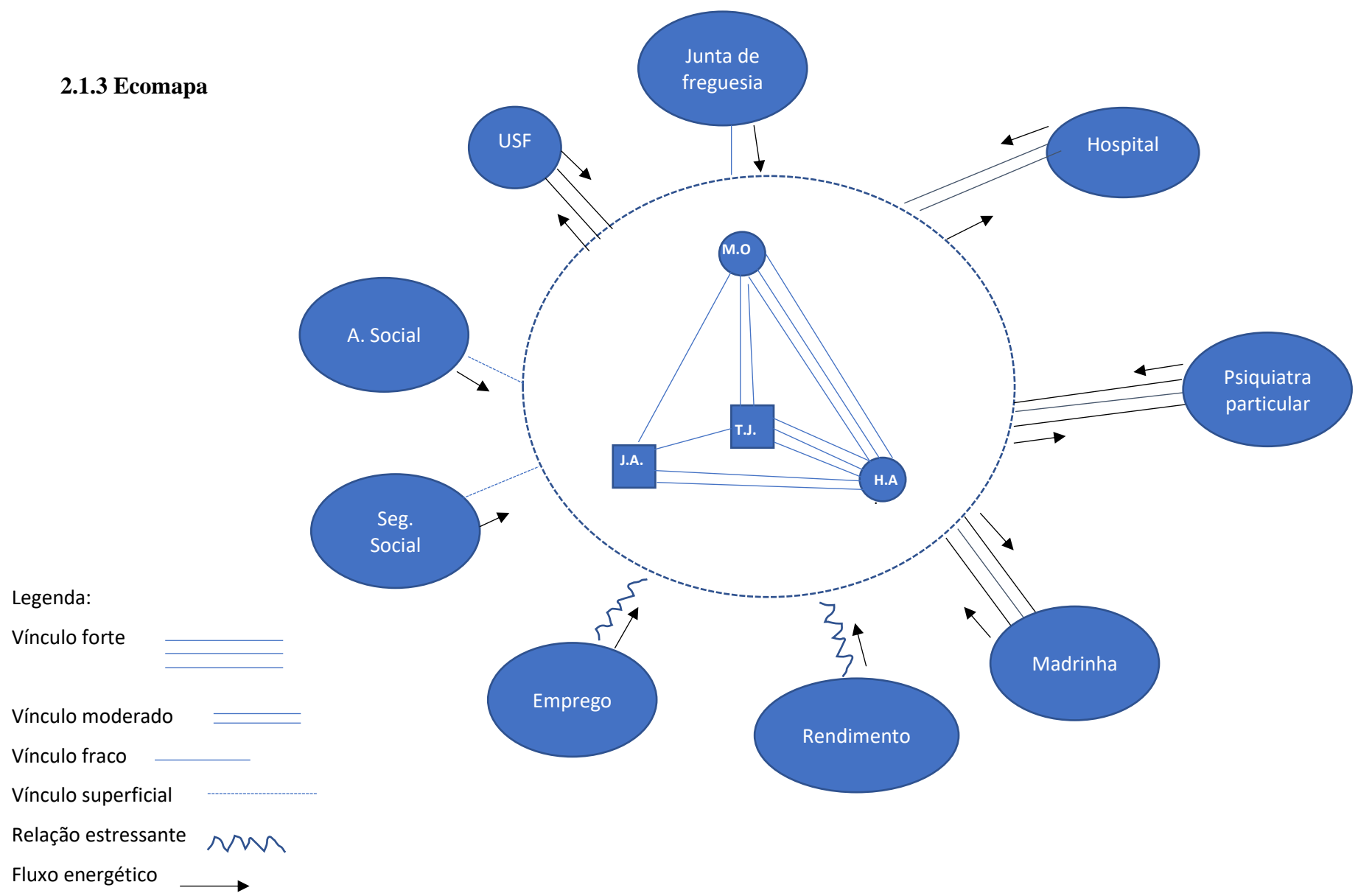


Figura 1- Genograma

2.1.3 Ecomapa



Legenda:

- Vínculo forte (thick solid line)
- Vínculo moderado (medium solid line)
- Vínculo fraco (thin solid line)
- Vínculo superficial (dotted line)
- Relação estressante (wavy line)
- Fluxo energético (arrow)

Figura 2- ecomapa

O ecomapa representa as relações inter familiares de acordo com a percepção pelos membros da família. Nesta família os recursos relacionados com a Saúde são perspectivados como muito positivos para a família. Existe grande abertura para a intervenção de alguns profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro de família.

2.1.4 -Classe social

Para avaliar a classe social, utilizei a Escala de Graffar. A sua aplicação permite identificar o nível que a família ocupa na estratificação social tendo por base as características da família relativamente à profissão, nível de instrução, fonte de rendimento, conforto da habitação e aspeto da zona de residência

A cada um dos critérios é atribuída pontuação num intervalo de 1 - 5 e o somatório final permite incluir a família numa classe indicativa do nível socioeconómico.

Na avaliação feita em 29/06/2022 em contexto domiciliário obtive a classificação de Grau IV classe media baixa. Como se pode constatar na figura 1.

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA 29/06/22
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Figura 3 – Escala de Graffar (Fonte: Figueiredo, 2009)

2.1.5 -Edifício residencial

A casa é uma moradia de Rés do chão e primeiro andar com um terraço e anexo nas traseiras da casa, localizada na zona antiga de uma aldeia ribatejana.

Não existem barreiras arquitetónicas, embora a sala apresente-se com muitos moveis que dificultam circulação de cadeira de rodas.

A casa de banho está adaptada para higiene da utente acamada.

