

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

## **RELATÓRIO DO ESTÁGIO III**

---

**SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR  
COM DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO –  
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FAMÍLIA**

---

Catarina Vindeirinho Teixeira

Leiria, maio de 2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

## **RELATÓRIO DO ESTÁGIO III**

---

### **SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR COM DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FAMÍLIA**

---

Relatório de Estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados à família em contexto de USF/ UCSP apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para cumprimentos dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica do Prof. Doutora Célia Jordão, prof da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e da orientação no ensino clínico da Mestre Tânia Jordão.

Catarina Vindeirinho Teixeira (aluna nº 5200321)

Leiria, maio de 2022



## **Pensamento**

“...Cuidar é ajudar a viver, voltar a dar vida, permitir às pessoas doentes ou idosas viverem a sua morte (em vez de deixarem morrer a sua vida), isso faz-se dando a sua própria vida”.

Marie-Françoise Coilliére (2001)

## **AGRADECIMENTOS**

No culminar deste percurso, compete-me salientar e agradecer a todos os que de alguma forma me ajudaram a cumpri-lo.

À Professora Doutora, Célia Jordão orientadora deste percurso, pelo incentivo, confiança e por todas as partilhas e ensinamentos durante este caminho.

Aos enfermeiros da equipa USF Condestável do Centro de Saúde da Batalha, principalmente à Enfermeira Orientadora, Tânia Jordão, pela disponibilidade e motivação para continuar a minha caminhada.

Aos meus companheiros e colegas de curso de Mestrado pelos momentos partilhados, nem sempre fáceis e por vezes desanimadores, mas com apoio e palavras de motivação e incentivo me ajudaram a continuar.

À minha GRANDE AMIGA, COMPANHEIRA GORETI que por motivos de força maior teve de abandonar este percurso que iniciamos juntas.

Aos amigos e família, pelo constante incentivo mesmo sabendo que isso poderia significar algumas ausências.

Ao meu marido Helder Carreira e aos meus filhos Beatriz e Bernardo Carreira, imprescindíveis nos momentos difíceis, principalmente ao Helder pelo constante incentivo e apoio incondicional para abraçar este desafio, que foi fundamental nos momentos de maior desânimo!

A todos, um sincero obrigado!

## RESUMO

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Tem como objetivos documentar a reflexão crítica quanto à aquisição e desenvolvimento das competências definidas pela Ordem Enfermeiros, está dividido em duas partes. Na parte I contextualiza-se o ensino clínico, fundamenta-se teoricamente alguns conceitos de família e de enfermagem em saúde familiar e documenta-se a aquisição das competências do enfermeiro especialista em Saúde Familiar. Na parte II consiste na Revisão Sistemática Literatura (RSL) sobre as intervenções eficazes do enfermeiro família (EF) para diminuir a sobrecarga do familiar cuidador com doente oncológico.

Os doentes oncológicos paliativos desejam ficar em casa, pois o meio familiar oferece a continuidade da sua vida diária pelo fato de estar rodeados das pessoas e objetos significantes. Os cuidadores familiares são cruciais nos cuidados de fim de vida, eles muitas vezes enfrentam pesadas responsabilidades e sentem-se insuficientemente preparados. Perante isto, os enfermeiros têm um papel preponderante nas intervenções de suporte em ambiente domiciliário diminuindo a sobrecarga dos cuidadores familiares. Reconhecendo esta realidade emergiu a necessidade de desenvolver esta temática, procurando responder à questão: “Quais as intervenções eficazes, do EF, na diminuição da sobrecarga do familiar cuidador, do doente oncológico paliativo em contexto domiciliário?” e ao seguinte objetivo geral: identificar as intervenções do EF eficazes na diminuição da sobrecarga da família cuidadora do doente paliativo em contexto domiciliário. A metodologia consistiu na RSL de evidência de eficácia, segundo Modelo conceptual JBI, incluindo como base de dados a EBSCO e a PUBMED. Desta pesquisa, foram identificados 31 artigos, mas somente 3 cumpriam os critérios de inclusão. A análise destes artigos evidenciam que existem três tipos de intervenções que o enfermeiro poderá empregar, uma intervenção terapêutica de conversação que reduz o stress e as preocupações que surgiam aos familiares cuidadores aquando da prestação de cuidados ao doente oncológico paliativo, uma intervenção estruturada direcionada às necessidades dos cuidadores familiares e uma intervenção psicoeducativa que melhora a capacidade para cuidar dos cuidadores familiares em cuidados paliativos a curto e a longo prazo. Os artigos selecionados reforçam a necessidade de desenvolvimento e expansão dos cuidados paliativos em contexto domiciliário, bem como a emergência da estruturação das intervenções do enfermeiro de família dirigidas ao cuidador familiar em cuidados paliativos domiciliares.

**Palavras-chave:** Intervenções enfermagem, sobrecarga, cuidadores familiares, cuidados paliativos, contexto domiciliário.

## **ABSTRACT**

Internship Report presented to obtain the Master's degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing. Its objective is to document the critical reflection on the acquisition and development of competences defined by the Ordem Enfermeiros, it is divided into two parts. In part I, clinical teaching is contextualized, some concepts of family and family health nursing are theoretically based, and the acquisition of competences of the specialist nurse in Family Health is documented. Part II consists of the Systematic Literature Review (RSL) on effective interventions by family nurses (EF) to reduce the burden of family caregivers with cancer patients.

Palliative cancer patients want to stay at home, as the family environment offers the continuity of their daily life as they are surrounded by significant people and objects. Family caregivers are crucial in end-of-life care, they often face heavy responsibilities and feel insufficiently prepared. In view of this, nurses play a leading role in support interventions in the home environment, reducing the burden on family caregivers. Recognizing this reality, the need to develop this theme emerged, seeking to answer the question: “What are the effective interventions, by PE, in reducing the burden of the family caregiver, of the palliative cancer patient in the home context?” and the following general objective: to identify effective PE interventions in reducing the burden of the family caring for the palliative patient in the home context. The methodology consisted of the RSL of evidence of effectiveness, according to the JBI conceptual model, including EBSCO and PUBMED as a database. From this research, 31 articles were identified, but only 3 met the inclusion criteria. The analysis of these articles shows that there are three types of interventions that nurses can use, a conversational therapeutic intervention that reduces the stress and concerns that arose to family caregivers when providing palliative cancer care, a structured intervention directed to the needs of family caregivers and a psychoeducational intervention that improves the ability to care for family caregivers in short-term and long-term palliative care. The selected articles reinforce the need for the development and expansion of palliative care in the home context, as well as the emergence of the structuring of family nurse interventions aimed at family caregivers in home palliative care.

**Keywords:** Nursing interventions, burden, family caregivers, palliative care, home context.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I - PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>16</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA .....</b>	<b>17</b>
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA USF CONDESTÁVEL .....	17
1.2. RECURSOS DE SAÚDE.....	19
1.3. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO .....	20
1.4. CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS.....	20
1.5. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA NA USF.....	23
1.6. CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO (A) DE FAMÍLIA .....	24
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>28</b>
2.1. A FAMÍLIA .....	28
2.2. ABORDAGEM SISTÊMICA DOS CUIDADOS À FAMÍLIA.....	31
2.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	35
2.4. FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR .....	37
2.5. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA.....	41
2.6. MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR .....	44
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....</b>	<b>48</b>
3.1. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	48
<b>3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1.2. Melhoria contínua da qualidade .....</b>	<b>50</b>
<b>3.1.3. Gestão dos cuidados .....</b>	<b>52</b>
<b>3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....</b>	<b>53</b>
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECILAISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	55

3.2.1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção .....	57
3.2.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar .....	65
<b>PARTE II - SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR COM DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO- INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FAMÍLIA .....</b>	<b>67</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>1. O DOENTE COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA .....</b>	<b>71</b>
1.1. PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA À DOENÇA ONCOLÓGICA .....	72
<b>2. CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO .....</b>	<b>76</b>
<b>3. A FAMÍLIA COMO CUIDADORA INFORMAL DO DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO .....</b>	<b>80</b>
3.1. SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL .....	83
<b>4. O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO AGENTE FACILITADOR DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR COM O DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO .....</b>	<b>87</b>
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>95</b>
5.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	95
5.2. OBJETIVOS.....	96
5.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	97
5.4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	97
5.5. SELEÇÃO DOS ARTIGOS.....	99
5.6. EXTRAÇÃO E SÍNTESE DE DADOS.....	100
5.7. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS .....	101
5.8. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	104
5.9. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA .....	113
5.10. CONCLUSÃO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	115
<b>CONCLUSÃO FINAL .....</b>	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE I – INDICADORES DE DESEMPENHO</b>	

APÊNDICE II – PROCESSO DE ENFERMAGEM

APÊNDICE III – PESQUISA EFETUADA NO MOTOR DE BUSCA DA EBSCO

APÊNDICE IV – PESQUISA EFETUADA NO MOTOR DE BUSCA DA PUBMED

APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS SELECIONADOS

APÊNDICE VI – QUADRO COM A EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA A RSL

APÊNDICE VII – MANUAL DO CUIDADOR

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária dos utentes da USF Condestável .....	24
Figura 2 - Estrutura Concetual de Enfermagem de Família.....	36
Figura 3- Teoria de médio Alcance de Afaf Meleis.....	89
Figura 4 - Fluxograma do processo de seleção de estudos pelo método PRISMA.....	99

F

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura, organização e funcionamento da USFC .....	18
Tabela 2 - Horário de funcionamento da USF Condestável.....	20
Tabela 3 - Tipos de consultas existentes e sistema de marcação da USF Contestável .....	21
Tabela 4 - Utentes inscritos na USF Condestável .....	23
Tabela 5 - Plano de atividades dos diferentes tipos de consulta .....	26
Tabela 6 - Critérios de inclusão e exclusão .....	97
Tabela 7 - Termos e descritores .....	98
Tabela 8 - Orientações para Síntese dos dados extraídos.....	100
Tabela 9 - Pontuação dos estudos obtida na avaliação da qualidade metodológica .....	101
Tabela 10 – Correlação da RSL com Autores que fortalecem as intervenções terapêuticas .	108

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

COVID19 – Coronavírus SARS-COV-2

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EC – Ensino Clínico

EESF – Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar

Enf<sup>a</sup> – Enfermeira

EF – Enfermeiro Família

HTA – Hipertensão Arterial

JBI - Joanna Briggs Institute

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades

OE – Ordem dos Enfermeiros

PF – Planeamento Familiar

RCCU – Rastreio Cancro Colo do Útero

RCM – Rastreio do Cancro da Mama

RF – Reguengo do Fetal

RSL – Revisão Sistemática Literatura

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SINUS - Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC - Unidade Curricular

UF – Unidade Funcional

USF - Unidade de Saúde Familiar

USFC – Unidade de Saúde Familiar Condestável



## INTRODUÇÃO

O presente relatório de aprendizagem enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) do Ensino Clínico III (ECIII) – Estágio de Natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados Saúde Personalizados, integrado no plano de estudos do 2º ano, 3º semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que decorre na Escola Superior de Saúde de Leiria no ano letivo de 2021-2022, com a finalidade de integrar conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

O EC III, decorreu em Cuidados de Saúde Primários, no mesmo local que o ECI e ECII, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Condestável, polo 2 – Reguengo do Fetal (RF), pertencente ao Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) do Pinhal Litoral sob a tutela da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, tendo uma duração de 297,5 horas de trabalho em contexto clínico, desenvolvidas ao longo de dois dias por semana de forma presencial (16 horas), 2 dias/ 8 horas de presença obrigatória e 200 horas de relatório em orientação tutorial, num total de 810 horas, a decorrer em 18 semanas, com início a 13 de setembro de 2021 e término a 28 de janeiro de 2022.

A elaboração deste relatório do EC III pretende ser crítico-reflexivo e tenciona descrever e aprofundar conhecimentos e competências dando continuidade ao percurso efetuado durante o ECI e ECII, uma vez que o saber profissional é construído através de interações com profissionais de saúde e pela análise das práticas quotidianas dos enfermeiros, relacionando-as com os saberes teóricos (Simões et al., 2008).

Segundo Aguiar (2013), com o ensino clínico pretende-se assegurar a aquisição/construção de saberes (conhecimentos, aptidões e atitudes) necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional dos enfermeiros.

A família mantém-se como uma unidade emocional e afetiva, caracterizada pela sua dimensão psicológica e social, considerando os processos de transformação da estrutura e da organização familiar. “Os cuidados de enfermagem devem assim ser focados na unidade

familiar, atendendo à família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências provocadas pelas transições (...)” (Figueiredo, 2009, p.31).

De uma forma sistemática e generalizada, pretendeu-se que a intervenção sistémica das Famílias se constitua, neste prisma, como uma estratégia que faça parte do quotidiano da Enfermagem, estando na base do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Efetuar uma reflexão baseada na RSL e no desenvolvimento de competências específicas, servirá posteriormente de suporte à prática de Enfermagem de Família, o intuito mais premente será o de intervir e estar com as famílias, com recurso à prática baseada na evidência, permitindo uma intervenção mais aprofundada e direcionada, sistematizando as aprendizagens e desenvolvendo um pensamento crítico.

Durante este EC III foi possível aprofundar e intervir nas fases que iniciei e desenvolvi no EC I e EC II (observação, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem à família ao longo do ciclo vital), visando a aquisição de Competências em Enfermagem de Família, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais, tendo sempre em conta a obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes/famílias e comunidade sobre a orientação de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF), Tânia Jordão e da Professora Supervisora, Célia Jordão.

Ao longo do seu desenvolvimento irei descrever e refletir sobre todas as atividades desenvolvidas, resultados obtidos, dificuldades encontradas, experiências e oportunidades para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Familiar (EESF), de acordo com as Competências comuns do Enfermeiro Especialista preconizadas pela OE conforme consta no regulamento nº428/2018 publicado em Diário da República, 2ªsérie – Nº135 de 16 de julho de 2018. Infra são enumerados os objetivos os formulados para o ECIII:

Objetivos gerais (OG):

- ✓ OG1. Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista;
- ✓ OG2. Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade;

Objetivos específicos (OE):

- ✓ OE1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar.
- ✓ OE2. Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência.
- ✓ OE3. Analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva.
- ✓ OE4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.

Objetivos transversais (OT):

- ✓ OT1. Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos.
- ✓ OT2. Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

As minhas motivações para este EC passaram por uma expectativa de enriquecimento pessoal e profissional no exercício da profissão e na procura de formação adequada, visando um melhor desempenho das minhas competências profissionais e a prestação de cuidados de qualidade e da prática baseada na evidência. Aspetos explanados pela ordem dos enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Procuro, neste relatório realizar uma reflexão, com base em fundamentação teórica sobre Enfermagem Saúde Familiar e os cuidados prestados pelo Enfermeiro de Saúde Familiar à família e investigação através de uma Revisão Sistemática Literatura que visa identificar quais as intervenções eficazes, do Enfermeiro de Família, na diminuição da sobrecarga dos familiares cuidadores, do doente oncológico paliativo em contexto domiciliário.

A metodologia utilizada para a apresentação deste relatório é descritiva, adotando opiniões críticas e reflexões pessoais relativamente ao trabalho efetuado e às oportunidades que a Unidade Saúde Familiar (USF) me proporcionou. Recorri ainda, à utilização de conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares e pesquisa bibliográfica.

Em termos de estrutura e conteúdo, este relatório de EC III vem dar continuidade ao relatório do EC I e do EC II, pelo que se encontra dividido em 2 partes. A primeira parte incide sobre

a prática clínica no EC, divide-se em 3 capítulos, no primeiro capítulo caracteriza-se a Unidade Saúde Familiar (USF) Condestável e o ficheiro da enfermeira de família, neste mantém-se os dados da distribuição de utentes por ficheiro visto que a alteração (maio 2021) era insignificativa. No segundo capítulo todo o enquadramento teórico-conceitual que serve de base para a prática especializada em enfermagem de Saúde Familiar, a abordagem sistémica do cuidado à família, a Enfermagem de Saúde Familiar e os Modelos Teóricos que a sustentam, permitindo consolidar as práticas numa matriz concetual e teórica sólida. No terceiro capítulo faz-se referência ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A segunda parte diz respeito à revisão sistemática literatura da questão: quais as intervenções do enfermeiro de família eficazes na sobrecarga do familiar cuidador do doente oncológico em contexto domiciliário, onde se faz uma breve fundamentação da temática a abordar, se descreve todo percurso metodológico, os resultados, discussão e conclusões da investigação. Termina-se com a conclusão final de todo o relatório.

Na elaboração deste relatório teve-se presente o mais recente guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

## **PARTE I**

### **PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

## **1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA**

A centralidade da Enfermagem de Saúde Familiar está no funcionamento, dinâmica, estrutura e desenvolvimento das famílias, devendo promover o fortalecimento e capacitação destas no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável ao longo do seu ciclo de vida (Figueiredo, 2009). Atenta ao papel da família, e às suas vivências ao longo do seu Ciclo de Vida Familiar (CVF), optou-se pela Especialização e Mestrado nesta área recentemente reconhecida em Portugal – A Enfermagem de Saúde Familiar.