Aquecimento é realizado pela lareira e localiza-se na sala que é o quarto de M.O.

Abastecimento de gás é feito por botija. A casa apresenta boa higiene.

2.1.6 -Sistema de abastecimento

O abastecimento de água é feito através da rede publica. O tratamento de resíduos faz-se pela rede pública.

2.1.7 -Ambiente biológico

Esta família tem a seu cargo 2 cães que foram acolhidos ainda quando o T.A. era vivo e segundo a filha fazem parte do legado deste. Estes permanecem no terraço sem acesso a casa, mas, contudo, não estão vacinados nem desparasitados.

2.2.-DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

De acordo com a etapas do ciclo vital familiar definidas por Relvas, que são as preconizadas no MDAIF, esta família está na etapa Família com filhos adultos, contudo pela análise das características desta família, a classificação de Duvall e Miller parece ser a mais adequada, pelo que esta família está na etapa Família Idosa.

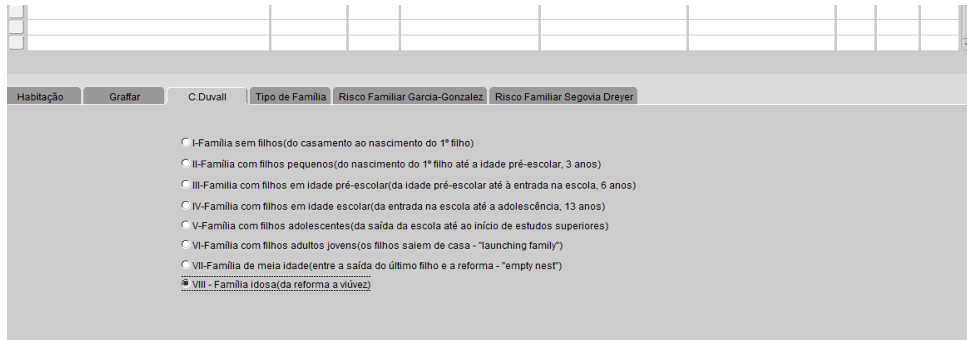


Figura 4 – Etapa do ciclo vital segundo Duvall.

Fonte SClinico, 2022

A peculiaridade desta família não permite a aplicabilidade das áreas de atenção (dimensões operativas), que são desorientação espaço temporal de M.O, impedindo o exercício do papel parental, a inexistência de um casal e, conseqüentemente, de filhos.

Relativamente a H.A. poderá ser avaliado o foco planeamento familiar, mas numa perspetiva individual. Pois no MDAIF a definição de planeamento familiar está associada aos processos de tomada de decisão do casal relativamente à regulação de número de filhos (Figueiredo, 2012). Assim que não constitui um problema e o objetivo é desenvolver a perceção da família como unidade de cuidado, não será desenvolvido.

Importa reforçar que o desenvolvimento familiar se reporta à mudança da família enquanto grupo, e às mudanças nos seus membros. Desenvolvimento esse que se encontra definido por sequencias de transformações na organização familiar em função de tarefas bem específicas, as que caracterizam as etapas do ciclo vital familiar. Essas tarefas relacionam-se com o aparecimento de novos elementos (novos subsistemas); mudanças estruturais e funcionais a operar; e saída de elementos. Alarcão (2000)

2.3 - DIMENSÃO FUNCIONAL INSTRUMENTAL

Esta dimensão permite compreender o padrão interaccional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no auto-cuidado, por razões que emergem de situação de doença. O apoio manifesta-se por comportamentos normativos, regulados pelos valores e expectativas do sistema familiar em interacção com os valores da sociedade acerca de como a família deve agir quando um dos seus membros se encontra dependente e como deve ser exercido o papel de prestador de cuidados. (Figueiredo, 2009)

Existe um membro da família totalmente dependente na satisfação das AVD, que é M.O. Por doença psiquiátrica existem outros níveis de dependência que importa destacar (dependência emocional).

Assim H.A. assume o papel de prestador de cuidados de H.A, mas também desenvolve o papel de mãe (protetora e cuidadora de T.L). ao afirmar que: “T.L é como um filho que nunca tive”.

Tabela 2 - descrição da prestação de cuidados a M.O por autocuidado e prestador de cuidados

Dependência em:	Prestadores de cuidados
autocuidada higiene	Filha H.A apoiada por T.L.
autocuidado vestuário	Filha H.A apoiada por T.L.
autocuidado comer	Filha H.A apoiada por T.L.
autocuidado beber	Filha H.A apoiada por T.L.
autocuidado ir ao sanitário	Filha H.A apoiada por T.L.
autocuidado comportamento sono-reposo	Filha H.A apoiada por T.L.
autocuidada atividade de lazer	Filha H.A
autocuidada atividade física	Filha H.A apoiada por T.L.
gestão do regime terapêutico	Filha H.A
autovigilância	Filha H.A apoiada por T.L.
administração de medicamentos	Filha H.A apoiada por T.L.

2.3.1 Conhecimento do papel

Tabela 3 - avaliação do conhecimento do papel de prestador de cuidados por áreas.

Áreas de conhecimento do prestador de cuidados	<i>Demonstra (sim ou não)</i>
Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene.	sim
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário	sim
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado comer	Não (a minha mãe bebe muitos néctares da Compal)
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber	Sim
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono - repouso	Sim
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade mental	Não aplicável
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física	Sim (faço exercícios às pernas e braços para estimular a circulação)
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico	Não
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância	sim
Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos	Sim

2.3.2 -Comportamento de adesão

Tabela 4 – avaliação do comportamento de adesão por áreas de conhecimento de prestador de cuidados

Áreas de comportamentos de adesão	Sim/não
O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente	Não aplicável
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente	Sim
O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	Sim
O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	Não
A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente	Sim
O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente	Sim
O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	Não aplicável
O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente	Sim
O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância	Sim

O prestador de cuidados promove a higiene adequada ao membro da família dependente. O prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado.