Considerando o paradigma ecossistémico de Bronfenbrenner “enquanto paradigma estruturante de compreensão e reflexão da enfermagem de família” (Figueiredo, 2009; p.52), importa conhecer e compreender as relações existentes entre a pessoa, processo, contexto e tempo nos seus diferentes níveis. Assim, enquanto profissional, mas acima de tudo, enquanto pessoa que valoriza as vivências das famílias no processo saúde/doença dos seus elementos, surgiu a necessidade de, em primeiro lugar, conhecer a comunidade em que estas se inserem, dado tratar-se de um macrossistema específico, que influencia as estruturas do eixo e microssistema de forma particular.


### **1.1 CARACTERIZAÇÃO DA USF CONDESTÁVEL**

A USF Condestável (USFC) é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral e dependente da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro, Instituição Pública, encontra-se sedeadada no Centro de Saúde da Batalha. É constituída por 3 polos de atendimento: Polo 1 - Batalha (sede da USF), Polo 2 – Reguengo do Fetal (RF), Polo 3 - São Mamede, que prestam cuidados aos utentes/família, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

A característica que melhor define a USF é o espírito de equipa, daí a inexistência de uma hierarquia vertical pré-estabelecida, mas de três grupos de profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicas) que trabalham em parceria. Esta forma de organização permite manter uma proximidade essencial para o bom funcionamento da USF e um saudável relacionamento entre todos os elementos. Têm como missão prestar cuidados de saúde personalizados e de qualidade à população de uma determinada área geográfica.

No compromisso de prestação de cuidados de saúde (compromisso assistencial) a ser acordado com a/o diretora/or executiva/o do Agrupamento de Centros de Saúde, são reforçadas as atividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco de que depende a atribuição de incentivos financeiros mensais. A estrutura, organização e funcionamento da USFC encontram-se descritas na tabela 1:

Tabela 1 - Estrutura, organização e funcionamento da USFC (continua)

Logótipo	Caracterização	
 <p>“O logótipo é por considerarmos D. Nuno (o Condestável) não só um dos símbolos da região, mas um homem com um percurso de vida louvável com o qual nos identificamos”.</p>	Início atividade	26 setembro de 2011
	Modelo	Modelo B desde 1 de outubro de 2018
	Localização	Pólo 1- Batalha (sede); Pólo 2 – Reguengo do Fétal; Pólo 3 – São Mamede
	Estrutura organizacional	Coordenador: Dr. João Paulo Simões □ Conselho técnico: Dr. <sup>a</sup> Iracema Diogo, Enf. <sup>a</sup> Virgínia Rufino e secretária clínica Sílvia Silva
	Recursos Humanos	9 Médicos especialistas, 9 enfermeiros, 8 administrativos e 8 internos de Medicina Geral Familiar
	Nº utentes inscritos	15.667 utentes, Predomínio Sexo feminino (n=8077   51,55%)
	Compromisso assistencial	15.760 utentes
	Área de influência	Batalha, Golpilheira, Reguengo do Fetal, São Mamede (Freguesias do concelho da Batalha)
	Missão	Prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.
Visão	Obter um elevado nível de satisfação dos utentes e dos profissionais, assim como a prestação de	

(conclusão)

		cuidados de saúde de qualidade, dando especial atenção à investigação e formação.
	Valores	Conciliação; Cooperação; Solidariedade; Autonomia; Articulação; Avaliação e Gestão participativa

Fonte: Ministério da Saúde (2019) a 30.11.2020 e Regulamento interno USFC, versão 3.2 de abril de 2019

A metodologia de trabalho da USF baseia-se em equipas nucleares (assistente técnica, enfermeira (Enf<sup>ª</sup>) e médico), onde os vários elementos possuem funções complementares, trabalhando de forma integrada e articulada, com o objetivo de melhorar a continuidade dos cuidados prestados e vigilância aos utentes/ família durante todo o ciclo vital. As tarefas dos profissionais são as decorrentes das diversas categorias e carreiras definidas em regulamento das suas carreiras específicas. No entanto, a integração num grupo de trabalho com objetivos comuns, implica que haja tarefas com graus de independência variáveis, sendo da responsabilidade de todos os profissionais:

- Garantir em todas as situações uma relação de respeito e amabilidade com os utentes e os outros profissionais;
- Garantir o empenho na identificação dos problemas dos utentes, assumindo a orientação para a sua resolução, tendo em conta os princípios recomendados de boas práticas;
- Garantir a manutenção do saber e do saber fazer adequado a cada situação.
- Cumprir e fazer cumprir as normas definidas para articulação funcional entre profissionais.

## 1.2 RECURSOS DE SAÚDE

A USF funciona em articulação com a Unidade de Saúde Pública da Batalha e com o Centro Hospitalar de Leiria, como 1<sup>a</sup> linha, fazendo o encaminhamento de todas as situações clínicas que justifiquem referenciação. Aos sábados de tarde, domingos e feriados, estes utentes poderão recorrer à consulta aberta do Centro de Saúde de Porto de Mós, para situações

agudas ligeiras e cuidados de enfermagem na área curativa que necessitem de cuidados diários.

### 1.3 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

A USF Condestável, assegura que todos os seus utentes tenham uma resposta, no próprio dia, a qualquer pedido de ajuda médica ou de enfermagem. Esta resposta poderá não se consubstanciar na realização de uma consulta formal, podendo resultar numa marcação ou num aconselhamento de outra natureza.

Tabela 2 - Horário de funcionamento da USF Condestável

USF/Horário	2ª feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
<b>Pólo 1 - Batalha</b>	08:00-20:00	08:00-20:00	08:00-20:00	08:00-20:00	08:00-20:00	09:00-13:00
<b>Pólo 2 – Reguengo de Fetal</b>	08:30-17:00	08:30 - 17:00	08:30-15:30	08:30-12:30	08:30-13:00	Encerrada
<b>Pólo 3 - São Mamede</b>	09:00-16:00	09:00-16:00	08:00-16:00	09:00-16:00	09:00-13:00	Encerrada

Fonte: Ministério Saúde, 2019 - Relatório de atividades da USF Condestável

### 1.4 CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

A carteira básica de serviços é aplicável a todas as UF do Sistema Nacional de Saúde (SNS), independentemente do seu modelo e dos diversos enquadramentos jurídico-institucionais que a cada UF possam ser atribuídos.

O modo como decorre todo o atendimento do utente desde que entra nas instalações da USF, condiciona a perceção que o utente terá do serviço. Assim sendo, o nosso principal objetivo é a prestação de cuidados de saúde personalizados de qualidade, a forma como o utente é acolhido e orientado e a forma de comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes é de extrema importância.

Sendo a equipa dos secretários clínicos o primeiro elo de ligação com o utente, estes assumem um papel de relevo no processo de acolhimento.

Assim, a carteira básica de serviços da USF Condestável referida no regulamento interno apresenta-se abaixo descrita na tabela:

Tabela 3 - Tipos de consultas existentes e sistema de marcação da USF Contestável (continua)

CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS	Objetivo	População
PROGRAMADA	Prestar cuidados promotores de saúde e preventivos de doenças, rastreios oncológicos, avaliação do estado global de saúde e controle de doenças crónicas.	Utentes inscritos USFC
SAÚDE INFANTIL E JUVENIL*	Vigilância de crianças e jovens inscritos na USF. Periodicidade: Segundo programa de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) da Direção Geral da Saúde (DGS).	Utentes dos 0 aos 18 anos
PLANEAMENTO FAMILIAR*	Objetivo: Vigilância e Planeamento Familiar (PF), Rastreio Cancro da Mama (RCM) e Rastreio Cancro Colo do Útero (RCCU).. Periodicidade: Anual (ou consoante rastreios).	Mulheres inscritas na USF dos 15-49 (PF) e 50-69 (climatério) e homens de qualquer idade
SAÚDE MATERNA*	Objetivo: Vigilância da gravidez segundo as normas da DGS: Periodicidade: consoante idade gestacional.	Mulheres grávidas inscritas na UF.
DIABETES MELLITUS* e HIPERTENSÃO*	Vigilância e controlo da Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HTA) de acordo com as normas da DGS, promoção da adesão à terapêutica e de estilos de vida saudáveis, prevenir complicações. Periodicidade: Quadrimestral (ou segundo controlo metabólico, avaliação clínica)	Diabéticos e hipertensos inscritos na USF.

(conclusão)

<p><b>INTERSUBSTITUIÇÃO</b></p>	<p>Resposta a situações de doença aguda ou outras (serviços mínimos) a utentes cujo médico de família se encontre ausente ou não possua disponibilidade no próprio dia. Periodicidade: Diária</p>	<p>Utentes inscritos na USF/esporádicos.</p>
<p><b>DOMICÍLIO</b></p>	<p>Vigilância do estado de saúde de pessoas que não se possam deslocar à USF (critérios prioritários: sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença oncológica terminal, fratura do colo do fémur e doenças agudas incapacitantes).</p>	<p>Utentes inscritos e com residência na área de influência da USF.</p>
<p><b>CONSULTA NÃO PRESENCIAL</b></p>	<p>Renovação de receituário crónico, relatórios, registo de exames, atendimento telefónico e outras atividades. Tempo de resposta até 72 horas após o pedido, sem a presença do utente</p>	

Fonte: Ministério da Saúde (2019) a 30.11.2020 e Regulamento interno USFC, versão 3.2 de abril de 2019

### 1.5 CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA NA USF

A área de influência da USFC coincide com a totalidade das quatro freguesias existentes no Concelho da Batalha: Batalha, Golpilheira, Reguengo do Fetal e São Mamede. O Concelho da Batalha está situado na Região Centro Litoral de Portugal, Pinhal Litoral e pertence ao Distrito de Leiria. O compromisso assistencial é de 15760 utentes. A USF disponibiliza a sua carteira básica de serviços a todos os inscritos, salvaguardando a atividade domiciliária. Serão assegurados os cuidados domiciliários a todos os residentes no Concelho, para os que residem fora serão procuradas soluções alternativas por outras unidades do ACES, disponíveis na respetiva área de residência (DL 28/2008, art. 5º).

A USF Condestável é constituída por 15667 utentes inscritos (Ministério da Saúde, 2019), dos quais 48,44% do sexo masculino e 51,55% do sexo feminino. Estes utentes estão distribuídos conforme o quadro abaixo.

Tabela 4 - Utentes inscritos na USF Condestável

	0-4 anos	5-19 anos	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	65-74 anos	≥ 75 anos	Total
Total	609	2200	2574	3392	3225	1839	1828	15667
%	3,88	14,0	16,4	21,6	20,5	11,7	11,6	100

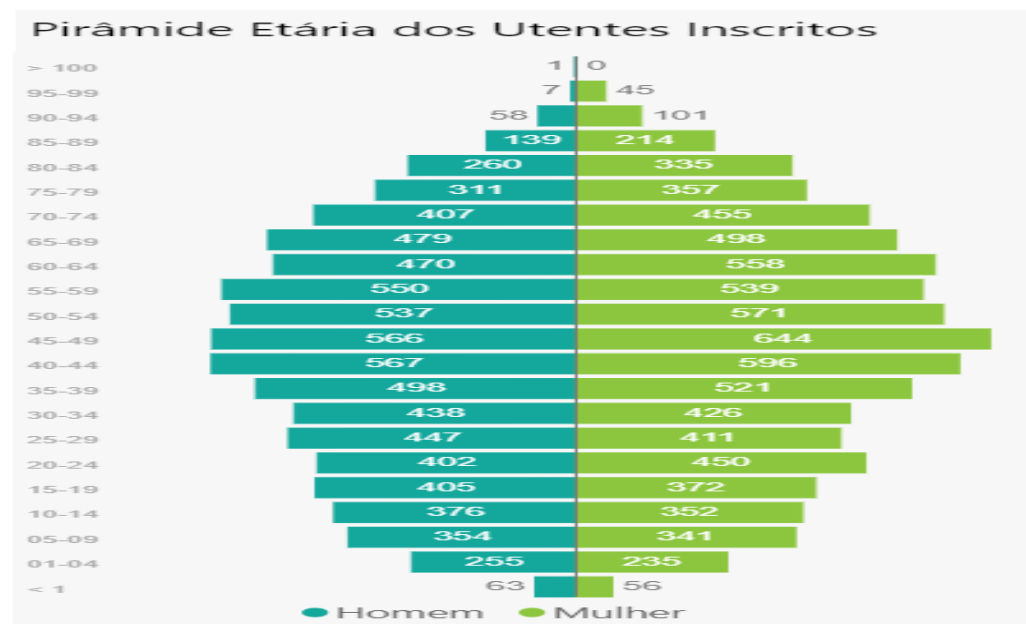
Fonte: Dados do BI USF Condestável 04/2021

Do total de inscritos na UF, 23,2% são idosos com idades  $\geq 65$  anos e 3,88% são crianças (0-4 anos). As mulheres em idade fértil (15-49 anos) representam 22,70% da população inscrita. A população em idade ativa (15-64 anos) corresponde a 32,47% dos utentes inscritos na USF.

O Índice de Envelhecimento da População é de 156,06%, sendo o índice de dependência total de 57,17%, com 36,79% de dependência de idosos e 20,39% de dependência de jovens.

Não existem dados relativamente à USFC - Pólo RF pelo que apenas refiro da USFC. Os dados relativos ao mês de maio não sofreram grande alteração pelo que mantive os dados de abril.

Figura 1 - Pirâmide Etária dos utentes da USF Condestável



Fonte: Print screen do BI USF Condestável 04/2021

A análise da pirâmide etária permite identificar a distribuição de utentes pela respetiva faixa etária, deste modo a faixa etária mais prevalente é a faixa dos 39 aos 74 anos. Ainda assim temos cerca de 1828 utentes entre os 80 a 100 anos classificados como os grandes idosos e, considerados entre os grupos vulneráveis. Define-se como grupo vulnerável um conjunto de pessoas que partilham entre si determinadas características fisiológicas, idade ou fragilidade, tornando-as mais vulneráveis a danos físicos ou emocionais e necessitam de cuidados de saúde específicos. A sua identificação é essencial para programar cuidados antecipatórios, preventivos e de vigilância. De acordo com o regulamento interno da USF, só são assegurados os cuidados domiciliários para os utentes em situação vulnerável e/ ou dependentes inscritos residentes no Concelho. Para os que residem fora do concelho são procuradas soluções alternativas disponíveis na respetiva área de residência.

### 1.6 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO (A) DE FAMÍLIA

De acordo com o Artigo 101º da Deontologia Profissional de Enfermagem (OE 2015b), o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido. A

caracterização mais detalhada do ficheiro clínico, possibilita intervenções mais direcionadas, indo de encontro às reais necessidades destes utentes.

A caracterização familiar assume-se como um estudo fundamental, que deve ser realizada de forma periódica, já que as famílias são uma unidade dinâmica em constante mutação. Em Portugal, a subscrição da Declaração de Munique, foi determinante para que o enfermeiro de família fizesse parte do léxico da generalidade dos enfermeiros portugueses. A OE (2002) realça que o enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade já que na sua área de intervenção, cuida da família e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família em articulação com outros profissionais de saúde.

De acordo com os dados disponibilizados pelo Módulo de Informação e Monitorização das Unidades (MIM@UF) de abril 2021, o ficheiro de família da minha orientadora contabiliza 1736 utentes, apresentando um ligeiro predomínio do sexo feminino (52,48% versus 47,52%), sendo a faixa etária mais prevalente a dos 55-59 anos. Salienta-se o índice de envelhecimento muito superior ao índice de juventude, sendo de 57,8% a faixa etária dos idosos, à semelhança do que se verifica a nível da USF e a nível nacional. Este ficheiro é composto por 795 famílias, dado recolhido através do Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS), em abril 2021, sendo a maioria das famílias do ficheiro formada por um elemento (monoparental), seguido das famílias com dois elementos (família nuclear), as famílias com cinco ou mais elementos são raras. A dimensão média dos agregados é de 2,366 elementos. Estas famílias são na maioria de nacionalidade portuguesa, seguindo-se ucraniana, russa, brasileira e grega e na sua maioria pertencendo à classe média. O nível de escolaridade predominante é o 1º ciclo, seguindo-se o 2º e 3º ciclo. A maioria dos utentes são trabalhadores ativos. A adoção de estilos de vida saudáveis reflete-se em ganhos de saúde, assim através do MIM@UF pude observar que este ficheiro apresenta hábitos nocivos, com predomínio do abuso do tabaco, seguido de abuso de álcool e abuso de drogas.

Em Portugal as unidades de saúde são avaliadas todos os meses recorrendo a uma série de indicadores que são anualmente atualizados. Foi iniciada em 2007 pelo decreto de lei 298/2007 de 22 de agosto, e tem como finalidade melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização dos custos associados à prestação de cuidados de saúde. Anualmente, as USF passam pelo processo de contratualização de metas de desempenho, acesso e eficiência que procuram garantir o equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como premiar o esforço e desempenho com

atribuição de incentivos aos profissionais que as integram. Perante este processo de contratualização onde são definidas as metas anuais, foi necessário calcular os indicadores mensais para poder comparar com os objetivos propostos e fazer planos de melhoria (apêndice I). No momento a USFC apresenta um Índice Desempenho Geral de 54,20 (Ministério da Saúde, 2019), valor inferior ao habitual, reflexo da pandemia, pois em janeiro 2021 era de 56,40.