A família adquiriu equipamento adaptativo para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente.

O prestador promove comportamento sono/reposo adequado ao membro da família dependente (Mas H.A. não consegue descansar convenientemente, dorme no sofá para prestar auxílio a mãe)

O prestador de cuidados promove padrão de exercícios adequados ao membro da família dependente. (H.A. realiza exercícios passivos para estimulação musculo- articular a M.O).

2.3.3 -Consenso e conflito do papel

Existe consenso no papel de prestador de cuidados (todos os 3 irmãos concordam sem conflito que a irmã é a melhor cuidadora da mãe e da restante família), a própria H.A refere que tal como a mãe tinha de assumir porque é a filha mulher, “os meus irmãos confiam muito em mim, mais do que as namoradas!” Os irmãos também concordam com esta perspetiva afirmando “a minha irmã é caranguejo, pelo que a sua ligação à família será sempre de cuidado.”

H.A atualmente perante a sobrecarga do papel de prestadora de cuidados e a incompatibilidade para a sua atividade laboral (está de baixa medica para cuidar da Mãe) começa a evidenciar sinais de saturação.

A saturação acontece quando os membros da família referem problemas físicos, ou psicológicos, ou emocionais, ou sociais, ou económicos relacionados com o papel (Figueiredo, 2012) H.A. refere problemas emocionais e económicos (“não chorei a morte do meu pai! Tenho dificuldade em dormir! Tive de aguentar o barco pelos meus irmãos” “só tenho 700 euros para toda a família”)

2.4. DIMENSÃO FUNCIONAL EXPRESSIVA

Para avaliar esta dimensão familiar, foi também aplicada a Escala de Readaptação de Holmes & Rahe á família, esta escala permite perceber quais os eventos vitais que decorreram no ultimo ano de vida e estabelecer a o risco de doença, pois este instrumento tem por prossuposto, que o esforço exigido para que o individuo se reajuste á sociedade,após mudanças significativas na sua vida, conduz a um desgaste que leva a perda de saúde. Consiste num inventário de 43 acontecimentos vitais, aos quais correspondeuma pontuação, assinalando-se os eventos que ocorreram no último ano. Se o valor total encontrado for de 150 a 200: existe uma menor probabilidade de incidência de doença; de 200 a 300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença físicae ou psíquica; > 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

1	Morte do conjugue	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do conjugue	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Conjugue que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de actividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de actividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do n°. de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração n°. de discussões c/ conjugue	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudança de responsabilidades no trabalho	29			

Figura 5 - Escala de Readaptação de Holmes & Rahe

Após realizar se o somatório dos itens assinalados na escala pela família, obteve-se um valor de 286, que corresponde a 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica.

2.4.1 - Comunicação familiar

Na família todos expressam sentimentos, sentem liberdade para o fazer e assumem-se como muito unidos. Referem satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos bem como aceitação da família relativamente á expressão dos sentimentos dos seus membros. Relativamente ao impacto que os sentimentos de cada um tem na família são classificados de favoráveis.

Referente à Comunicação verbal/não, verbal existe compreensão de forma clara do que é dito pelo outro e todos se expressam claramente quando comunicam.

Existe satisfação dos membros sobre a forma como se comunica e tem um impacto favorável na família (comunicação circular).

2.4.2- Coping familiar

Relativamente a solução dos problemas a H.A é quem geralmente identifica, tem iniciativa para os resolver. Pelo que não existe muita discussão (H.A: “o que eu digo é lei!”) mas

quando questionados os irmãos estes referem estar satisfeitos com o modo de resolução dos problemas.

Por norma o primeiro recurso para a resolução de problemas é a irmã, só depois recorrem a recursos externos e em situações de doença.

2.4.3. - Papeis Familiares

Os papeis provedor, gestão financeira, cuidado doméstico, papel de parente são desempenhados pela H.A., com consenso e sem conflito, contudo evidenciou-se saturação perante a multiplicidade dos papeis.

2.4.4 - Crenças

Crenças religiosas católicas (atualmente não praticantes)

Crenças espirituais “Todos os membros acreditam na espiritualidade alicerçada nos princípios da física quântica, pelo que crê num espírito que influencia a corpo físico, a vida não é finita e a morte é uma passagem para outra dimensão. O processo de saúde doença surge em todas as dimensões do ser e é muito importante como se lida nesse processo”.

Quanto aos valores esta família rege-se pelo fazer o bem, o respeito, e a honestidade.

Relativamente aos valores culturais denota-se uma influência africana relacionada com a espiritualidade.

Quando questionados sobre as crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde, todos referem “sentirem-se bem com os profissionais, até mesmo no hospital! São um recurso um porto de abrigo!”

2.4.5 - Relação dinâmica

Durante as entrevistas ficou claro que esta família funciona por matriarcado, liderança essa já assumida pela avó materna destes irmãos e perpetuado pelas gerações seguintes, com aceitação de todos. Assim a H.A assume se como a pessoa com a maior poder e influencia e é aceite como líder.

Como o papel de parente é desempenhado por H.A. esta está presente em todas as alianças e uniões da família:

- T.J aliado de H.A (confidentes, e T.J é o braço direito de H.A no cuidado à mãe)
- J.A unido a H.A (dependência emocional de H.A)

2.4.6 -Coesão e adaptabilidade da família

Para avaliar da família quanto á sua adaptabilidade e coesão familiar, optou-se por aplicar escala FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar) - versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes – 1995. O instrumento inclui 30 itens, cotados de 1(quase nunca) a 5 (quase sempre), dos quais 16 se enquadram na dimensão coesão familiar e 14 na dimensão da adaptabilidade.

Para a coesão: somar os itens 3,9,15,19,25 e 29. Subtrair este resultado de 36. Somar os outros itens ímpares + item 30. Para adaptabilidade: somar os itens 24 e 28. Subtraio resultado de 12. Somar os restantes itens pares (menos o 30). Os resultados da categoria coesão familiar variam entre 15 e 80 e os resultados da categoria da adaptabilidade variam entre 15 e 70. Somando as pontuações correspondentes da coesão e adaptabilidade variam (entre 1 e 8) e dividindo por 2, obtém-se o resultado final da escala, que varia entre família extrema, família intermédia, família moderadamente equilibrada e família equilibrada.

Escala aplicada a 07/07/2022 em contexto de visita domiciliaria

Tabela 5 – escala de FACES II

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca (1)	De vez em Quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X
2. Na nossa família cada um pode xxxiasserxxiiirs livremente a sua opinião.					X
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões xxxiasserxxiiirs.					X
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X

6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					X
7. Na nossa família fazemos ascoisas em conjunto.					X
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					X
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	X				
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família				X	
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.				X	
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.				X	
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					X
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	X				
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					X
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	X				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					X
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					X
22. Na nossa família todos partilham a responsabilidade.					X
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					X
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					X

25. Em casa, os elementos da família evitam-se uns aos outros	X				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					X
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	X				
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					X
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.			X		

Assim e aplicando os somatórios em cima expressos conclui-se que para coesão obteve-se um valor de 68 que corresponde a família em termos de **coesão é ligada**, e para a adaptabilidade um valor de 48 que corresponde a uma **família flexível**, como se pode verificar na tabela em baixo.

Tabela 6 - Tabela de Interpretação linear da FACES II

Coesão		Adaptabilidade			Tipo de Família		
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8 7	Equilibrada
7	73 71		7	64 55			
6 ⇒	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6 5	Moderadamente equilibrada
5	64 60		5 ⇒	49 46			
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4 3	Intermédia
3	54 51		3	42 40			
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2 1	Extrema
1	34 15		1	29 15			

Continuando a análise do questionário verificamos que o resultado obtido para coesão corresponde a 6 e para adaptabilidade corresponde a 5. O que somando os itens e dividindo

por 2 obtém-se um valor de 5,5 que corresponde a uma família moderadamente equilibrada.

2.4.7 - Funcionalidade da família

Com o intento de proceder á avaliação da funcionalidade da família, recorreu-se ao APGAR Familiar de Smilkstein. Este permite avaliar as relações ~~fnhs~~, revelando a perceção de cada um dos elementos sobre a funcionalidade familiar e determina se a família constitui ou não um recurso para cada elemento.

Consiste num questionário de 5 perguntas, considerando como principais funções da família: Adaptação; Participação; Crescimento; Afeição e Resolução/Decisão. Assim, após resposta Às 5 questões obtém-se uma pontuação compreendida entre 0 e 10, sendo que: um resultado entre 7 e 10 corresponde a um nível altamente funcional; um resultado entre 4 e 6 refere-se a um nível moderadamente disfuncional e um resultado entre 0 e 3 representa um nível de disfunção acentuada.

Tabela 7 – APGAR Familiar

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

- Membro H.A score 8 Família altamente funcional
- Membro T.L score 10 Família altamente funcional
- Membro J.A score 9 família altamente funcional

A aplicação deste instrumento permitiu concluir que todos os membros da família consideram a sua família altamente funcional.

Diagnósticos levantados de acordo MDAIF na dimensão funcional:

- Papel de prestador de cuidados não adequado
- Conhecimento do papel de prestador de cuidados/aprendizagem de habilidades de cuidados sobre autocuidado comer não demonstrado
- Saturação do papel por parte H.A.
- Processo Familiar não Comprometido

Perante a avaliação desta família, e face aos diagnósticos levantados sentiu-se necessidade de proceder a avaliação de sobrecarga verificada pelo exercício do papel de prestador de cuidados de H.A. aplicando a escala de sobrecarga do cuidador (ESC – Zarit & Zarit 1983 versão portuguesa de Sequeira 2010). Pois, este instrumento permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do prestador de cuidados e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Sequeira 2010) que complementa a avaliação familiar na dimensão operativa papel de prestador de cuidados do MDAIF.

Escala de sobrecarga do cuidador (Zarit & Zarit, 1983; versão portuguesa: Sequeira 2010), aplicada em domicílio a 07/07/22

Tabela 8- escala de sobrecarga do cuidado (Zarit)

Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
Sente-se que o seu familiar solicita mais ajuda do que a aquela que realmente necessita?					X
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
Sente-se tenso/o quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?	X				
Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	X				
Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a relação com os seus familiares/amigos?					X
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	X				
Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?			X		
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
Considera que não tem um a vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					X
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					X
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o ir visitarem devido ao seu familiar?	X				

Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?					X
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	X				
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					X
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Da análise da ESC obteve-se um score de 79 que corresponde a uma sobrecarga intensa, pelo qual o enfermeiro de família deve intervir. Para Sequeira (2010) a aplicação desta escala permite fundamentar e perceber o nível de sobrecarga e em que áreas se manifesta, que são: Impacto da prestação de cuidados; Relação interpessoal, Expectativas com o cuidar, Percepção de autoeficácia. H.A apresenta níveis de sobrecarga preocupantes nas áreas Impacto da prestação de cuidados (impacto no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo) e expectativas com o cuidar (engloba as expectativas que o cuidador tem face ao cuidar, relativamente ao futuro, às suas capacidades para cuidar).