Este ficheiro tenta cumprir as vigilâncias dos programas de saúde protocolados pela DGS, como podemos observar na tabela abaixo mencionada.

Tabela 5 - Plano de atividades dos diferentes tipos de consulta  
(continua)

Tipo de consulta		População	Nº de utentes	Taxa de cobertura (%)	Duração de consulta (minuto)	Nº de consultas/ano	Nº consultas/semana
Programada (Saúde Adulto)		[19-64] anos	969	75	15	2b	34,6
		≥ 65 anos	525	75	15	3	28,1
Diabetes		Diabéticos	156	88	20	3	9,8
Hipertensão		Hipertensos	465	92	20	2	20,4
Saúde da Mulher	PF + RO	♀ 15-49 anos	320	61	20	1	4,6
	RO	♀ 50-69 anos	252	83	20	1	5,0
Saúde Materna		Grávidas e puérperas	21	95,5	30	7	3,3
Saúde Infantil e Juvenil c		< 12 meses	15	88	30	6	1,9
		12-23 meses	9	83		3	0,5
		2-3 anos	24	80		2	0,9
		4-5 anos	32	80		2	1,2

(conclusão)

	6-7anos	21	80		1 (0,5)	0,2
	8 anos	8	80		1	0,2

	10 anos	14	80		1	0,3
	12-13 anos	25	80		1 (0,5)	0,2
	15-18anos	36	70		1 (0,25)	0,2

Fonte: Plano de atividades da USFC

A tabela acima demonstra a população/ número de utentes inscritos consoante a faixa etária, tipo de consulta e a percentagem de cobertura por cada um dos programas de Saúde, assim como a distribuição de consultas por semana. Podemos constatar que a maior taxa de cobertura se refere à Saúde Materna, seguindo-se a hipertensão.

No que concerne aos utentes inscritos em programas de vigilância, e tendo em conta a informação obtida através dos programas de vigilância de saúde inscritos no S-clínico, encontram-se inscritos um total de 1736 utentes, sendo o maior número no programa de hipertensão com 481 utentes, seguindo-se o programa de diabetes com 163 utentes, o programa de Saúde Infantil com 190 utentes e juvenil com 82 utentes. O planeamento familiar também engloba um elevado número de utentes, com 157, o programa de Saúde Materna com 8 utentes, 453 utentes estão inseridos no programa de Idosos em que 20 são dependentes. Por estes dados conseguimos perceber à partida que o ficheiro clínico da enfermeira orientadora é um ficheiro com população idosa, e assim podemos planear as nossas intervenções mais dirigidas ao tipo de população apresentada.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

A enfermagem de saúde familiar nos CSP tem vindo a ser valorizada e reconhecida, sendo o pilar dos cuidados de saúde ao longo do ciclo vital do ser humano, razão pela qual é premente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção e manutenção da saúde familiar.

A enfermagem de família apresenta-se aos enfermeiros com um novo paradigma do cuidar - do indivíduo para a família. Consequentemente assiste-se a uma variedade de práticas clínicas com as famílias, a par de um aumento da investigação e uma maior inclusão dos assuntos da família nos cuidados ao indivíduo (Hanson, 2005). A construção do pensar enfermagem de família tem uma dupla vertente, a família como contexto do cuidado e a família como unidade de cuidados.

A OE aprova em novembro de 2017 o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, enfatizando a importância desta política de cuidados para os cidadãos. O foco desta prática: é a dinâmica interna da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente.

Sendo este relatório realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar faz sentido realizar uma fundamentação teórica com os principais pressupostos desta especialidade. Assim este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos onde se irá descrever alguns pressupostos e conceitos que fundamentam a prática da Enfermagem de Saúde Familiar.

### **2.1. A FAMÍLIA**

“É na família, não importa que tipo seja, que as pessoas crescem; nutrem-se física, psicológica e socialmente; ganham um sentido de si e de coletividade enquanto uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital...” (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012, p. 686).

O International Council of Nurses (ICN, 2015, p.143) 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” Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

A família é definida como uma unidade básica da sociedade, centrando-se no processo de desenvolvimento individual e social do ser humano, desempenhando um papel importante na saúde e contribuindo para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar. É premente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar (Bezerra et al., 2013).

A definição de família segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) remete para a promoção da saúde e redução da doença, desde a fase inicial da existência humana quando são assimilados crenças e comportamentos de saúde por parte do indivíduo, que vão evoluindo gradualmente no decurso do seu ciclo de vida. Decorrente do processo de socialização e das diversas alterações que ocorrem na sociedade, particularmente no acesso aos serviços de saúde, a família assume um papel preponderante de cuidador e de suporte social, afetivo e emocional do indivíduo, sendo simultaneamente o pilar face ao impacto que as transformações sociais provocam (OMS, 2002).

“As famílias são complexas e dinâmicas e constituem um enorme desafio para os enfermeiros. Ao conhecer a sua história, os seus recursos, as suas crenças e valores, o seu estilo de comunicação, a sua capacidade de tomar decisões, os enfermeiros podem constituir um recurso fundamental para apoiar, as suas escolhas e ajudá-las a reforçarem-se perante os momentos de crise que podem constituir-se como momentos de crescimento e gratificação familiar.» (Figueiredo, 2009, p. 619)

A família é considerada como a célula da sociedade. É um conjunto de elementos, que se relacionam entre si e que está em interação com o interior e o exterior, desempenhando diferentes papéis que funcionam de acordo com regras e com objetivos comuns (Alarcão, 2006). Neste sentido a autora considera a família como um sistema aberto, que recebe um conjunto de influências ao mesmo tempo que influencia. É por isso habitual pensar a família como o lugar onde se nasce, cresce e morre, um lugar privilegiado para a elaboração de aprendizagens, contactos, de comunicação e de relações.

Relvas (2004) também se refere à família para dizer que esta é vista como um todo, uma unidade feita de corpos separados e é definitivamente única, e para Hanson (2005, p.6), “ (...) a família

refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico”.

O tipo de família é uma classificação importante, com intuito de 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).

Em relação às várias tipologias de família e suas denominações, o Internacional Council of Nurses (ICN, 2015), através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define várias tipologias familiares:

- Família nuclear: constituída por marido, esposa e um ou mais filhos;
- Família monoparental: composta por figura parental única; pai, mãe ou outro cuidador e a presença de um ou mais crianças ou outros dependentes;
- Família alargada: grupo que envolve além dos pais e filhos, por ex.: avós tios ou primos; Além destas configurações existem ainda:
- Famílias reconstituídas: famílias em que um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e coabitam filhos de pelo menos um dos progenitores;
- Homossexuais: constituída por cônjuges do mesmo sexo e seus filhos;
- Comunas: grupos de pessoas que coabitam, com objetivo de vida em comum, congregações, irmandades, etc;

Hanson (2005, p.7) refere que o conceito de saúde familiar “ (...) é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar”. Mas o conceito também depende em simultâneo da saúde e da doença de cada indivíduo, afetando o funcionamento da família, e por sua vez, o funcionamento da família afeta a saúde dos indivíduos.

Segundo, Stanhope & Lancaster, (2011), as famílias possuem capacidades e responsabilidades que influenciam as rotinas diárias no sentido de se adaptarem e ultrapassarem as dificuldades presentes. A resiliência da família, não é mais que, a capacidade de resistir e ultrapassar as várias adversidades, sendo uma vertente de intervenção por parte dos profissionais de saúde de extrema importância para a estabilidade e união familiar, assim como uma ferramenta de avaliação contínua dos enfermeiros de família. Os profissionais de saúde devem trabalhar com as famílias para encontrar novas possibilidades em situações com inúmeros problemas e em

ajudá-las a ultrapassar dificuldades face à mudança. É fulcral na prática de enfermagem da família conceptualizar e abordar a família sob quatro perspetivas:

- A família como contexto – o individuo é colocado em primeiro lugar e a família em segundo. A família constituísse quer como força quer como stressor face à saúde individual e às questões da doença;
- A família como cliente – a família é o foco principal e os indivíduos são secundários. A família é encarada como a soma dos seus membros. O foco centra-se no modo como a família como um todo reage quando um dos membros tem um problema de saúde;
- A família como um sistema- o foco é a família como cliente e esta é vista como um sistema interativo no qual o todo é mais do que a soma das partes. Esta abordagem centra-se, simultaneamente, nos membros, individualmente, e na família como um todo. A interação entre os membros torna-se alvo das intervenções de enfermagem;
- A família como componente da sociedade – a família é vista como uma das instituições da sociedade, é a unidade básica ou primária da sociedade. A família como um todo interage com outras instituições para receber, trocar e prestar serviços.

Segundo Hanson (2005) as famílias funcionais também têm dificuldades em conviver sob stress e desenvolvem estratégias de coping que podem ser ou não adequadas.

Concluindo, na família adquirimos a nossa identidade individual e coletiva não esquecendo que é nesta que se transmitem crenças e valores que nos acompanham ao longo da vida. Sendo assim os enfermeiros de saúde familiar, enquanto prestadores de cuidados de enfermagem às suas famílias, devem reconhecer-lhes estas características e utilizar estes recursos nas suas práticas de cuidados.

## 2.2. ABORDAGEM SISTÉMICA DOS CUIDADOS À FAMÍLIA

A Teoria Geral dos Sistemas tem sido a que adquiriu maior protagonismo no que diz respeito ao estudo e compreensão das famílias. É originária da física e da biologia através do estudioso Bertalanffy, na triangulação da Teoria Geral dos Sistemas em 1977. Ler sistemicamente a família implica ter uma visão global da sua estrutura e do seu desenvolvimento. Sampaio (1985) cited in Alarcão (2006, p.37) define família como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu

equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”.

Desta forma Alarcão (2006, p. 38) define que:

*“(...) família pode ser considerada um sistema pois, tal como em qualquer outro, também ela é composta por objetos e respetivos atributos e relações, contém subsistemas e é constituída por diversos outros sistemas, ou suprasistemas, todos eles ligados de como “ (...) a rede indivisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem”.*

Cada elemento da família participa em diversos sistemas e subsistemas, desempenhando em simultâneo, diversos papéis em diferentes contextos.

A organização do sistema familiar refere-se ao conjunto das relações que a constituem, ou seja, a forma como se relacionam entre eles, bem como a forma como ela se relaciona com o meio envolvente.

Também Dias (2014, p. 150) mais recentemente refere que a família:

*“(...) Enquanto sistema aberto, transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar através do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, possibilitando que cada membro tenha as suas formas de se movimentar, realizar tarefas e funções que conduzem ao seu crescimento. Todos os sistemas têm fronteiras que os ligam ao exterior sobre o qual atuam, sendo também influenciados pelo meio que os cerca. Estes dois sistemas estão sempre em transformação, são flexíveis adaptam-se e por isso complementam-se”.*

A família, sendo considerada um sistema aberto, é dotada de várias propriedades: a propriedade da totalidade, ou seja, é diferente da soma das suas partes, cada um dos seus membros influencia os outros, e o comportamento de um membro é indissociável dos outros, e o que acontece afeta toda a família (Alarcão, 2006). Também têm como propriedade a equifinalidade, resultante da sua capacidade para se organizar em torno de um objetivo, condições iniciais idênticas não significam resultados finais iguais, e vice-versa. Outra propriedade é a retroação que é também outra das características familiares, em que o comportamento de um dos seus elementos não é suficiente para explicar o comportamento de outro elemento. O sistema familiar reage à informação proveniente dos seus elementos e do ambiente, alterando o seu comportamento de forma a assegurar a sua continuidade. Possui também a propriedade de auto-organização, o que

significa que é autónoma na gestão da informação recebida do exterior, integrando-a e criando as suas próprias determinações e suas próprias finalidades. Assim, com a informação recebida do interior ou exterior do sistema, de uma forma autónoma e espontânea, modifica a sua estrutura, de modo a permitir criar as condições necessárias à sua sobrevivência, ou de permanecer idêntico (Alarcão, 2006).

Importa ainda referir neste âmbito que as famílias evoluem perante a mudança, e essa mudança pode derivar de dois tipos de situações causadoras de perturbações: associada ao ciclo vital da família, designadas por normativas, ou em situações não normativas decorrentes de crises acidentais. Figueiredo (2013) refere que as primeiras decorrem das mudanças previsíveis associadas às transições individuais dos seus membros, bem como ao desenvolvimento da família enquanto sistema. As segundas acontecem por acontecimentos imprevisíveis e imprevistos, causando stress ao seio familiar.

A preocupação com os cuidados à família tem acompanhado o desenvolvimento da enfermagem, enquanto profissão e disciplina do conhecimento, sendo hoje notável a responsabilidade exigida aos enfermeiros, nas atuais equipas de saúde familiar, bem como na produção de evidências teóricas no âmbito da enfermagem de família.

A este respeito, a OE (2008) realça que o enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade já que na sua área de intervenção, cuida da família e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família em articulação com outros profissionais de saúde.

O contexto social apresenta novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família pressupõe a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social, bem como na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, sendo a sua qualidade influenciada pelos comportamentos e atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (Alarcão, 2006).

Sob essas circunstâncias, o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto alterado pelo Decreto – Lei n.º 73/2017, estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF), definindo-as como as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, diferenciadas entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. As USF têm por missão a prestação de

cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Nesta linha de atuação as USF apresentam-se como um sistema acessível, eficiente e equitativo e como um contexto ideal para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar (Ministério da Saúde, 2007). Deste modo, as USF pretendem equacionar a qualidade e a equidade nos cuidados de saúde, através da promoção e da resolução de problemas de saúde, controlando os custos e fomentando a efetividade.

Nestas unidades foi instituído o perfil profissional do enfermeiro de família, que deve ser um elemento chave facilitador na prestação de cuidados às famílias, por forma a coadjuvar sua autonomia na adaptação a processos de saúde/ doença, num processo de aconselhamento, de capacitação para tomada de decisão e colaborativo com a mesma, para poder implementar intervenções, de modo a promover mudanças no funcionamento familiar ao longo de todo o ciclo de vida (Neves, 2012).

Cada enfermeiro na sua prática de cuidados à família, necessita de adquirir conhecimentos e competências ao longo do seu percurso profissional com a finalidade de aumentar as suas capacidades para prestar cuidados de saúde de excelência, direcionados e adequados à população onde está inserido. A OMS (2002) no quadro conceptual para uma política de saúde para todos, Saúde 21, coloca novos desafios aos enfermeiros, como a importância de desenvolver o conceito de enfermeiro de família e a reestruturação do modelo organizativo da prestação de cuidados de enfermagem, com o objetivo de proporcionar ao indivíduo e família melhor acessibilidade e qualidade dos cuidados e garantir a cada família o seu enfermeiro.

Os enfermeiros de família, perspetivando-se como enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, num futuro que se aproxima a curto prazo, colocam-se como os profissionais, que integrados na equipa multidisciplinar, assumem a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias baseando-se em competências de enfermagem e conhecimentos científicos, possibilitando desta forma a maximização do potencial de saúde dos indivíduos e da população e, simultaneamente, reforçando o papel da equipa de saúde na concretização da missão das USF. A definição destas competências permitiu ao enfermeiro de Saúde Familiar na presente área de especialidade obter um referencial para a prática profissional construindo concomitantemente, um guia de recolha de informação sobre evidências dessas mesmas práticas como também permite a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

Durante todo este percurso de EC, o Enfermeiro de Saúde Familiar, está numa posição privilegiada, na intervenção conjunto com as famílias no domicílio e na família S em particular, por estar mais a par da situação clínica, caso se verifique a necessidade, promover a envolvimento com a USF, o hospital, os vizinhos e amigos numa coordenação de esforço, cabe o importante papel de caracterizar os diferentes contextos e procurar adequar os recursos e as intervenções às necessidades que estes apresentam.

Hanson (2005, p.7) refere que o conceito de saúde familiar” (...) é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar”. Mas o conceito também depende em simultâneo da saúde e da doença de cada indivíduo, afetando o funcionamento da família, e por sua vez, o funcionamento família afeta a saúde dos indivíduos.

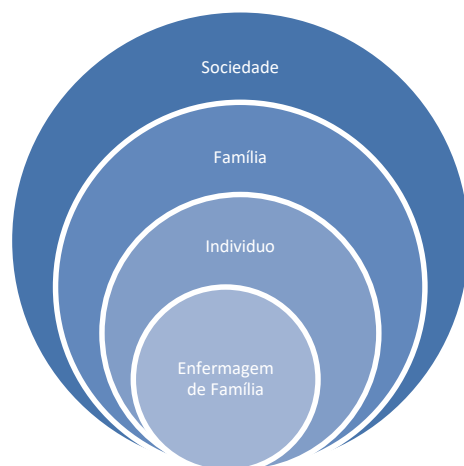
As situações de stress e adversidades são uma oportunidade para promover o desenvolvimento da capacidade de adaptação familiar, conduzindo a um maior nível de homeostase. A família resiliente é capaz de repor o equilíbrio familiar, quando confrontada com estas situações, fortalecendo os seus membros e capacitando-os para o futuro. O enfermeiro de saúde familiar acompanha a família em todas as fases do ciclo vital, sendo potenciador da resiliência no ceio familiar. Assim, o papel deste é conduzir a adaptação/superação das situações geradoras de stress, como a doença oncológica, que afetam o sistema familiar, tendo em conta as especificidades e necessidades de cada família (Santos, 2016).

### 2.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A Enfermagem de Saúde Familiar emergiu como campo de atuação autónomo e diferenciado da enfermagem comunitária, focando-se na família enquanto alvo de cuidados. A profissão de enfermagem reconheceu que a Enfermagem de Saúde Familiar deriva de três tipos de teorias: as teorias das ciências sociais, as teorias da terapia familiar e as teorias de enfermagem (Wright e Leahey, 2002). Originalmente quase todos os modelos de enfermagem se centravam no indivíduo e não na família. Ao abranger as três perspetivas é necessária uma abordagem integrativa, pois a utilização de uma única perspetiva teórica é limitadora da ação dos enfermeiros no conhecimento, apreciação e intervenção junto das famílias.

Na linha de pensamento de Hanson (2005, p.216), a “(...) perspetiva transversal do conceito de Enfermagem de Saúde Familiar, que simultaneamente integra o indivíduo, a família e a comunidade tem com objetivo da promoção, manutenção e recuperação da saúde da família”. Deste modo, o cruzamento dos conceitos de indivíduo, família, sociedade e enfermagem de família carece de uma abordagem social completa, em que o enfermeiro recorre a abordagens sistemáticas da família (figura 1). Na prática dos cuidados de enfermagem de família pretende-se promover a mudança, ajudando os fluxos positivos entre os suprasistemas da comunidade e os sistemas familiares.

Figura 2 - Estrutura Concetual de Enfermagem de Família



Fonte: Hanson (2005, p.8)

Para os profissionais de enfermagem é visível o interesse no foco familiar, o que é defendido por Wright e Leahey (2009) quando apresentam o seguinte:

- na saúde das famílias, a promoção, a manutenção e a recuperação tem importância para a sobrevivência da sociedade;
- a saúde e a doença são conteúdos relevantes na família;
- a família é um todo, sendo assim é afetada quando um dos membros vivencia problemas de saúde, alterando o estado de bem-estar de todos os membros;
- a saúde e os comportamentos individuais afetam a família como um todo tendo impacto crucial na resolução dos problemas nos restantes elementos da família;
- a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família e não apenas sobre o indivíduo.

A família é determinante para estabelecer a independência entre os seus membros facilitando o crescimento pessoal. Apesar de cada membro ter a sua autonomia e personalidade, a família deve manter a integridade de cada indivíduo e criar regras que dirigem a conduta dos seus membros. Estas normas de comportamento não explícitas vão-se estabelecendo com a convivência e afetam a privacidade, os modelos interativos, a autoridade e a tomada de decisões, a família muda para adaptar-se ao meio (Marinheiro,2002, as cited in Figueiredo 2009).

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, 2021).

#### 2.4.FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR

As Teorias das Ciências Sociais da Família são as que possibilitam a descrição do funcionamento e dinâmica da família, partindo de uma abordagem interdisciplinar útil para a prática da enfermagem de família. Friedman (1998) e Hanson (2005) cited in Figueiredo (2013, p. 5) integram nesta categoria diversas teorias, consideradas como mais relevantes: teoria estruturo-funcional, em que a família é considerada como um sistema social, partindo pressuposto de que “ os membros da família agem de acordo com um conjunto de normas e valores interiorizados, que são aprendidos principalmente através da socialização”, teoria dos sistemas, teoria interativa com ênfase na dinâmica interna da família, teoria do stress, baseada no modelo de Hill (1965) e alargada posteriormente por McCubbin (1993), teoria do desenvolvimento, que se reporta `história processual da família, com ênfase no ciclo vital (Duvall e Miller, 1985) e ainda a teoria da mudança desenvolvida por Maturana e Varela (2005).

Ao contrário das teorias das Ciências Sociais da Família, os Modelos da Terapia Familiar são direcionados para a prática clínica, com enfoque na patologia familiar, no entanto, esses modelos descrevem dinâmicas e padrões familiares que são encontrados, em certa medida, em todas as famílias. Relvas (2004) cited in Figueiredo (2013, p. 6) refere que “ (...) o termo terapia familiar engloba pressupostos teórico-epistemológicos que superam a abordagem terapêutica”.

Todos os modelos conceituais dentro da Terapia Familiar vêm a família composta por sistemas interdependentes, e evidencia a importância de ver o grupo familiar como um todo, sublinhando que uma mudança numa das partes, afeta toda a família (Hanson, 2005). Estas teorias são na sua maioria provenientes da prática profissional, e por isso podem facilmente ser usadas na enfermagem de saúde familiar, mas nem todas têm aplicabilidade, visto que a terapia familiar se destina a famílias com problemas, enquanto em enfermagem isso não acontece.

Da mesma forma que os conceitos e abordagens desenvolvidas no âmbito da terapia familiar e terapias sociais, no seu conjunto, permitiram a consolidação do conhecimento em enfermagem de saúde familiar, também alguns modelos e teorias de enfermagem contribuíram para o seu desenvolvimento. Contribuíram para isso principalmente as teorias de Imogene King, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Betty Neuman e Marie-Louise Friedemann como algumas das mais relevantes (Figueiredo, 2013).

Já Florence Nightingale (1859) referiu em relação à família que esta é descrita como tendo influências positivas e negativas sobre o resultado dos membros da família.

Imogene King (1981, 1983, 1987) integrou o conceito de família como um sistema social, evidenciando a interação entre os diferentes sistemas e subsistemas, na consecução de objetivos. A família é vista como o veículo que fornece valores e normas de comportamento ao longo da vida, transmitindo a função de cuidados de saúde à família (Kaakinen et al., 2018).

Callista Roy (1976) integra o conceito em que a pessoa é um sistema aberto em constante adaptação, reagindo a atuando conforme os estímulos ambientais. No seu modelo de adaptação a família é vista como um sistema que se adapta, que tem entradas, controle interno e processos de feedback e saída. A força deste modelo é entender como as famílias se adaptam aos problemas de saúde (Kaakinen et al., 2018).

Dorothea Orem (1983, 1985) vê a família como apoio de um elemento da família, e não como foco de cuidados, considera a família em segundo plano, concentra-se especificamente no papel dos elementos que a compõem, desempenham na ajuda ao indivíduo no cuidado de si próprio (Hanson, 2005). A família é vista como uma unidade em que o indivíduo aprende cultura, papéis e responsabilidades.

Martha Rogers (1970) foca no seu modelo o indivíduo como sistema aberto, um todo multidimensional de energia em troca constante com o ambiente. A família é vista como um

campo de energia de sistema aberto em constante mudança nas suas interações com o meio ambiente (Kaakinen et al., 2018).

Betty Neuman (1983, 1995) vê a família como um sistema, o seu principal objetivo é manter a estabilidade, conservando a integridade da estrutura, abrindo e fechando os limites. É um modelo que representa a família em movimento e em adaptação e não uma visão estática da família (Kaakinen et al., 2018).

Marie-Louise Friedemann (1995) desenvolveu uma teoria na qual a família é descrita como um sistema social, com o objetivo de transmitir cultura aos seus membros, e é consistente com a teoria geral dos sistemas. Foca-se na estrutura da família, onde os elementos centrais são a estabilidade da família, o seu crescimento, controle e espiritualidade familiar (Kaakinen et al., 2018).

Os autores Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (2005) as cited in Jovic et al (2014) estudaram a evolução dos modelos de Enfermagem das diferentes correntes de pensamento, verificando que a sua evolução está relacionada com existência de ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo atualmente coexistir ideias de diversos paradigmas. Assim, as teorias de enfermagem foram surgindo, e deram origem a diferentes paradigmas: categorização, integração e transformação.

O paradigma da categorização caracteriza-se por perspetivar os fenómenos de forma isolada do contexto. O modelo biomédico pode ser enquadrado neste paradigma, onde os cuidados de enfermagem correspondem à execução do que foi prescrito ou delegado pelo médico (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018). Com a profissionalização e abertura às ciências, chegou-se à conclusão que a relação com a outro é importante e assim surge o paradigma da integração que considera pela primeira vez o conceito de holismo. Os cuidados de enfermagem passam a ser multidimensionais, tendo como objetivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões (Kérouac et al, 2005) as cited in Jovic et al (2014). Em 1970 desenvolve-se o Paradigma da Transformação, em que se reconhece que os indivíduos podem ser agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito, perspetivando os fenómenos como exclusivos, mas em interação contínua com o ambiente onde está inserido. Aqui emergiram duas escolas de pensamento: a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar, na qual se insere a teórica Madeleine Leininger, com o seu modelo do cuidar transcultural onde defende o conceito cuidar como essencial e central na conceção da Enfermagem (Ribeiro et al., 2018).

Foi na década de 90 que a especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar se começou a impor, tornando-se num foco específico para a prática de enfermagem, cruzando-se com várias especialidades. Kaakinen & Hanson (2018) referem que a enfermagem de saúde familiar é um processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem (...) pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade.

Na mesma linha de pensamento autor refere ainda que o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar, que simultaneamente integra o indivíduo, a família e a comunidade, tem por objetivo a promoção, manutenção e recuperação da saúde da família. O cruzamento dos conceitos de indivíduo, família, sociedade e enfermagem de família carece de uma abordagem social complexa, em que o enfermeiro recorre a abordagens sistemáticas para perceber e trabalhar com a família. Na prática pretende-se promover a mudança, ajudando as famílias a identificar os problemas, as estratégias de coping e os recursos, facilitando os fluxos positivos entre os suprasistemas da comunidade e os sistemas familiares.

Wright e Leahey (2011) são das primeiras teóricas a argumentar que a enfermagem de saúde familiar surge da interceção das três áreas do conhecimento, expostas anteriormente. Os enfermeiros necessitam de se tornar competentes na avaliação e intervenção na família, mantendo para isso relacionamentos colaborativos entre ambos, mas que apenas são possíveis se o enfermeiro tiver na prestação direta de cuidados quer à família como um todo, quer aos seus subsistemas, incluindo o individual.

O conceito de uma enfermagem centrada no trabalho com as famílias, na Europa, tem vindo a ser desenvolvida desde a definição das metas de saúde para o Séc. XXI, mas foi na Declaração de Munique, na Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde em 2000, que enfatizaram a figura do “enfermeiro de família” enquanto figura central no seio de uma equipa multiprofissional e entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados. Também no ano 2000 a OE promoveu a iniciativa “A cada família o seu Enfermeiro” inserida neste âmbito, uma maneira de os enfermeiros portugueses tentarem dar resposta a este desafio, e por acreditarem que a enfermagem de família em muito pode contribuir para a melhoria do estado de saúde da população (OE, 2002).

Além disso, em Portugal, o conceito da enfermagem de família é também impulsionado com a reforma dos CSP, em que se aposta em modelos de organização de cuidados que promovam, entre outros aspetos, o desenvolvimento do trabalho em equipa nuclear de saúde familiar

(médico, enfermeiro e secretário clínico), corresponsabilizando-as pela qualidade do desempenho e resultados atingidos. O Enfermeiro de Família é, inquestionavelmente, uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados às populações, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade (Decreto-Lei 118/2014).

Figueiredo (2013) define enfermagem de família como um campo da disciplina de enfermagem com um nível e corpo de conhecimento específico. Tem vindo a ser desenvolvida no domínio teórico, através de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família como o seu objeto de estudo.

Com a criação da Especialidade de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o enfermeiro especialista em saúde familiar é o profissional de referência e com qualificação que, em complementaridade com a restante equipa e numa perspetiva de intervenção em rede, responde às necessidades da família, quer seja no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde, como parceiro na gestão da saúde da família, organizando recursos necessários à promoção da máxima autonomia, quer seja como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde, particularmente, aos de enfermagem.

O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. A família emerge como foco de cuidados e como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações ao nível da sua estrutura e da dinâmica relacional, revelando fragilidades e capacidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se inserem.

## 2.5.PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

As Autoras Stanhope & Lancaster, (2011) defendem que, o processo de enfermagem é o ponto de partida da prática diária dos enfermeiros nos cuidados de saúde e no desenvolvimento do seu trabalho, e neste caso o processo de enfermagem à família constitui um procedimento organizado, dinâmico e sistemático do pensamento crítico aplicado à família. Incide na

resolução de problemas da família, no intuito de ajudar à adaptação da mesma e às necessidades de cuidados de saúde.

O processo de enfermagem à família segundo alguns autores divide-se em várias fases: a colheita de dados, diagnóstico de enfermagem familiar, o prognóstico de enfermagem familiar, implementação e avaliação de resultados. Este vai diferir na medida em que depende do foco dos cuidados, visto que está sujeito à conceitualização da família pelos enfermeiros na sua prática clínica, pois depende se o enfermeiro vê a família como foco ou como contexto. Para Potter e Perry (2009) distinguem-se cinco fases no processo de enfermagem à família: a apreciação inicial, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e avaliação.

Na apreciação inicial o enfermeiro deve avaliar a família, relativamente ao tipo, estrutura, função, fase do ciclo vital e fase de desenvolvimento em que esta se encontra no que diz respeito à execução das tarefas que lhe são inerentes. No que concerne à função da família, pode ser vista a capacidade de dar apoio emocional aos elementos e competência de lidar com a atual situação. É também importante averiguar os recursos económicos e a rede social da família (Potter & Perry, 2009).

Os dados de avaliação da família devem ser colhidos através da realização de entrevista, usando um ou mais instrumentos de avaliação familiar. Os pontos fortes da família devem ser identificados no processo, bem como problemas prováveis ou potenciais. Para que o enfermeiro possa realizar o processo de avaliação e a fase de orientação do trabalho com a família com sucesso, é fundamental o estabelecimento de uma relação de confiança na qual exista respeito mútuo e seja estabelecida uma comunicação aberta e clara. Só assim conseguirá que a família esteja aberta à implementação de futuras intervenções com a sua colaboração. O enfermeiro, na entrevista, deverá incentivar os membros da família a expressar suas preocupações atuais, para que este possa compreender melhor a família e o significado dessa experiência.

São várias as ferramentas de que o enfermeiro dispõe, modelos de avaliação e instrumentos que lhe permitem colher os dados e no final obter uma perspetiva global da família. Após a conclusão da avaliação, os dados são resumidos e organizados para que os problemas possam ser identificados. Através desta avaliação obtêm-se dados relevantes que deverão apoiar os diagnósticos de enfermagem, que sugerem algumas áreas de funcionamento da família que estarão comprometidas.

O diagnóstico de enfermagem na realidade centraliza-se na capacidade da família lidar com a situação atual com que se depara, quer seja de doença ou transição de desenvolvimento (Potter & Perry, 2009). Atualmente, em Portugal, os diagnósticos são apoiados em sistemas de classificação, sendo neste momento a CIPE a classificação mais utilizada. Alguns autores, em vez de diagnósticos de enfermagem, propõem o desenvolvimento de uma lista de identificação de problemas e necessidades familiares. Já Wright e Leahey (2011) propõem a formulação de uma lista de problemas e pontos fortes de maneira a que seja identificada uma visão equilibrada da família.

Seguidamente vem a fase de planeamento de cuidados à família e a participação ativa da família é fundamental. São identificados os problemas e pontos fortes, e em conjunto o enfermeiro e a família são responsáveis por essa parte do processo. Durante essa etapa o enfermeiro e a família definem um plano de cuidados, que estabelece intervenções para alcançar os resultados esperados.

Após a colheita de dados, e a identificação dos problemas de saúde, estes devem ser priorizados pela família e assim orientados os cuidados ou intervenções a desenvolver, contudo sempre no intuito de promover o autocuidado e a independência da família (Hanson, 2005).

Seguidamente na fase de implementação de cuidados, os autores Potter e Perry (2009), referem que esta se caracteriza por pôr em prática as intervenções familiares que não são mais que ações de enfermagem que visam melhorar as capacidades dos elementos da família.

Por último, a última fase do processo de enfermagem é a avaliação. Esta é um processo contínuo, os objetivos e as intervenções são passíveis de serem revistas, se necessário. A avaliação não deve ser baseada apenas nas observações do enfermeiro, mas também da perspetiva da família (Potter & Perry, 2009).

É primordial que tudo seja validado com a família pois é nossa responsabilidade ajudar as famílias a encontrarem as suas próprias forças e capacidades para lidarem com as mudanças que estão constantemente a acontecer nas suas vidas (crises normativas e crises acidentais), fornecendo-lhes ferramentas de apoio, mas no final todo o processo deve ser realizado em conjunto e em colaboração com a família. A eficácia é determinada pela observação dos resultados do sistema familiar e dos membros da família (como a família respondeu), e não pelas intervenções implementadas.

## 2.6. MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Tomey & Alligood (2004) referem que a Teoria atribui significado ao conhecimento, de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos, afirmando que o conhecimento teórico reforça o poder da profissão, uma vez que os métodos desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional e aumentam a sua eficácia. Por outro lado, um Modelo Conceptual é mais abstrato que uma Teoria. “Os Modelos Conceptuais em Enfermagem são baseados em observações e conhecimentos de estudiosos de enfermagem ou de deduções que combinam ideias de vários campos de investigação” (Hanson, 2005, p. 41).

Para Figueiredo (2013) pela complexidade inerente à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem procura utilizar modelos que proporcionem a conceção de cuidados direcionados para a avaliação e para o planeamento de intervenções. Os modelos oferecem diferentes perspetivas, possibilitam um quadro de referência, e podem servir como elo de ligação entre a teoria e a prática, ajudando na fundamentação do processo de tomada de decisão.