Estes resultados são coincidentes com a avaliação familiar efetuada, pois esta família é muito emaranhada com limites muito difusos, onde há sobreposição de papéis. H.A é irmã e mãe dos irmãos, estes veem a irmã com confidente, provedora e cuidadora. Perante a assunção de vários papéis H.A. e a inexistência de outro familiar do sexo feminino provoca nesta cuidadora um sentimento de angústia face ao futuro. Também a opção de cuidar da família a tempo inteiro constitui uma fonte de stress porque existe fracos recursos económicos.

3 - PLANO DE CUIDADOS

A avaliação da família em estudo através do MDAIF, constitui uma oportunidade para compreender a família como unidade de cuidados, dotada de uma singularidade e complexidade única que determina a sua organização. Assim foi possível compreender as suas necessidades e estabelecer um plano de cuidados com intervenções sistémicas e colaborativas à família.

Todos os contactos foram em contexto domiciliário. O domicílio é o local privilegiado para a prestação de cuidados utentes em situação de vulnerabilidade (seja qual for a natureza da vulnerabilidade), sendo a visita domiciliária a estratégia de intervenção de enfermagem mais adequada. Pois ao enfermeiro observar o utente/ família no seu ambiente de vivência habitual e da comunidade em que está inserido. O foco de atenção do enfermeiro poderá estar centrado não só nas necessidades do utente, mas também nos fatores familiares, socioculturais, económicos, e ambientais, que influenciam tanto o contexto de prestação de cuidados, como a eficácia dos cuidados prestados. (Pinto, 2016.)

Com base na avaliação familiar, foram estabelecidos diagnósticos e intervenções de enfermagem à unidade familiar, tendo por base a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentados nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. A avaliação do processo permite tanto a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, quanto a formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação colaborativa do plano de cuidados (Figueiredo, 2012).

Verificou-se que existe incongruências na transferência dos diagnósticos do MDAIF para a plataforma SClínico, o que inviabiliza a visibilidade do trabalho de enfermagem de família centrada na unidade familiar. Pois alguns focos de atenção surgem apenas no processo individual.

Área de atuação: saúde Familiar

- Dimensão estrutural

Foco de atenção Rendimento Familiar		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre gestão de rendimentos (Escala de Graffar do rendimento familiar situa-se no grau 4 – remunerações inferiores ao salário mínimo, pensionistas ou reformados, vencimentos incertos)		
Diagnóstico: Rendimento familiar insuficiente		
Resultado esperado: Que a família consiga tenha rendimento suficiente		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
29/06/22	Requerer serviços sociais.	Feita referência para assistente social a
Domicílio	Orientar família para serviços sociais. Promover a gestão do rendimento familiar.	15/07

Foco de atenção edifício residencial		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar habitação		
Diagnóstico: edifício residencial seguro e não negligenciado		
Resultado esperado: Que a família tenha habitação segura e não negligenciada		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
30/06/22	Avaliar habitação	A moradia de 2 andares localiza-se numa zona antiga, mas bem conservada, higienizada e arrumada.
Domicílio		

Foco de atenção: abastecimento de água		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar o abastecimento de água		
Diagnóstico: abastecimento de água adequado		
Resultado esperado: Que a família tenha abastecimento de água adequado.		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
30/06/22	Avaliar o abastecimento de água	O abastecimento da água é da rede pública e a casa está ligada saneamento básico
Domicílio		

Foco de atenção: precauções de segurança		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre prevenção de acidentes		
Diagnóstico: precaução de segurança demonstrada		
Resultado esperado: Que a família esteja em ambiente seguro.		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
30/06/22 Domicílio	Avaliar o conhecimento sobre a utilização de equipamento de gás.	A botija de gás encontra-se numa área arejada e ventilada fora da casa principal. O abastecimento da água é da rede pública e a casa está ligada saneamento básico (água potável).

Foco de atenção animal doméstico		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar conhecimento sobre animal Doméstico		
Diagnóstico: animal doméstico negligenciado e conhecimento não demonstrado sobre cuidado ao Animal		
Resultado esperado: Que a família tenha animais vacinados e desparasitados		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
30/06/22 Domicílio	Ensinar sobre vacinação do animal doméstico Orientar para serviços da comunidade Ensinar sobre desparasitação animal. Motivar para vacinação da animal doméstico Motivar para desparasitação da animal doméstico Supervisionar vacinação do animal.	Existem 2 cães que nunca foram vacinados nem desparasitados. Enviado mail para Junta de freguesia para agilizar vinda do veterinário municipal a Valada, para vacinação. (8/7/22) Enviado vários mails para Camara Municipal do Cartaxo sem resposta