Considerando o processo de prestação de cuidados de enfermagem e as especificidades da área de Enfermagem de Saúde Familiar, foi fundamental o conhecimento de alguns modelos como fundamento teórico na conceção dos cuidados prestados e como orientação no processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, onde a família é o alvo dos cuidados, os quais passo a fazer uma breve abordagem:

Modelo de Sistemas de Betty Neuman - A adoção deste modelo prende-se com o facto de este ser fundamentado na Teoria Geral dos Sistemas e reflete a natureza da família como um sistema aberto em interação uns com os outros e com meio ambiente. É um modelo baseado no stress, na reação ou possível reação a stressores (fatores de stress) e na “pessoa” (que pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou um problema social). O stress aumenta a necessidade de adaptação. Neuman descreve o adaptação como o processo dinâmico e contínuo que permite ao organismo satisfazer suas necessidades (Alligoog, 2011).

Modelo de Avaliação e Intervenção da Família (Hanson) – Inspirado no Modelo de Neuman, fundamenta-se na teoria dos sistemas, vendo a família como um sistema composto por subsistemas, considerando que a relação entre subsistemas é o foco central. “As construções teóricas de Neuman foram alargadas por Berkey e Hanson para se centrarem mais na família, do que no indivíduo.” (Hanson, 2005, p. 183). O Modelo de Avaliação e Intervenção da Família

refere que as famílias estão sujeitas a tensões quando fatores de stress sob a forma de problemas penetram no seu sistema de defesa. A reação da família depende da profundidade com que esses fatores penetram no sistema familiar e da capacidade de adaptação da família para manter a sua estabilidade. O objetivo é proteger a todo o custo a estrutura básica, ou a família deixa de existir, e as linhas de resistência ajudam a proteger essa estrutura. A reconstrução ou adaptação é o trabalho que a família faz para preservar ou restaurar a estabilidade familiar. (Hanson, 2005).

Modelo de Enfermagem de Friedmann – A prática de enfermagem a nível familiar pode ser, de acordo com Friedmann (1998) as cited in Hanson (2005), classificada em quatro níveis. No nível I a família surge como contexto e o indivíduo como cliente, o foco é cada um dos membros da família e esta surge como um recurso e como contexto; no nível II a família apresenta-se como soma das suas partes, o foco são cada um e todos os elementos da família; no nível III o subsistema familiar surge como cliente/foco dos cuidados, o foco são os subsistemas familiares e o trabalho é desenvolvido com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoios; no nível IV a família surge como cliente, o alvo é a família como sistema interativo e o foco são as suas dinâmicas internas e as suas relações, a estrutura e funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

Modelo do Cuidar Baseado nas Forças de Laurie Gottlieb - Este modelo, não sendo unicamente um modelo de Enfermagem de Família, e ser recente, é fundamental para conseguirmos enquanto enfermeiros trabalhar com famílias. Considera a totalidade da pessoa, centra-se no que está a funcionar e a trabalhar bem, no que a pessoa faz de melhor, e nos recursos de que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar de forma eficaz com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de Saúde. “Relaciona-se com o modo como os enfermeiros podem apoiar o que está a funcionar bem, a fim de ajudar os doentes, clientes, famílias e comunidades a adaptarem-se, desenvolverem-se, crescerem, prosperarem e transformarem-se”. (Gottlieb, 2016, p.1). As forças são qualidades únicas e especiais da pessoa e família e os recursos que definem a sua personalidade, e esta nova forma de cuidar assume o reatar da relação enfermeiro-doente na promoção da saúde e em todo o processo de cura.

Neste sentido propõe-se a Competência para o Cuidado Incondicional Proactivo (CoCIP), precisamente porque operacionaliza a orientação para a descoberta de sentido na vida, ou seja, na descoberta do que é efetivamente significativo na vida, e promove o desenvolvimento pessoal. Este desenvolvimento terá de ser, primeiramente, atingido pelo enfermeiro de família

para este possa implementar a CoCIP - pois ninguém pode acompanhar e percorrer um caminho que não conhece (Kraus, 2014; Kraus, Capela, Rodrigues & Dixe, 2020).

Assim, tendo por base estes modelos teóricos, foram desenvolvidas algumas abordagens assentes no que foi apresentado anteriormente, de modo a facilitar mudanças da prática de enfermagem de família, baseadas em evidências científicas, que demonstram os esforços efetuados a respeito da Enfermagem de Família e reconhecidos internacionalmente.

Neste relatório vou focar o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) por ser, em Portugal, o modelo adotado pela OE na prática de enfermagem de Saúde Familiar e ter sido através deste modelo que foram realizadas as avaliações e intervenções familiares nos ECs.

O MCAIF foi desenvolvido por Wright e Leahey (2011), duas enfermeiras canadianas, publicado pela primeira vez em 1984, e realiza o estudo da família como um sistema, tem como princípio a existência de subsistemas onde cada membro individualmente ou a família em conjunto interagem, com a finalidade de promover um constante equilíbrio. Tem por base uma matriz multidimensional abrangendo os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família. O modelo assenta em três categorias principais para a avaliação familiar: estrutural, desenvolvimento e funcional, cada uma constituída por diversas subcategorias.

Segundo as mesmas autoras, quando se realiza uma avaliação familiar não é necessário aferir todas as categorias, durante a entrevista, pois, em cada momento se decidirá quais são as categorias relevantes para cada avaliação. Através deste modelo, acreditam que o enfermeiro só pode oferecer intervenções à família e não instruir ou insistir num determinado tipo de mudança ou modo de funcionamento familiar. Algumas intervenções poderão influenciar em simultâneos os três níveis de funcionamento, mas o processo só poderá ser concretizado entre o enfermeiro e a família de modo colaborativo.

As autoras Wright e Leahey (2011), referem que a receptividade da família à intervenção dos enfermeiros obedece à sua constituição genética e história de interação dos seus membros, é também influenciada pela relação enfermeiro/família e pela capacidade do enfermeiro levar a família a refletir sobre os seus problemas, implicando para tal, a necessidade de consciencialização da unicidade e especificidade da família.

Em Portugal, surgiu em 2009 pela mão de Henriqueta Figueiredo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que se sustenta também no pensamento sistémico, e onde as fontes teóricas são o Modelo de Calgary Avaliação e Intervenção Familiar. Considerando a família como unidade de cuidados, em particular cada um dos membros e no geral percecionando a família como um todo, pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros de família em contexto de CSP. Centra-se nas áreas de atenção familiar onde especifica três grandes dimensões de avaliação da família: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O instrumento de colheita de dados deste modelo é constituído por uma Matriz Operativa que estabelece a estrutura organizativa e compreensiva das relações da família e permite a interligação do processo de enfermagem na prática da enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2013).

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

Neste capítulo pretende-se refletir sobre as competências comuns do enfermeiro especialista Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019) e as atividades desenvolvidas ao longo do EC de acordo com os objetivos delineados no Planeamento do Estágio.

Fleury e Fleury (2001) entendem a competência como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades. Nesta perspetiva, o conceito de competência é visto como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, isto é, conjunto de capacidades humanas que justificam um alto desempenho.

#### **3.1. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios de competências, designadas de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

##### **3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal estão contemplados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96 (OE, 1998) e no Código Deontológico do Enfermeiro Lei n.º 156/2015 (OE, 2015) e são o suporte para a prática generalista ou especializada. O enfermeiro especialista deve ter um conhecimento sólido e aprofundado sobre o ordenamento jurídico que regula a sua profissão e sobre o suporte legislativo ético-deontológico, para que, em situações suscitadoras de controvérsia, possa ser um elemento catalisador na promoção de consensos.

Durante o EC procurei desempenhar as minhas funções baseadas numa prática segura e prestar cuidados de forma a salvaguardar a privacidade dos utentes, respeitar as suas preferências, manter a confidencialidade e respeitar os seus valores, costumes e crenças. A diversidade de

utentes que cuidei foi extremamente importante para manter um nível de adaptação contínua à individualidade de cada um deles.

A promoção de prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais segundo OE (2019), permite que se ofereça ao utente a melhor resposta no que concerne à entrega de cuidados de enfermagem de qualidade. Assim, nos diferentes ambientes de prática de enfermagem desenvolvi sempre a minha atividade de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e respeito pelos princípios éticos nos cuidados prestados, em que os valores de compaixão, da competência, da justiça e da responsabilidade estiveram sempre presentes. O respeito pela dignidade humana, a preservação da privacidade/intimidade do utente/família, a confidencialidade da informação, as preferências e a autonomia do doente/família, o respeito pelas suas crenças e valores, bem como a responsabilidade dos meus atos, foram princípios fulcrais que nortearam sempre a minha prestação, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica com o utente, família/cuidadores de forma assertiva e empática, independentemente do contexto de atuação.

Na minha atuação, respeitei, ainda, o sigilo profissional e a autonomia dos utentes, procurando garantir-lhes os melhores benefícios, evitando malefícios: solicitei o seu consentimento livre, informado e esclarecido previamente à realização de cada procedimento promovendo, desta forma, a sua participação ativa no processo de cuidados, como é o caso por exemplo da administração da vacina contra a rubéola e o sarampo e da administração da imunoglobulina anti-D.

Durante os cuidados prestados nos ECs encarei a pessoa e as famílias como unidades, inseridas na sua cultura, com valores, direitos e deveres próprios, respeitando e abstendo-me de juízos de valores. O respeito pela confidencialidade das informações promoveu mais autonomia no processo de tratamento e a confiança nos cuidados prestados. Os cuidados de enfermagem, têm que ser humanizados e de qualidade e para isso é fundamental que a sua prática seja enraizada em princípios éticos (autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça). No entanto, verifica-se que apesar dos esforços do profissional o cuidado humanizado pode tornar-se difícil, uma vez que a ética é uma atitude pessoal e normalmente as decisões e os cuidados são decididos e prestados de forma coletiva e em equipa multidisciplinar.

Foram vivenciados nos ECs momentos com vários utentes e famílias e de forma natural foram surgindo questões éticas. Uma situação particular foi em relação à continuidade de tratamentos oncológicos, ou seja, utente com recidiva de patologia cancerígena apresentando metástases em

vários órgãos, teria de fazer alguns ciclos seguidos de tratamentos quimioterapia, mas que devido à agressividade destes e fragilidade dela, questiona-se se vale a pena a sua continuação, pedindo a opinião à equipa de saúde. Neste sentido, o papel do enfermeiro de família é capacitar o doente e a família para uma decisão devidamente informada (que efeitos secundários podem surgir e as medidas terapêuticas a realizar para minimizar o desconforto sentido) para que este tenha uma melhor qualidade de vida e o mínimo de sofrimento.

O enfermeiro pode e deve intervir junto com a família, como um meio facilitador e intermediário face aos recursos internos e externos e apoios sociais, que a mesma pode mobilizar ou recorrer. Segundo a OE (2017, p. 10) “os Enfermeiros colaboram com as famílias de modo a criar ambientes que promovam a saúde e bem-estar assim como a gestão rápida de sintomas e a prevenção de doenças.” Ou seja, assume-se como o elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, assim como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efetuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias.

São inúmeros os fatores a considerar na intervenção da Enfermagem na família como um sistema, é essencial considerar a mesma na centralidade dos cuidados. A intervenção de Enfermagem e o seu contributo junto das famílias em fases de transição é de extrema importância, promovendo a adaptação a novas situações.

Como futura enfermeira especialista, as práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade dos utentes e famílias estiveram sempre presentes, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético.

### **3.1.2. Melhoria contínua da qualidade**

O conceito de qualidade no âmbito das instituições de saúde é ubíquo e constitui uma exigência e uma prioridade na assistência prestada ao utente e família/cuidadores, pelos ganhos em saúde que daí advêm. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 garante e reforça o acesso aos utentes/família a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, considerando como um direito fundamental e legítimo, pelo que os cuidados prestados para o cumprimento desse requisito devem-se basear na efetividade, na

segurança, na eficiência, na equidade, na adequação e na otimização, que corresponda, tanto quanto possível, às necessidades e expectativas dos cidadãos (DGS, 2015).

O conceito de qualidade na saúde está em concordância com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar que se baseiam na: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de Enfermagem, prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, e segurança nos cuidados especializados (OE, 2017).

As organizações de saúde têm sofrido uma mudança de paradigma estratégico de gestão de qualidade dos cuidados em saúde e o perfil do utente e das famílias de hoje é diferente do de há anos atrás. O utente hoje é mais crítico, mais seletivo e exigente e mais consciente dos seus direitos e do seu valor. Em contrapartida, as organizações de saúde que se querem competitivas e qualificadas, procuram responder a essas necessidades e expectativa, recorrendo a programas de Melhoria Contínua da Qualidade para fazer face às novas realidades trazidas pela globalização, da técnica e da ciência, mas também pelas circunstâncias políticas, económicas e financeiras (Dias, 2014)

Como futura EESF, tenho a perfeita noção que a implementação de boas práticas no âmbito da qualidade permite uma uniformização de procedimentos, bem como uma garantia de que os profissionais de saúde estão permanentemente atualizados e a par das orientações adequadas para as inúmeras técnicas e procedimentos efetuados, em benefício do utente/ família e para alcançar / atingir os indicadores propostos à USF (Apêndice I) assim como na obtenção de um elevado índice desempenho global. Daí a importância de desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, colaborar e gerir programas de melhoria contínua da qualidade assim como manter um ambiente terapêutico e seguro na prestação de cuidados ao utente / família durante o EC.

A USFC tem na sua política a garantia da qualidade dos cuidados através da implementação de normas, protocolos e procedimentos e baseia a sua atividade nas orientações para a melhoria da qualidade e segurança do doente. O acesso aos protocolos é feito através da intranet, acessível em todos os computadores da instituição.

Considero que esta equipa é bastante dinâmica e proactiva neste aspeto, não se acomodando a conhecimentos já existentes, procurando a atualização continua, com vista à melhor prática baseada na evidência.

### 3.1.3. Gestão dos cuidados

Segundo Mororó et al. (2017), a gestão dos cuidados em enfermagem é entendida como exercício profissional do enfermeiro, sustentado pelos seus conhecimentos, ciência do cuidar, mediante ações de planeamento, organização e controle da prestação de cuidados, oportunos, seguros e abrangentes, de modo a garantir a sua continuidade e dar sustentabilidade às políticas e orientações estratégicas da instituição.

A integração num EC é de extrema importância e depende do envolvimento do estudante e da sinergia criada com o seu orientador. No primeiro dia de ECI a enfermeira Tânia efetuou uma apresentação do serviço, das equipas, estrutura orgânica e funcional, bem como explicação dos métodos de funcionamento da USF, procedimentos e regulamento interno com vista a facilitar a integração na equipa da USFC e a possibilitar o desenvolvimento de competências no decorrer do EC II, pelo que o conhecimento da estrutura física e dinâmica organizacional dos contextos de EC numa perspetiva crítica, contribuiu para melhoria da qualidade dos cuidados prestados, em linha com esses princípios. Assim, no âmbito deste domínio, propus a concretização do seguinte objetivo específico: Conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional dos contextos de estágio, de modo a possibilitar a melhor integração possível, pelo que passo a descrever e a refletir sobre as atividades que permitiram validar a aquisição de competências especializadas.

No âmbito deste domínio, o enfermeiro especialista em ESF tem um papel preponderante e ativo na gestão dos cuidados, na otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e na adequação dos recursos às necessidades, tendo em vista a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019). Com base nesta competência comum do enfermeiro especialista, elaborei o seguinte objetivo: Participar na gestão e organização do serviço, nos recursos materiais e humanos, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança dos cuidados, servindo de mediador entre os serviços e o utente / família.

Relativamente à gestão de materiais, que numa unidade de cuidados envolve as instalações, os equipamentos e os bens de consumo, esta faz parte de uma sistema informático “Logística e Compras” que coordena as atividades referentes à gestão e controlo dos produtos, serviços e equipamentos, e vai desde a compra até à sua utilização em tempo útil e da forma mais eficiente através da implementação de um Armazém avançado em que há uma consulta permanente do material disponível em stock bem como dos lotes e prazos de validade prevenindo desperdícios.

Nesta situação de pandemia e com vista à concretização da implementação da vacina covid, procedi à convocação de utentes para vacinar, preparação das vacinas para administrar e na administração evitando o máximo de desperdício visto ser um procedimento que requer muita precisão e cuidados.

Durante os Ensinos Clínicos ao realizar as avaliações familiares, pude contribuir para melhorar a informação para a tomada de decisão no processo de cuidados reconhecendo a necessidade de referenciar para outros profissionais quando assim se verificasse essa necessidade. Neste contexto foi realizada sempre que possível, uma otimização de recursos adequando o trabalho aos recursos e às necessidades de cada utente e família, de acordo com a legislação, as políticas e os procedimentos de gestão de cuidados. Nesta circunstância o enfermeiro especialista tem um papel fulcral na deteção de determinadas situações procurando atualizar conhecimentos de forma a conseguir analisar, planear, definir, estratégias, pôr em prática, motivar e avaliar junto da restante equipa.

Considero que adquiri conhecimentos e desenvolvi competências que me permitem uma gestão de cuidados e que potencia a excelência dos mesmos.

### **3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O enfermeiro especialista deve pautar a sua intervenção pelo desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como através de uma prática clínica baseada em evidência científica (OE, 2019a).

Assim com a crescente complexidade de técnicas e conhecimentos na área da saúde, o dever de decidir envolve um esforço do profissional cada vez maior, sendo a construção de um corpo de conhecimentos a base para a prática como algo vital para a evolução da enfermagem enquanto profissão autónoma. A formação assume um papel crucial e permite ganhos substanciais em saúde.

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista fundamenta os processos de tomada de decisão e juízo crítico e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, bem como desenvolve um autoconhecimento e gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda com vista a prestar cuidados de modo assertivo (OE, 2019).

Durante o decorrer do EC, considero que as oportunidades de aprendizagem foram muitas e tentei aproveitar todos os momentos para crescer a nível profissional, sempre com o foco no EEESF. O desenvolvimento da autonomia e a procura constante de procedimentos, normas e protocolos inerentes à USFC, assim como a procura de guidelines e protocolos da literatura, combinados com os conhecimentos das Unidades Curriculares, de questões que surgiram ao longo do EC, fizeram deste, um momento de aquisição de competências que não possuía, assim como geraram um processo de crescimento do “Eu” pessoal e do “Eu” profissional, sendo os dois indissociáveis. Para Rasheed (2015) o autoconhecimento é um processo contínuo de compreensão, conhecimento e reflexão acerca da própria identidade, crenças, pensamentos, motivações, sentimentos, comportamentos, atitudes, capacidades e limitações. Para a aquisição deste domínio, considero que toda a equipa da USFC teve um papel preponderante, assim como a minha orientadora, que não estava sempre no mesmo espaço físico, mas tentou sempre acompanhar-me “do outro lado do espelho”, quer através dos registos que efetuava no Sclínico, quer através de momentos de reflexão em conjunto no final do EC e estando atenta à minha evolução através das partilhas e reflexões com os outros enfermeiros do serviço.

A prática baseada em evidência facilita o processo de tomada de decisão clínica, integrando a experiência clínica, as preferências dos utentes/doentes e a mais recente evidência científica. Relaciona-se com resultados positivos e consequentes ganhos em saúde para os utentes/doentes (Goot et al., 2018).

A Enfermagem é uma profissão centrada na interação com a pessoa e família e com o avanço tecnológico ocorrem mudanças importantes nos locais de trabalho, relacionados com essa inovação e as alterações na organização do trabalho. Assim, o processo de cuidar, muitas vezes mais “desligado” da pessoa, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, isto é, no desenvolvimento de competências (Serrano et al., 2011).

Recorrendo ao Regulamento nº 140/2019 verifica-se que o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais requer que o enfermeiro especialista desenvolva além do autoconhecimento a assertividade, para enquanto pessoa e profissional facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa, utente e equipa, reconhecendo os seus recursos e limites pessoais e profissionais, deve ter a capacidade de gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional, reconhecendo e antecipando situações, utilizando adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Nos ECs foi minha prática basear a minha aprendizagem nestes conceitos, procurando novos saberes, numa troca conjunta de aprendizagens. Em enfermagem, a comunicação assume particular importância, pois impulsiona ou bloqueia a interação e o contato entre o enfermeiro e famílias e permite a intervenção colaborativa entre equipa e utentes.

É através do processo de enfermagem e dos registos que o enfermeiro objetiva e documenta a ciência da enfermagem. De acordo com os padrões de qualidade da OE (2015), a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções obtidos pelo cliente é um elemento necessário à organização dos cuidados (Regulamento nº 367/2015).

Os registos são fulcrais para o desenvolvimento da nossa profissão, sem registos não há visibilidade do trabalho efetuado e a implementação de uma nova forma de registo implica obrigatoriamente um remodelar do pensar, de aprendizagem e de modo como fazemos “as coisas”. Possibilitam também a oportunidade de refletir sobre as práticas, pensando no caminho que percorremos e no caminho que queremos percorrer para colocar a nossa profissão noutra patamar.

A partilha de experiências, a apreensão de conhecimentos e a permuta de saberes, foi um suporte fundamental ao longo dos ECs, permitindo alcançar os objetivos gerais e específicos definidos para o EC no início deste relatório.

### 3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Foi na década de 90 que a especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar se começou a impor, tornando-se num foco específico para a prática de enfermagem, cruzando-se com várias especialidades. Hanson (2005, p.8) define enfermagem de saúde familiar, como: “O processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem (...) pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade”.

O foco do enfermeiro especialista em Saúde Familiar é cuidar a família como unidade, e nesta mudança de paradigma, do indivíduo para a família, o pensamento sistémico é fundamental

para a conceção de cuidados abrangentes e para a compreensão multidimensional do sistema familiar. Deste modo, são colocados novos desafios aos enfermeiros tendo em vista o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar, pela sua contribuição na promoção da saúde da família e seus elementos, salientando-se o papel de gestor e organizador de recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo.

Como refere o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (2015), a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem tem o seu enquadramento internacional na Saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS). O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar é o profissional de referência, garantindo o acompanhamento especializado da família, ao longo do ciclo vital, e tem como missão, no acompanhamento das famílias: “A prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; A prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente; A identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar; O reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde; Ser parceiro na gestão na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia; Ser elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde; Ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família” (Regulamento n.º 367/2015, p. 17385). Assim, presta cuidados de enfermagem a famílias pelas quais está responsável, considerando as transições normativas que decorrem de processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital, bem como transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais.

Refletir criticamente sobre o meu desempenho e postura como futura enfermeira especialista em ESF, tendo em conta esses domínios de competências foi uma atividade sistemática em cada dia nos contextos de prática clínica, o que se revelou fundamental não só para enriquecer e aperfeiçoar o meu desempenho profissional, como também se tornou num ato facilitador para a elaboração deste relatório. Pretendo com este capítulo, efetuar uma apreciação crítico-reflexiva da minha formação no contexto da USFC de forma a tomar consciência das

experiências vividas que contribuíram para a aquisição de competências especializadas e consequentemente para o meu crescimento profissional e pessoal, tendo por base a consecução dos objetivos específicos traçados no planeamento do ECIII.

Em Saúde Familiar, considerando a família como unidade de cuidados, a função do enfermeiro especialista é promover a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento. Para isso foram desenvolvidas no Regulamento n° 428/2018 duas competências, que se dividem depois em várias unidades. Seguidamente serão abordadas individualmente essas competências, assumindo como referencial o quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar (Regulamento n° 428/2018).

### **3.2.1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico, considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu meio ambiente (OE, 2008). Cada família é única, logo as intervenções direcionadas para uma família podem não se adequar noutras. Deste modo, foi possível, face aos objetivos definidos com a família S., considerando as suas fragilidades e forças, determinar as situações em que se torna mais adequado a intervenção, possibilitando estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção e o controlo de situações complexas. Porque as famílias movem-se através de períodos de transição, a mudança num dos níveis de funcionamento implica habitualmente uma mudança global a nível dos padrões familiares. A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e traduzido pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos (Figueiredo, 2009).

Na prática pretende-se promover a mudança, ajudando as famílias a identificar os problemas, as estratégias de coping e os recursos, facilitando os fluxos positivos entre os suprasistemas da comunidade e os sistemas familiares, ou seja, avaliar a capacidade da família a partir da recolha de dados pertinentes para o estado de saúde, para se manter unida, agilizar processos de mudança e apoiar todos os membros na sua interação com o meio ambiente.

Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo,2013). Têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde. Deste modo, EEESF reconhece a competência da família para tomar decisões no seu projeto de saúde, respeita as capacidades da mesma, considerando as suas dimensões contextuais e co-evolutivas, e entre outras, realiza a procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação eficaz com a família (OE, 2008). A intervenção de enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar, fundamentado na relação colaborativa e inter-relacional entre profissionais e famílias, monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas. O processo de enfermagem vai diferir na medida em que depende do foco dos cuidados, visto que está sujeito à conceitualização da família pelos enfermeiros na sua prática clínica, pois depende se o enfermeiro vê a família como foco ou como contexto.

Acrescenta-se ainda, que ao nível da Gestão de Processos de Comorbilidades contemplada na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, uma das ações descritas (Medida n. °13) é “Identificar as vulnerabilidades de cada cuidador e família cuidadora e avaliação periódica do seu estado geral de saúde e do seu nível de exaustão” (DGS, 2017, p. 26).

Relativamente à competência do EEESF – “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”, foi desenvolvida essencialmente a nível de visita domiciliária.

Durante o EC, estabeleci contatos na Unidade Funcional (UF) e na visita domiciliária com várias famílias, estabelecendo uma relação com a família como um todo e com os seus membros individualmente ao longo do seu ciclo vital, promovendo a saúde, a prevenção das doenças e o

controlo das transições normativas ou acidentais, com disponibilidade e de forma criativa, perante um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. Para isso utilizei um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da ESF. Tentei compreender a estrutura e organização do sistema familiar, não esquecendo as suas propriedades: globalidade, equifinalidade e auto-organização, desenvolvi o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa e reforçando os pontos fortes dos membros da família em todas as fases do mesmo, promovendo o diálogo de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos.

Prestei cuidados de enfermagem a nível da vigilância, nomeadamente no programa da Diabetes, Hipertensão e Cuidados Curativos, tendo tido o privilégio de poder desenvolver esta competência com a ajuda da enfermeira orientadora.

Ao prestar os cuidados de enfermagem, tive sempre em atenção as diferentes tipologias das famílias, as diferentes etapas do ciclo vital e, como tal a diversidade dos seus problemas, nunca esquecendo os quatro níveis da teoria de Friedman, Bowden e Jones (2003), (família como contexto, família como a soma das suas partes, subsistema familiar como cliente e família como cliente/dinâmica).

Foi possível conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas, decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital, mas também outras vezes sujeita a crises acidentais, que vêm alterar de modo repentino e drástico a vida da família. Mais uma vez nestas consultas, foi possível desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a sua participação na definição e consecução de objetivos. Através da interação com as famílias pude compreender que o comportamento de cada um dos membros é indissociável dos restantes e que aquilo que lhe acontece afeta a família no seu conjunto, tanto ao nível individual como das relações do sistema, o que esclarece o conceito de globalidade. Foi ainda possível considerar a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.

Destaco a vivência de uma família, um casal na VI fase do ciclo vital de Duvall, a vivenciar uma situação de crise acidental (esposa com diagnóstico de neoplasia com tratamentos consecutivos, que pensava já estar finalizado, porém, com o ressurgimento de novas metástases ósseas, deu início a um novo ciclo de tratamentos). Esta situação de crise acidental na família permitiu-me refletir sobre as propriedades de equifinalidade e acompanhar o processo de auto-

organização da família. Cada família é “única” devendo ser compreendida como um sistema aberto, sujeito a influências externas e a forças internas (Figueiredo, 2013) perante as quais se organizam e tomam decisões.

No percurso deste EC foi abordado, descrito e refletido no contexto familiar as alterações físicas, psicológicas que o reaparecimento da patologia cancerígena poderá surgir e as intervenções como enfermeira de família em colaboração com a família se poderá implementar (plano cuidados – apêndice II)

Para Martins , Basile, Garlete, Bellini, (2009), o surgimento de uma doença faz com que o ser humano vivencie alterações para além da esfera biológica. Várias mudanças ocorrem havendo necessidade de lidar com limitações, frustrações e perdas. As mudanças que ocorrem com o surgimento de uma doença, dependem do tipo de patologia, da maneira que se manifesta e seu prognóstico, e do significado que cada indivíduo atribui. Estas autoras acrescentam que a necessidade de manutenção do tratamento até ao fim da vida, no caso das doenças crónicas, pode contribuir para uma má adesão.

Neste encadeamento, o enfermeiro toma conhecimento das novas necessidades da pessoa, num processo de interação participativa, de forma a tomar decisões de cuidados de enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação à doença e/ou a novos estilos de vida, resultante de transições situacionais (Meleis, 2005). As transições significam mudanças do estado de saúde, mudanças no papel das relações, mudanças das expectativas, mudanças nas habilidades (competências), que afetam o desenvolvimento no processo saúde/doença (Meleis, 2005).

Além de ter um sentido para o doente, a doença tem um significado para a família, que precisa de uma reorganização para lidar com uma nova situação. Os mecanismos de defesa entram em funcionamento para criarem uma situação adaptativa. A palavra «adaptar» deriva do latim *adaptare* e significa ajustar-se. De acordo com o exposto no Regulamento n.º 126/2011 (2011; p. 8660), que regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, a adaptação ou reconstituição, é a actividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais. Nesta reorganização inerente ao surgimento da doença, a família passa por três fases, a primeira, onde há uma descrença quanto à realidade de mudança, a segunda, onde se verifica a frustração por não conseguir lidar com os problemas como anteriormente, e a terceira, de adaptação, quando a nova identidade é reclamada e as expectativas dos papéis assumidos são constantes (Hanson, 2005).

A adaptação é sadia quando anula a angústia inicial, permite aceitar as modificações nos estilos de vida e a manutenção e recuperação da própria identidade pessoal, encaminhando o doente para a autonomia possível e progressiva. Nessa adaptação percebe-se a confiança, a esperança e a compreensão face à doença.

Na apreciação inicial o enfermeiro deve avaliar a família, relativamente ao tipo, estrutura, função, fase do ciclo vital e fase de desenvolvimento em que esta se encontra no que diz respeito à execução das tarefas que lhe são inerentes, como refere a primeira competência do Regulamento nº 428/2018. No que concerne à função da família, pode ser vista a capacidade de dar apoio emocional aos elementos e competência de lidar com a atual situação. Os dados de avaliação da família devem ser colhidos através da realização de entrevista, usando um ou mais instrumentos de avaliação familiar, para isso, e indo ao encontro das atividades pedagógicas a desenvolver foi-me proposto a elaboração de um processo de enfermagem a uma família escolhida pela orientadora Tânia que iniciei no EC I e dei continuidade no EC II, tendo por base o modelo de avaliação de Calgary (Apêndice II).

Para que o enfermeiro possa realizar o processo de avaliação e a fase de orientação do trabalho com a família com sucesso, é fundamental o estabelecimento de uma relação de confiança na qual exista respeito mútuo e seja estabelecida uma comunicação aberta e clara. Só assim conseguirá que a família esteja aberta à implementação de futuras intervenções com a sua colaboração nas diferentes fases do ciclo de vida. O enfermeiro, na entrevista, deverá incentivar os membros da família a expressar suas preocupações atuais, para que este possa compreender melhor a família e o significado dessa experiência, prestando cuidados de enfermagem a famílias pelas quais está responsável, considerando as transições normativas que decorrem de processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital, bem como transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais. O enfermeiro de Saúde Familiar tem um papel primordial na obtenção de ganhos em saúde e deverá contribuir nas atividades de prevenção primária (prevenir ou remover fatores causais ou de risco antes que se desenvolva o processo patológico que poderá levar à doença), de prevenção secundária (ao diagnóstico e a deteção precoce de problemas de saúde) e de prevenção terciária (limitar a progressão da doença, circunscrevendo-a, ou evitar e diminuir consequências ou complicações). Assim, durante todo o EC, as atividades a que me propus passaram por colaborar na realização de consultas de enfermagem ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo e família, no âmbito da promoção da saúde e no tratamento da doença. O

facto do meu contexto de trabalho ser no âmbito dos cuidados primários integrada também numa USF há sempre características particulares e específicas, não só da UF relacionadas com procedimentos e normas internas, mas também da população inscrita nessa unidade.

No contexto em que foi desenvolvido este trabalho, salienta-se sobretudo a transição situacional que envolve a ocorrência de acontecimentos inesperados ou não, e a transição de saúde - doença, perante a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, na qual a Senhora L. se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação, instabilidade e alterações passageiras ou duradouras. A transição é principada, por acontecimentos independentes e inesperados, noutros casos pode ser desencadeada por acontecimentos ou eventos mais ou menos programados, ainda que surjam como momentos de transição são-no de modo mais esperado. O processo de mudança, de integração e aceitação requer uma atenção particular, impulsionadora na família de conhecimentos e capacidades. Quando se foca a transição pretende-se descrever um processo de mudança nos estados de desenvolvimento, alterações de saúde, mas também nas respostas à mudança. Nesta linha de pensamento a transição conota processos de adaptação à mudança ou acontecimento. Adaptação é um tipo de autoconhecimento com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios. É através da compreensão do processo de transição que os Enfermeiros estão mais capacitados no processo de adaptação das famílias. Azevedo, (2010 p.43) “Ou seja, uma equipa de enfermagem deve ser dotada de sensibilidade e perspicácia pois, para além do conhecimento científico que fundamenta a sua prática, a enfermagem cuida no sentido de promover a adaptação do indivíduo a processos de transição a que se vê sujeito.”