Área de atuação: saúde Familiar

- Dimensão funcional

Foco de atenção papel de prestador de cuidados		
Intervenção de diagnóstico:		
Avaliar conhecimento do papel		
Avaliar comportamento de adesão		
Consenso sem conflito não saturação sim		
Diagnóstico: papel de prestador de cuidados não adequado		
Conhecimento do papel não demonstrado sobre autocuidado comer		
Comportamento de adesão não demonstrado		
Saturação		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
30/06/22	<u>Conhecimento do papel não demonstrado do papel não demonstrado</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar PC sobre padrão alimentar adequado 	Foram realizados ensinamentos sobre a importância de privilegiar o consumo de alimentos com teor proteico elevado em detrimento dos hidratos de carbono a 7/7
Domicílio	<u>Comportamento de adesão não demonstrado</u> <ul style="list-style-type: none"> • Motivar o prestador de cuidados a promover ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente. • Planear dieta • Ensinar PC sobre técnicas de alimentação 	<p>A 14/07 foi planeado um plano alimentar para as 24h, com 4 refeições, polifracionadas e ricas em fibras e proteínas em detrimento dos HC. Incentivada a ingestão de gelatina como substituto dos sumos da compal.</p>
09/07/2022	<u>Saturação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação circular expressiva das emoções • Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação). • Promover estratégias de coping para papel. • Motivar para redefinição dos papéis pelos membros da família. • Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família. • Requer serviço de saúde (psicóloga) • Orientar para serviços sociais • Requer serviço social. 	<p>A 07/07 em entrevista familiar abordou-se a nível de saturação de H.A e da necessidade de ajuda.</p> <p>Assim e perante a organização familiar alicerçada na crença de que as mulheres é que tem o dever de cuidar foi referenciada a M.O para Assistente social para internamento em ERPI. Esta referência só foi feita após H.A aceitar.</p> <p>A 09/07 M. O. foi referenciada para descanso de cuidador, mas com a continuação da conversa colaborativa, H.A. recusou esta oportunidade. Posteriormente, inscreveu a mãe no Lar da sua confiança (aguardar vaga até a data terminus do estágio)</p> <p>10/11 H.A verbaliza sentimentos de confiança e de gratificação por cuidar da mãe. Refere</p>

		também que já inclui a madrinha nos cuidados e T.J também executa algumas atividades de cuidado à mãe, pelo que esta cuidadora pode tirar as “sextas-feiras livres”.
--	--	--

Foco de atenção processo familiar		
Intervenção de diagnóstico: avaliar processo familiar		
Diagnóstico: Processo familiar comprometido		
Resultado esperado: que o processo familiar não comprometido, seja funcional		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
07/07/22	Avaliar comunicação	A família descreve que tem uma comunicação eficaz, num clima de aceitação incondicional e liberdade.
Domicílio	Avaliar coping	Sendo um matriarcado a H.A assume a liderança e os outros membros cumprem com o decidido por H.A, todos sentem-se seguros e confortáveis com esta situação.
	Avaliar interação de papéis	Os papéis são desempenhados por H.A com ajuda do T.J. J.A demarca se dos mesmos papéis.
	Avaliar a relação dinâmica	Relativamente á relação dinâmica H.A como o epicentro e manutenção da família, fazendo parte de todas as alianças e uniões e desempenhando o papel de parente.
	Avaliar escala de FADES II	A família caracteriza-se como uma família moderadamente equilibrada.
	Avaliar escala de APGAR	A família é percecionada por todos como altamente funcional.
	Ao longo de todo o estágio	Negociar papéis Otimizar comunicação Negociar o processo familiar Incentivar o envolvimento da família

	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	Em outubro de 22 T.J inicia a frequência dum curso de formação profissional após 6 anos sem ocupação. J.A volta a trabalhar após 2 anos de baixa médica. H.A. assume cuidar de outro idoso, mas de forma remunerada.
--	---	--

Área de atuação: saúde do individuo

- H.A.

Foco de atenção menopausa		
Intervenção de diagnóstico: menopausa		
Diagnóstico: menopausa		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
07/07/22 Domicílio	Avaliar conhecimento sobre menopausa Avaliar potencial para melhorar conhecimento Referenciar serviço médico Avaliar adesão ao rastreio do cancro do colo do útero	H.A refere períodos de amenorreia e percebe-se como “diferente”, associa a menopausa. A 17/11 realizou análises clínicas (com alterações sugestivas de menopausa) Realizou citologia em 2021 (resultado negativo) Sendo um período de transição para

Área de atuação: saúde do individuo

- M.O

Diagnóstico: sono comprometido		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
07/07/2022 Domicílio	Otimizar terapêutica Estimular pessoa durante o dia Referir para serviço médico	M.O apresentava o padrão de sono alterado, pois dormia de dia e tinha períodos de agitação de noite o que aumentava sobrecarga sobre H.A. discutido com medico de família terapêutica e efetuado ajuste com sucesso (21/07/2022)

Foco de atenção metabolismo energético		
Intervenção de diagnóstico: avaliar diabetes		
Diagnóstico: hiperglicemia		
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
10/11/2022 Domicílio	Avaliar diabetes Monitorizar glicemia capilar Monitorizar Hba1c Avaliar potencial para melhorar conhecimento de prestador de cuidados Avaliar potencial para melhorar capacidade de prestador de cuidados	M.O apresenta uma Hba1c de 6,7 mg/dl e os valores da glicemia em jejum oscilam entre 98 e 120 mg/dl. A cuidadora apresenta potencial para melhorar conhecimento principalmente na área da gestão do regime dietético.
09/09/2022		Foi trabalhado a questão da alimentação ao longo do estágio sendo que a 10/01/2023 M.O tinha um padrão alimentar mais adequado á sua condição clínica. Permitindo não haver mais oscilações nas unidades de insulina administrada.
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados relacionados com a diabetes	H.A apresentava muito conhecimento sobre a diabetes e o seu tratamento, contudo o estado neurológico da mãe. Neste âmbito o recurso a gestão da medicamentosa revelou-se uma ferramenta útil para controlo das glicemias.
07/07/22	Avaliar risco de úlcera Avaliar pé diabético	Baixo risco de úlcera
05/01/23		Baixo risco de úlcera

ANALISE REFLEXIVA

A utilização do MDAIF permitiu a identificação colaborativa das necessidades da família, que determinou diagnósticos contextualizados num tempo e domínio específico da vida familiar. O que organizou o processo de enfermagem com a família, permitindo estabelecer prioridades, identificar recursos e necessidades e assim desenvolver intervenções que fomentem a mudança e o compromisso da família com o plano terapêutico.

Para empoderar a família a definir e concretizar o seu projeto de saúde otimizando o seu potencial de saúde, o enfermeiro procurou, com sua intervenção, o fortalecimento da família nos seus projetos de saúde, através da mobilização dos recursos internos e externos (a distribuição de tarefas e papéis de prestação de cuidados a M.O) por forma a promover a novidade nas interações e assim garantir a saúde da família bem como a sua autonomia. A ambivalência de papéis e os limites rígidos estavam a ameaçar a organização desta família, que com a intervenção do enfermeiro, permitiu introduzir mudanças que aumentaram a ressonância a individuação dos membros do sistema familiar (T.J frequenta um curso de formação profissional e J.A retomou a atividade laboral; H.A refere ter “tempo para si e para as suas coisas”).

Neste contexto considera-se que o enfermeiro de família, estabeleceu uma relação terapêutica, dinâmica e recursiva, na qual recorreu a conversação colaborativa, para que a que família encontrasse as soluções estruturais necessárias para a mudança dentro do seu potencial familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2000). (des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto Editores

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência: Loures.

Figueiredo, M. H (2009) – Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Instituto de ciências Abel Salazar. Universidade do porto. In <https://repositorio-aberto.up.pt>

Pinto 2016 - Consulta de Enfermagem Domiciliária. Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, in

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21289/1/Marco%20Pinto%20final%20total.pdf>

Sequeira, Carlos Alberto (2010). - Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência. vol. II n.º12, março de 2010 pág. 9-16.

ANEXO I

REGISTOS EM SCLINICO

Avaliação inicial

Parâmetro	Valor	Data	Hora
ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA			
<u>Uso de tabaco</u>	Sim	08/07/2022	17:07
<u>Observações gerais</u>		08/07/2022	17:07
ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE			
<u>Doenças crónicas/incapacidades</u>		22/01/2019	15:01
<u>Observações</u>		08/07/2022	17:06
<u>Dependentes: Auto Cuidado</u>		22/01/2019	15:01
<u>Dependentes: Cuidado Doméstico</u>	Sim	22/01/2019	15:02
<u>Adaptação da habitação</u>	Sim	08/07/2022	15:51
CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA			
<u>Tipo de família</u>	Família Nuclear	22/01/2019	15:01
<u>Ciclo Vida Familiar (Duvall)</u>	Família idosa	08/07/2022	17:05
<u>Rendimentos</u>	Sim	08/07/2022	17:05
<u>Apoio social</u>	Não	08/07/2022	17:05
UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE // Cuidados solicitados no CS			
<u>Situação de doença</u>	ambos	22/01/2019	15:00
<u>Consulta de vigilância</u>	ambos	22/01/2019	15:00
<u>Receitas/Atestados</u>	Sim	30/06/2022	12:55
<u>Vacinação</u>	Sim	22/01/2019	15:01
<u>Apoio domiciliário</u>	ambos	22/01/2019	15:01
<u>Tratamentos</u>	sim	30/06/2022	12:56
EDIFÍCIO RESIDENCIAL			
<u>Tipo</u>	vivenda/moradia	22/01/2019	15:01
<u>Casa de banho</u>	completa	22/01/2019	15:01
<u>Localização casa de banho</u>	dentro de casa	22/01/2019	15:01
<u>Abastecimento de água</u>	rede pública	22/01/2019	15:01
<u>Saneamento básico</u>	rede pública	22/01/2019	15:01
<u>Electricidade</u>	sim	22/01/2019	15:01
<u>Conservação da habitação</u>	adequada	22/01/2019	15:01
<u>Higiene da habitação</u>	adequada	22/01/2019	15:01
OUTRAS SITUAÇÕES			
<u>Observações</u>		24/02/2022	15:30
PRESTADOR DE CUIDADOS			
<u>Papéis (especificar)</u>		08/07/2022	15:41
<u>Nome/Instituição</u>		30/06/2022	12:58
<u>Parentesco</u>		22/01/2019	15:02
<u>Escolaridade</u>		30/06/2022	12:57
<u>Profissão</u>		30/06/2022	12:57
<u>Observações gerais</u>		não	22/01/2019 15:02