Só em plena interação como profissionais, com a família e com cada elemento individualmente na prestação de cuidados nos domicílios, na comunidade em que estão inseridos é que efetivamente se intervém na família numa perspetiva sistémica, como é no caso da família S., percebendo mais facilmente que o desequilíbrio ou alteração num elemento da família tem relação direta com alteração de toda a dinâmica familiar, muitas vezes constitui-se como um caminho árduo, pois ao nível da intervenção nem sempre existe consenso entre os diferentes elementos da família, considerando ainda a perceção individual face aos mesmos problemas e diferentes soluções. Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista negocea com a família os recursos de apoio da comunidade e os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar. A formação de uma nova consciência do cuidar na Família com a Família e para a Família, é

essencial, na perspetiva de juntamente com os seus recursos e os da comunidade onde se insere, (que necessitam ser mobilizados), facilitar a família no sentido de estruturar o seu melhor projeto de saúde. As famílias provedoras de cuidados devem delinear soluções de ajustamento face às exigências a distintos níveis, incluindo aspetos de partilha de responsabilidades, encargos, estratégias de apoio e modos de cuidar, surgem muitas vezes conflitos e alterações do equilíbrio familiar, pois o contexto de cuidados é complexo.

Cada família tem a sua estrutura e suas funções, cada membro tem o seu lugar e os seus papéis, quando surge uma situação imprevista, nomeadamente situação aguda de dependência de um dos seus membros, toda a homeostasia familiar sofre alterações como resultado da crise familiar que se gerou, o que implica mudanças em todo o sistema familiar, impondo assumir novos papéis e muitas vezes a prescindir de outros, neste âmbito a família tem de se reestruturar, como é o caso específico da família S., quando L. não consegue cumprir as suas funções devido à situação de fragilidade. Cabe à família mobilizar as suas capacidades, recursos, conhecimentos, necessidades e disponibilidade face ao desafio com que se depara, no entanto cabe ao enfermeiro identificar junto com estas as suas necessidades particulares, face ao contexto específico de cada situação. Perante a singularidade das famílias e a finalidade de capacitar a família na adaptação ao papel de prestadora de cuidados em situações de dependência aguda, efetuar a intervenção a um nível precoce, é essencial de acordo com as necessidades e os diagnósticos de Enfermagem efetuados. A articulação com outros profissionais, seja colegas, Técnicos do Serviço Social ou outros, mobilizando os recursos de acordo com a especificidade dos casos, é fundamental no sentido do melhor encaminhamento e como finalidade, ganhos em saúde para a família.

O enfermeiro pode e deve intervir junto com a família, como um meio facilitador e intermediário face aos recursos internos e externos e apoios sociais, que a mesma pode mobilizar ou recorrer. Segundo a OE (2010, p.1) o Enfermeiro “assume-se como o elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, assim como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efetuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias.” São inúmeros os fatores a considerar na intervenção da Enfermagem na família como um sistema, é essencial considerar a mesma na centralidade dos cuidados. A intervenção de Enfermagem e o seu contributo junto das famílias em fases de transição é de extrema importância, promovendo a adaptação a novas situações. De acordo com

Schoenmakers et al; (2009) oferecer apoio e conselhos para os cuidadores é uma questão importante na manutenção eficiente de situações de cuidados no domicílio. A supervisão e o suporte proporcionado pela Enfermagem, na promoção da adaptação, face ao modo como esta se organiza e aos recursos que dispõe e/ou mobiliza, é fundamental para uma maior autonomia das famílias no cuidar e nas estratégias que movimenta para se adequarem à situação mais eficientemente. Uma adaptação eficaz da família no exercício do seu novo papel, impõe também respostas adequadas ao nível de Enfermagem antevendo situações de stress ou exaustão potencialmente impeditiva de exercerem adequadamente o seu papel, pelo que é essencial a continuidade dos cuidados no sentido de identificar eventuais lacunas tanto na intervenção quanto ao nível das próprias famílias. É relevante a importância crescente da intervenção da enfermagem de família capaz de promover de forma efetiva e eficaz a adaptação da família apoiando-a, consciente que as necessidades da mesma vão-se alterando ao longo do exercício do seu papel. No sentido de superar este momento de crise, mais especificamente quando confrontada com uma situação súbita de dependência incapacitante, a intervenção de enfermagem deverá ter presente o importante papel que desempenha no ajustamento da família, considerando que qualquer alteração num elemento afeta a totalidade do sistema familiar. Os Enfermeiros devem refletir sobre as intervenções implementadas que melhor facilitem o processo de adaptação da família cuidadora, face a uma situação de imprevisibilidade e de incerteza gerada pelo regresso a casa de um familiar ou convivente significativo em situação de dependência transitória.

Ressalta-se a importância da participação de todos os elementos da família na tomada de decisão, na capacidade de compreensão e na consciência da situação, como fatores a considerar no contexto de cuidados para uma melhor apreensão das informações transmitidas e um desenvolvimento de competências mais eficiente. Deve-se mobilizar as capacidades dos cuidadores, ainda que estas possam estar dependente das informações facultadas através da educação para a saúde.

### **3.2.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar**

Esta competência está dividida em duas unidades de competência:

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;
- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

As famílias, devido à exposição aos fatores de risco biológico, ambiental e comportamental, constituem um grupo populacional vulnerável, que deve ser o foco da intervenção de enfermagem. Para Stanhope & Lancaster (2011, p.747), populações vulneráveis são “aquelas em maior risco de mau estado de saúde e défice de acessibilidade aos cuidados de saúde”

Em cuidados de saúde as populações vulneráveis possuem um risco aumentado de desenvolver problemas de saúde. A vulnerabilidade é dinâmica podendo ser contrariada através da aquisição dos recursos necessários para a superar e para promover a resiliência. A resiliência é a capacidade de recuperar de problemas e possuir um sentido de força interior. Cabe-nos a nós como enfermeiros de saúde familiar identificar estas famílias, e se necessário, promover uma articulação com outros profissionais de saúde, identificando e mobilizando os recursos necessários para uma melhor saúde e para a redução dos fatores de risco, gerindo assim a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais, ou até outras instituições, sempre com a permissão da família. (Stanhope & Lancaster, 2011)

A existência de um fator de risco numa família, ou num elemento da família pode não ser o suficiente para ameaçar a saúde da família, mas um conjunto de vários riscos de duas ou mais categorias pode fazê-lo. As transições de vida, pelos quais as famílias vão passando, são também momentos de risco, sobre as quais a intervenção do enfermeiro pode ser fulcral, pois colocam-lhes novos problemas para resolver e novas tarefas para concretizar. Os acontecimentos de vida normativos permitem à família antecipá-los, fazer planos, desenvolvendo novas competências, preparando-se para o acontecimento e para as suas consequências. Permite-lhes ter estratégias de coping e tentar diminuir o stress. Se o acontecimento é não normativo, ou inesperado, as famílias têm pouco tempo para se preparem e o resultado pode ser o aumento do stress, a crise, ou mesmo a disfuncionalidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

Durante o EC colaborei com a enfermeira orientadora na gestão de processos de intervenção aos indivíduos e respetiva família, referenciando-os para outras unidades em parceria com uma equipa multidisciplinar.

A atitude que os enfermeiros adotam em relação à família é um elemento crucial no processo de cuidar. Desta forma, é necessário que as equipas de saúde considerem a família como parceiro na prestação de cuidados e promovam as condições adequadas para que a mesma possa desempenhar esta função. Os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com a família, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e valorizam o seu envolvimento nos cuidados.

É dever do enfermeiro, enquanto profissional, habilitar e capacitar a família na prestação e envolvimento dos cuidados em colaboração, para assim prestar e consolidar da melhor forma esses cuidados (Rodrigues, 2013).

Para gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção foi-me possível participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais, aplicar os sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde no âmbito da saúde familiar, com vista a criar e sustentar uma visão partilhada da ESF nos diversos níveis de prevenção.

## **PARTE II**

### **SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR COM DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FAMÍLIA**

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é decididamente um fenómeno preocupante em muitos países nomeadamente em Portugal. O aumento da esperança média de vida e a diminuição da natalidade traduzem-se consequentemente no envelhecimento da populacional e na inversão da pirâmide demográfica. Esta situação deve-se à melhoria das condições de vida, aliada ao desenvolvimento científico-tecnológico da medicina. Com o envelhecimento das populações assiste-se ao aumento progressivo das doenças crónicas, determinando novas necessidades em saúde. Neste sentido, surge a necessidade de investir na área de cuidados paliativos, uma vez que o objetivo consiste em proporcionar a mais elevada qualidade de vida possível ao doente / familiar cuidador.

Quando não há possibilidade de cura não significa que não haja nada a fazer. Por outro lado, é essencial uma mudança de pensamento no sentido de impedir procedimentos invasivos e inúteis, promovendo a prestação de cuidados especializados e focados no fim de vida. Desta forma, os cuidados paliativos surgem com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias que encaram uma doença ameaçadora da vida, promovendo o controlo de sintomas, o suporte espiritual e psicossocial desde o diagnóstico até ao fim de vida do doente bem como um processo de luto. Estes cuidados afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, não apressam nem adiam a morte, oferecem um sistema de suporte para os doentes e suas famílias e consideram que o doente vale por quem é e que vale até ao fim (OMS, 2002).

Neto (2020, p.7) acrescenta ainda que são “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (...) centrados nas necessidades (e não nos diagnósticos) deste tipo de doentes e famílias”. Portanto, prestar cuidados paliativos é utilizar uma dinâmica de interdisciplinaridade, onde exista uma interação entre as disciplinas científicas sob a coordenação de uma delas (Filho, 2005).

Na perspetiva de Gonçalves (2011, p.16) a “situação do doente é indissociável da situação da sua família”. Esta representa uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas

ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2015). Qualquer alteração num dos subsistemas individual afetará inevitavelmente o subsistema familiar (Figueiredo & Martins, 2009).

Neste sentido, torna-se fundamental que os profissionais que trabalham junto de doentes com doença crónica em fase paliativa promovam o envolvimento da família na prestação de cuidados. Ao assumir o papel de cuidador, o familiar transporta toda a sua atenção para o doente deixando de parte as suas angústias, a sua dor e os sentimentos de perda iminente, não existindo tempo para refletir sobre as suas necessidades (Candy, Jones, Drake, Leurent & King, 2011). Para além disso, o diagnóstico de uma doença terminal pode ser, para o familiar, o primeiro grande confronto com a morte (Hudson, 2003).

Estudos referem que os cuidadores de doentes com doença crónica em fase paliativa demonstram qualidade de vida e indicadores de saúde inferiores quando comparados com cuidadores de doentes que recebem tratamentos ativos e curativos. Apesar de ser do conhecimento geral que prestar cuidados a um familiar doente produz efeitos negativos na pessoa cuidadora, ainda se verifica uma grande lacuna na deteção das necessidades e preocupações destes indivíduos. Deste modo as necessidades dos cuidadores/ família devem ser avaliadas pela equipa multidisciplinar, nomeadamente os enfermeiros, que deverão, obrigatoriamente, possuir competências para apoiar a família de forma estruturada. É preciso atender às necessidades dos cuidadores informais, em particular do cuidador principal, dada a exigência, absorvência e risco de desgaste físico e emocional associado ao cuidado do doente. Apesar da família reconhecer as implicações que o diagnóstico de doença oncológica envolve, colocam em primeiro lugar o doente, tendendo a subvalorizar as suas necessidades individuais. As suas necessidades e projetos são colocados em segundo plano, em detrimento das necessidades do doente.

Intervenções direcionadas à família exigem, claramente, uma boa preparação por parte dos profissionais, que devem colocar nesta tarefa o mesmo rigor que colocam noutra tipo de intervenções técnicas.

Os cuidadores familiares são fundamentais no cuidado ao doente oncológico paliativo. No entanto, o cuidado familiar pode desenvolver uma carga significativa com várias consequências negativas para a saúde. Embora os enfermeiros estejam em posição impar para apoiar os

cuidadores familiares em casa, pouco se sabe sobre quais intervenções de enfermagem são eficazes neste contexto.

Neste sentido, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia, com o objetivo de identificar quais as intervenções dos enfermeiros de família eficazes para minimizar a sobrecarga do familiar cuidador com um doente oncológico paliativo, uma vez que se trata de um tema bastante pertinente nos dias de hoje, pelo que urge a necessidade de cuidados de promoção dirigidos a apoiar a família /cuidador principal no domicílio com doente oncológico paliativo através de uma política de intervenção. Cuidar no domicílio não diz respeito apenas a dar resposta a necessidades instrumentais e físicas (alimentação, mobilização e medicação), acarreta também um esforço cognitivo e emocional, muitas vezes não identificado. É por este motivo que os profissionais de saúde devem estar despertos para esta problemática e intervir no sentido de minimizar a sobrecarga e exaustão do familiar cuidador (AOUN, 2005).

“A revisão de literatura é uma etapa essencial à exploração de um domínio de investigação” (Fortin, 2009, p.73). A pesquisa permite ao investigador verificar o estado dos conhecimentos no domínio da investigação que pretende realizar, além de ajudar a perceber e delimitar o alcance dos conceitos e da investigação em questão.

Esta revisão teve por base o modelo conceptual do JBI, uma vez que é um instituto internacional especializado em investigação, desenvolvimento e organização em saúde, incluindo enfermagem baseada na evidência, que fornece meios úteis para uma adequada captação de informação e apreciação crítica de variados estudos, tendo como finalidade a orientação de uma revisão sistemática da literatura a partir do tipo de estudo, a informação nele contida e a forma como a mesma é analisada (Aromataris & Munn, 2020).

Para qualquer tipo de Revisão sistemática da literatura devem desenvolver-se os seguintes passos: formular uma pergunta de revisão; definir critérios de inclusão e exclusão; localizar e seleccionar os estudos; avaliar a sua qualidade metodológica; extrair os dados; analisar/resumir e sintetizar os resultados relevantes; apresentar e interpretar os resultados e determinar a aplicabilidade dos mesmos (JBI, 2014 as cited in Apóstolo, 2017).

Nesta II parte do relatório no ponto 1 pretende-se abordar alguma fundamentação teórica que sirva de sustentação à questão PICO e no ponto 2 relata-se todo o percurso metodológico utilizado nesta RSL de eficácia.

## 1. O DOENTE COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA

A doença oncológica é, segundo DGS (2012), a principal causa de morte prematura e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar. Também é das patologias mais assustadoras, temidas, não apenas pela sua mortalidade, mas pela ansiedade e stress pois o doente com patologia oncológica ao longo do percurso da sua doença sofre múltiplas mudanças, entre as quais físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Esta doença possui uma carga emocional que lhe confere uma representação social simbólica e muitas vezes depreciativa, talvez porque o cancro exhibe a vulnerabilidade humana e a dificuldade em lidar com a doença (Pereira & Lopes, 2005).

A presença de uma doença oncológica pode ser devastadora para o indivíduo bem como para a família, que encaram este processo como um momento de grande sofrimento, ansiedade, tristeza e angústia (Paredes et al., 2008). Após o choque inicial, o doente procura encontrar estratégias que lhe permitam viver com a doença crónica. Contudo, a mudança no seu decurso, a sua progressão ou metastização compromete a integridade da pessoa que é obrigada a encontrar novos rumos e objetivos para a sua vida e a pensar no dia de hoje sem ter a perspetiva do futuro (Ferreira, 2009).

Desta forma e segundo Pereira e Lopes (2005), devemos explicar adequadamente ao doente a sua situação clínica bem como os tratamentos e procedimentos inerentes, envolvendo-o no seu processo e controlo, visto a satisfação destas necessidades ser fundamental para ajudar o doente a estabelecer uma relação de confiança, diminuindo o medo, a frustração, o isolamento e o desespero.

Classen (1993) in Pereira e Lopes (2005, p.73) cita que (...) ajudar os doentes a adquirirem e a alcançarem comportamentos e atitudes que lhes permitam lidar de uma forma mais eficaz com o cancro pode seguramente melhorar a qualidade das suas vidas, dos seus familiares e do prognóstico da doença.

É importante caracterizar um doente oncológico para que possamos abordá-lo no contexto dos cuidados paliativos, ou seja, todas as mudanças vividas pelo doente, sejam físicas, psicológicas, sociais ou espirituais, irão mudar a gestão da sua vida diária, implicando por isso a privação de determinadas atividades, alteração de objetivos a cumprir, dor, transformação da imagem corporal e perda ou alteração de certos funcionamentos corporais.

Os CP prestados ao doente oncológico devem promover e relacionar-se com a qualidade de vida e a reabilitação, quando possível e dentro das limitações do doente, para procurar auxiliá-los a atingirem e a obterem o seu potencial máximo a nível físico, psicológico, social e espiritual. A qualidade de vida está relacionada com o grau de satisfação subjetiva que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade (Twycross, 2003).

### 1.1. PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA À DOENÇA ONCOLÓGICA

A adaptação individual e familiar à situação de crise – doença oncológica de um elemento – depende da qualidade das interações familiares e do significado que a família atribui à doença bem como a fase de desenvolvimento em que a família se encontra. Logo é importante que os profissionais de saúde reforcem o apoio emocional/psicológico na adaptação da família à doença tendo sempre em consideração a fase do ciclo de vida bem como as representações da doença. Segundo Pereira & Lopes (2005), as reações da família de pessoa com doença oncológica são determinadas por dois fatores:

- relação emocional com o doente e a sua doença;
- crenças acerca dos comportamentos mais adequados a tomar na presença do doente.

Estes dois fatores levam a que, por vezes os familiares não manifestem os seus sentimentos (pessimismo, tristeza, angústia, ansiedade, ...) adotando comportamentos otimistas que por serem ambivalentes em situação de crise, levam à deterioração da comunicação. Deste modo deve-se dar especial importância e ênfase à comunicação no seio familiar.