Mapa de cuidados

Contactos do período					
Registo	Referente	Local de contacto	Enfermeiro	Serviço	
2019/02/08 12:45		Domicílio	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2019/01/22 14:44	2019/01/22 14:44	Domicílio	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2019/02/08 14:26	2019/02/08 14:26	Domicílio	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2019/03/08 12:15		Domicílio	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2021/03/12 17:06	2021/03/12 17:06	Domicílio	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2021/09/16 13:25	2021/09/16 13:25	Domicílio	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2022/02/14 13:29	2022/02/14 13:29	Unidade de Saúde	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2022/02/24 15:29	2022/02/24 15:29	Unidade de Saúde	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2022/06/30 12:51	2022/06/30 12:51	Domicílio	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
2022/07/07 14:48	2022/07/07 14:48	Domicílio	PAULA RAQUEL ESTAFER	USF D. Sancho I	
Programas de Saúde					
Data/Hora Início	Programa de Saúde				Data Termo
2019/01/22 14:45	Saúde da Família				
Fenómenos de Enfermagem					
Data/Hora Início	Diagnósticos de Enfermagem				Data/Hora Termo
2022/06/30 13:03	Abastecimento de Água				
	2022/07/08 15:52	Abastecimento de água adequado			
2022/07/08 15:52	Processo Familiar				
	2022/07/08 15:53	Sem processo familiar comprometido			
2022/07/08 15:53	Papel de Prestador de Cuidados				
	2022/07/08 15:57	Papel de prestador de cuidados comprometido			
	2022/07/08 16:02	Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau elevado			
	2022/07/08 16:04	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta			
	2022/07/08 15:58	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta			
2022/07/08 16:06	Precaução de Segurança				
	2022/07/08 16:07	Conhecimento sobre prevenção de acidentes			
2022/07/08 16:08	Habitação				
	2022/07/08 16:31	Potencial para melhorar o conhecimento sobre habitação			
	2022/07/08 16:28	Potencial para melhorar o conhecimento sobre habitação			
	2022/07/08 17:00	Edifício residencial não seguro			
	2022/07/08 16:10	Edifício residencial não seguro			
	2022/07/08 16:09	Edifício residencial não seguro			
2022/07/08 16:14	Rendimentos				
	2022/07/08 16:16	Potencial para melhor conhecimento sobre gestão de rendimentos			
Intervenções Realizadas					
Data / Hora Início	Intervenção			Parametro	Enfermeiro
2022/07/08 15:52	Avaliar processo familiar				E14769
2022/07/08 15:53	Avaliar papel de prestador de cuidados				E14769
	Notas: Com compromisso do papel de cuidador:				
2022/07/08 15:55	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta				E14769
2022/07/08 15:55	Avaliar potencial do cuidador para tomar conta				E14769

APENDICE II

Tabela I - listagem de Descritores DeCS e MeSH

TERMOS	DESCRITORES DECS	DESCRITORES MESH
SAÚDE FAMILIAR	Saúde da Família	Family Health Health, Family
SOBRECARGA DO CUIDADOR	Exaustão do cuidador; fardo do cuidador; sobrecarga do cuidador Carga de Cuidar Carga de Prestação de Cuidados Desgaste do Cuidador Esgotamento do Cuidador Fardo de Prestação de Cuidado	Burden, Care Giving Burden, Caregiver Burdens, Caregiver Burnout, Caregiver Care Burden Care Giving Burden Caregiver Burdens Caregiver Burnout Caregiver Exhaustion Exhaustion, Caregiver Giving Burden, Care
DOENÇA DE ALZHEIMER	Doença de Alzheimer Alzheimer Tardio Demência de Alzheimer Mal de Alzheimer Demência Senil Demência Senil com Estado Confusional Agudo Demência Senil Tipo Alzheimer Demência Tipo Alzheimer	Alzheimer Disease Alzheimer dementia
CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	Pacientes Domiciliares Pacientes Retidos em Casa Pacientes de Resguardo em Casa Pessoas Confinadas em Domicílio Pessoas Confinadas no Lar Pessoas com Incapacidades Temporárias Pessoas em Tratamento Domiciliar	Homebound Persons Home Bound Persons Home-Bound Person Home-Bound Persons Homebound Person House Bound Persons House-Bound Person House-Bound Persons Person, Home-Bound Person, Homebound Person, House-Bound Persons, Home-Bound Persons, Homebound Persons, House-Bound Shut Ins Shut-In Shut-Ins
ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR	Enfermeiras de Saúde da Família, Enfermeiras Especialistas em Saúde da Família Enfermeiras em Saúde da Família Enfermeiros Especialistas em Saúde da Família Enfermeiros de Saúde da Família Enfermeiros em Saúde da Família Especialistas de Enfermagem em Saúde Coletiva e da Família	Family Nurse Practitioners Nurse Practitioner, Family Nurse Practitioners, Family

<p>CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</p>	<p>Atenção Primária à Saúde Atendimento Básico Atendimento Primário Atendimento Primário de Saúde Atenção Básica Atenção Básica à Saúde Atenção Básica de Saúde Atenção Primária Atenção Primária de Saúde Atenção Primária em Saúde Cuidado de Saúde Primário Cuidado Primário de Saúde Cuidados de Saúde Primários Cuidados Primários Cuidados Primários à Saúde Cuidados Primários de Saúde Primeiro Nível de Assistência Primeiro Nível de Atendimento Primeiro Nível de Atenção Primeiro Nível de Atenção à Saúde Primeiro Nível de Cuidado Primeiro Nível de Cuidados</p>	<p>Primary Health Care Care, Primary Care, Primary Health Health Care, Primary Healthcare, Primary Primary Care Primary Healthcare</p>
<p>RESILIÊNCIA</p>	<p>Resilience, Psychological</p>	<p>Resiliência Psicológica</p>
<p>ESTRATÉGIAS DE COPING</p>	<p>Ajustamento Adaptação Psicológica Comportamento Adaptativo Comportamento de Enfrentamento Conformação Coping Religioso-Espiritual Enfrentamento Enfrentamento Espiritual Enfrentamento Religioso Estratégia de Adaptação Estratégias de Enfrentamento Habilidades de Enfrentamento</p>	<p>Adaptation, Psychologic Adaptive Behavior Adaptive Behaviors Adjustment Behavior, Adaptive Behavior, Coping Behaviors, Coping Coping Behavior Coping Behaviors Coping Skill Coping Skills Coping Strategies Psychologic Adaptation Psychological Adaptation. Skill, Coping Skills, Coping</p>