Os mecanismos de defesa e adaptação familiares, na perspetiva de Pacheco (2002) estão em grande parte relacionados com o tipo de relação familiar que mantinham com o doente. Perante isto, as vivências da família, como unidade e cada um dos seus elementos depende das experiências prévias com a doença oncológica, do nível sócio-económico-cultural, da personalidade de cada um e ainda do significado que o doente tem para cada elemento.

Segundo os autores Martins, Ribeiro e Garret (2003), a situação de doença prolongada de um familiar representa uma situação de crise geradora de stress, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social.

Neste encadeamento, o Modelo de Adaptação Callista Roy concentra-se no conceito de adaptação da pessoa a uma situação de vulnerabilidade. Os seus conceitos de enfermagem,

pessoa, saúde e ambiente estão todos interligados a este conceito central. A pessoa experimenta continuamente o ambiente e estímulos. O aparecimento de estímulos leva à necessidade de respostas por parte do indivíduo, sendo por isso acionados mecanismos de confrontação, segundo Roy estes são processados por dois subsistemas: regulador e cognator. O subsistema regulador pode ser de natureza química, neural e endócrina, enquanto o subsistema cognator está relacionado com as funções cerebrais de perceção, de emoção ou de processamento das informações de julgamento.

O modelo de adaptação de Roy permite concordar que os indivíduos que passam por alguma patologia ou agravamento de patologia existente, podem desencadear respostas adaptativas ou não de acordo com os estímulos.

*“As respostas adaptativas promovem integridade e ajudam a pessoa a atingir os objetivos de adaptação, ou seja, alcançam sobrevivência, crescimento, reprodução, mestria e transformações pessoais e ambientais. As respostas ineficazes não conseguem alcançar ou ameaçam objetivos de adaptação. A enfermagem tem o objetivo único de ajudar o esforço de adaptação da pessoa ao gerir o meio ambiente. O resultado é a obtenção de um nível ideal de bem-estar pela pessoa”* (Andrews & Roy, 1986; Randell, Tedrow, & Van Landingham, 1982; Roy, 1970, 1971, 1980, 1984; Roy & Roberts, 1981; as cited in Phillips & Harris, 2014).

Para os mesmos autores o Modelo Adaptação Roy, é um modelo que é continuamente aplicado na prática de enfermagem, sendo por esse facto tão atual, e continuamente atualizado de acordo com pressupostos científicos e holísticos, que foram adaptados para o uso do modelo no séc. XXI. Segundo Roy & Andrews (1999), as cited in Phillips & Harris (2014), a adaptação representa a condição dos processos de vida descritos em três níveis como integrado, compensatório e comprometida. O nível de adaptação de uma pessoa é um ponto em constante mudança, feito de estímulos focais, contextuais e residuais, que representam padrão de estímulos para os quais pode responder com respostas adaptativas comuns.

Deste modo, o modelo de Callista Roy descreve sobre o fato de que o indivíduo é um ser adaptativo, capaz de se adequar não só de forma emocional à situação que vivencia, mas também se adaptar as novas necessidades que o seu novo estado exige. O enfermeiro deverá, junto do doente, investigar suas limitações, suas maiores facilidades de adaptação e os modos de adaptação mais fáceis e de melhor resposta, pois as informações assim como as metas e a adaptação variam de pessoa para pessoa. Por esse motivo, o modelo de adaptação de Roy

requer, do profissional enfermeiro, dedicação e habilidade, de forma que suas ações influenciem de maneira eficaz a adaptação do indivíduo. O enfermeiro deverá estar sensível às emoções negativas e positivas do doente para perceber as melhores ações a serem tomadas, e principalmente as que levem a um resultado eficaz. É papel do enfermeiro, ao cuidar do doente e sua família, utilizar o processo de enfermagem e através dos seus instrumentos de intervenção ser capaz de promover uma adequada adaptação.

O estado de mal-estar e tensão que surge quando se cuida de alguém por um período de tempo alongado, leva a que o familiar/cuidador principal tenha de adotar novas estratégias de resposta para superar a crise. As famílias ao passarem por situações de stresse vão utilizar estratégias de coping, as quais podem, com maior ou menor eficácia, ajudar a ultrapassar esse momento estas vão influenciar quer o funcionamento familiar, quer a saúde da própria família e do doente. O enfermeiro deve desenvolver competências na família, para que esta se sinta segura, para isso não só a deve dotar de informação, mas também treinar as habilidades adequadas à situação e identificar as necessidades em relação à orientação para outros profissionais. Os enfermeiros, principalmente os enfermeiros de família, estão numa posição privilegiada para avaliar o sistema de suporte interno e externo da família. Neste contexto constata-se que o coping familiar efetivo está relacionado com um conjunto de dimensões da vida familiar, promoção da autonomia, auto-estima de si e dos membros da família, desenvolvimento de uma rede de apoio social na hora das transações para com o ambiente comunitário, aquisição de um sentido de controlo face aos fatores de stress e às mudanças da unidade familiar (Montagnino & Mauricio, 2004).

Segundo Martins, Ribeiro e Garret (2003), o cuidar de um familiar/amigo, idoso e/ou dependente é um processo contínuo e quase sempre irreversível, pressupõe cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e doente alvo de cuidados e falta de alternativas de escolha.

O processo de adaptação da família à doença oncológica de um dos membros contempla quatro etapas segundo Lopes & Pereira (2002):

1ª Etapa: ocorre no período em que o doente conhece o seu diagnóstico. Esta primeira etapa consiste no enfrentar da realidade e a família passa por 5 fases: impacto (a família sofre o choque do diagnóstico, mostrando-se ansiosa e tendo dificuldade em transpor o desespero, ocorrendo a reorganização funcional da família); desorganização funcional (os diversos elementos da família são incapazes de manter o seu papel habitual, havendo por isso uma

redistribuição das funções); procura de uma explicação (a família tenta compreender cientificamente e empiricamente o processo de doença); a pressão social (a família que ainda não ultrapassou o desespero, o isolamento e a vulnerabilidade, está mais exposta a questões levantadas pelo meio social) e perturbações emocionais (ocorre quando um membro da família está em fase terminal).

2ª Etapa: reorganização durante o período que antecede a morte. O doente suspende as suas funções familiares habituais e vê-se confrontado com a necessidade de receber cuidados médicos no domicílio.

3ª Etapa: perda, coincide com a iminência da morte. A família sente a perda e a solidão da separação do familiar.

4ª Etapa: restabelecimento, está relacionado com a fase final de adaptação da família e desenvolve-se depois de concluído o luto com sucesso.

Este modelo não engloba toda e qualquer adaptação da família à doença, mas este é apenas, uma forma de compreensão desta adaptação e do sofrimento que ela provoca. Podem existir as mais variadas reações, que serão consideradas normais e adaptativas, se não forem demasiado intensivas ou permanentes.

## 2. CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO

“Quando já não há nada a fazer, há tudo a fazer (...)”

(Balfour Mount, citado por Rosado, 1993, p.53)

O envelhecimento demográfico da população portuguesa, o registo crescente de doenças oncológicas, neurológicas, insuficiência de órgão, são fatores que têm vindo a contribuir para a existência de um vasto grupo de doentes que padecem de grande sofrimento, para os quais os enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados. A nível social e familiar são sobretudo a composição, estrutura e funções familiares que mais problematizam a situação das pessoas com doença avançada, realidade que deve ser igualmente equacionada e objeto de intervenção pelos profissionais que os assistem. Os Cuidados Paliativos (CP) assumem-se como uma resposta a estas necessidades, sendo definidos como "Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais" (OE, 2018, p. 19364).

A OMS (2002) define CP como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico reservado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como é o caso da dor, mas também psicossociais e espirituais. Os CP valorizam a autonomia do doente, não da forma absoluta ou isolada, mas enquadrada numa perspetiva de interdependência decorrente da nossa condição humana e valorizando os princípios éticos (Neto, 2020).

Publicado pela OMS em 1986 e reafirmado em 2002 os princípios que regem a atuação da equipa multiprofissional de CP são: (i) promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis através da adoção de medidas não farmacológicas, (ii) abordagem dos aspetos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total”, (iii) afirmar a vida e considerar

a morte um processo normal da vida, (iv) não acelerar nem adiar a morte, (v) integrar os aspetos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, ou seja, as perdas de autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de status social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e na frequência dos sintomas, que podem apresentar maior dificuldade de controlo. A abordagem destes aspetos é fundamental não só sob o ponto de vista psicológico, mas também espiritual uma vez que o espírito conecta o ser humano à sua dimensão divina e transcendente. Outro princípio é (vi) oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até ao momento da sua morte, é nosso dever e nossa responsabilidade como equipa multiprofissional sermos facilitadores para a resolução dos problemas do paciente, (vii) oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto, nunca estamos completamente sós, o ser humano é por natureza um ser gregário, todo o núcleo familiar e social do paciente também adocece. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, ou seja, viver com qualidade a partir do controlo dos sintomas, atender aos seus desejos e suas necessidades. O último princípio defende que, se deve iniciar o mais precocemente possível o cuidado paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhorar, compreender e controlar situações stressantes.

Neste sentido e de acordo com o que foi referido no art. 87 do Código Deontológico Enfermeiro (2003), o enfermeiro durante o acompanhamento do doente nas diferentes etapas da fase terminal assume o dever de:

- Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

Com base no princípio bioético da autonomia do paciente por meio do consentimento informado, possibilitando que ele tome suas próprias decisões, no princípio da beneficência e da não maleficência, os CP desenvolvem o cuidado ao paciente tendo como premissa a qualidade de vida e a manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto. Os CP baseiam-se no respeito pela pessoa humana e

pela sua dignidade, colocando-a acima de toda a ciência e tecnologia. A morte é encarada como um processo natural, pelo que não se coloca a hipótese de prolongar indefinidamente a vida, nem de antecipar a morte. Estes cuidados reconhecem a capacidade de admitir que a cura já não é possível e que o tratamento da doença deve terminar, passando-se então a aliviar os sintomas (Castro, 2008). Contudo, esta filosofia não pressupõe que o doente não necessite de tratamentos, precisa é de tratamentos diferenciados, direcionados para a melhoria da qualidade de vida no decurso da sua doença. Estes cuidados incluem uma avaliação pertinente no que diz respeito aos cuidados de higiene e conforto, à alimentação mais adequada e via de eleição e outros sintomas físicos (digestivos, cardiorrespiratórios, urinários, neurológicos, etc.) e prevenção de complicações como úlceras de pressão. Os aspetos psicossociais não podem ser descurados, uma vez que se baseiam na comunicação e informação do doente, na valorização da sua ansiedade ou depressão ou mesmo no seu acompanhamento (Cerqueira, 2005).

Devido à natureza complexa, multidimensional e dinâmica de determinada doença, os cuidados paliativos avançam como um modelo terapêutico que endereça o olhar e proposta terapêutica aos diversos sintomas responsáveis pelos sofrimentos físico, psíquico, espiritual e social, responsáveis por diminuir a qualidade de vida do paciente. Trata-se de uma área em crescimento e cujo progresso compreende estratégias diversas que englobam bioética, comunicação e natureza do sofrimento (Carvalho et Parsons, 2012). A necessidade desse cuidado independente da faixa etária, é um cuidado universal que se envolve o doente e a família.

Os CP devem ser centrados na pessoa doente e na família e não na doença, daí a necessidade cada vez mais reconhecida de privilegiar estes cuidadores em contextos domiciliários. Segundo Twycross (2001), a essência dos CP é a associação entre equipa de cuidados, o doente e a sua família. Associação essa que exige respeito mútuo manifestando-se através de cortesia no comportamento, abertura e honestidade, capacidade para ouvir e para explicar, acordo sobre prioridades e objetivos, discussão da escolha de tratamento e aceitação da recusa de tratamento.

Twycross (2001) refere que os CP seguem quatro características essenciais:

- Dirigem-se mais ao doente do que à doença;
- Aceitam a morte, mas também melhoram a vida;
- Constituem uma aliança entre o doente e os prestadores cuidados;
- Preocupam-se mais com a “reconciliação” do que com a cura.

Na prestação de CP, Neto (2020), pressupõe seguir um conjunto de práticas a nível de controlo de sintomas, comunicação adequada, trabalho em equipa e no apoio familiar.

Tal como refere Moreira (2001), o domicílio deve ser considerado um lugar privilegiado para a prestação de cuidados paliativos, pois o meio familiar pode oferecer ao doente a continuidade da sua vida diária permitindo-lhe estar rodeado das pessoas e objetos significativos contribuindo para que se sinta menos isolado. Cuidar no domicílio permite ainda ao doente manter o seu papel social e familiar, dispor do seu tempo, não necessitando de mudar os seus hábitos na última etapa de vida, manter a sua intimidade e atividades bem como permanecer junto dos seus objetos e recordações.

Um tratamento adequado da dor e de outros sintomas não depende da presença física e constante de um serviço especializado em cuidados paliativos tal como defende Hudson (2003), isto porque a família se for devidamente preparada e apoiada por profissionais especializados na área poderá promover a qualidade de cuidados além da satisfação das atividades de vida diária, só assim será possível manter o seu familiar no domicílio com a qualidade desejada.

A assistência paliativa, em casa, requer que o paciente permita e participe dos cuidados, com o apoio da família. A comunicação contínua entre o paciente, a família e a equipa facilita a realização dos cuidados sem objetivo de cura, mas sim de conforto e alívio de sofrimento. Os princípios dos cuidados paliativos são espelhados também em domicílio, na medida em que afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural, sem antecipar ou retardá-la, providenciam alívio da dor e outros sintomas físicos, integram os aspetos psicológicos e espirituais e sociais do cuidado ao paciente, oferecem um sistema de suporte para auxiliar a família a cooperar durante a doença e a trabalhar o luto e a perda. É com base neste pressuposto que surge a máxima de acrescentar vida aos anos em vez de dias à vida (Dunlop, 1998).

### **3. A FAMÍLIA COMO CUIDADORA INFORMAL DO DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO**

É no seio da família que nascemos, crescemos e morremos, é nela que iniciamos o processo de socialização, na interação com os outros, na vivência das emoções e afetos. É também nela que procuramos o apoio que necessitamos para ultrapassar os momentos de crise que vão surgindo ao longo do ciclo de vida. Como acontece com outras doenças crónicas e com a desinstitucionalização do doente oncológico cabe à família assumir o papel de prestador de cuidados ajudando o doente a colmatar as suas necessidades físicas, sociais e espirituais. Desta forma, a família assume-se como parceira dos serviços de saúde. Considera-se cuidador, a pessoa responsável e que presta apoio ao doente que necessita de auxílio nas suas atividades e rotinas, podendo assumir ou não algum vínculo familiar com este (Melo et al., 2009).

Por sua vez, Oliveira et al. (2006) define cuidador como a pessoa que desempenha o papel de responsável pelos cuidados essenciais à pessoa doente, sendo que a sua participação se revela imprescindível para a promoção da saúde e alívio da dor através de cuidados nos vários domínios.

Wanderley (1996, as cited in Melo et al., 2009) sugere-nos a existência de diferentes cuidadores que podem ser classificados em diferentes categorias: cuidador familiar, quando possui algum grau de parentesco com a pessoa cuidada; cuidador principal, aquele que assume a responsabilidade de cuidado à pessoa doente de forma permanente; cuidador remunerado, na medida em que recebe remuneração para cuidar do doente, fazendo-o, portanto de livre vontade. Ainda na sequência da diferenciação entre cuidadores e segundo, Oliveira et al. (2006) a diferença entre cuidadores formais e informais deve ser considerada: são cuidadores formais aqueles que possuem capacitação profissional específica e se encontram habitualmente enquadrados em serviços públicos e privados de saúde, em serviços enquadrados no âmbito das Instituições de solidariedade social (IPSS), entre outros; são cuidadores informais aqueles não têm qualquer tipo de habilitação profissional e que são frequentemente provenientes do seio familiar, do grupo de amigos ou de outras redes de apoio informal ou social com quem o doente mantenha alguma ligação pessoal e afetiva.

Floriani (2004) evidencia a família como principal cuidadora nas situações de cuidados paliativos, acrescentando que as mulheres adultas e idosas predominam entre os familiares cuidadores. Constata-se, contudo que os cuidados prestados parecem diferenciar-se conforme

os géneros, quer no tipo de cuidados, quer no volume, sugerindo que o género é uma variável que molda, de forma acentuada, as experiências de cuidar em família (Melo,2009).

O processo complexo e prolongado que a pessoa com doença grave, incurável e progressiva tem de atravessar exige, de fato, um apoio constante e exigente por parte daqueles que lhe são mais queridos (Pereira, 2010). O suporte familiar, bem como as competências e potencialidades dos familiares, torna-se fulcrais na medida em que influenciam o modo como cada doente lida com a sua doença (Castro & Piccinini, 2002). Em contrapartida, inúmeras vezes, os cuidados e tarefas são assumidas de maneira inesperada e quase sempre sem conhecimento sobre uma série de informações que se revelam imprescindíveis para a saúde do doente e do cuidador (Cruz, 2011). Os cuidadores são confrontados com um processo de doença que, na sua maioria, se revela complexo, física e emocionalmente desgastante, uma vez que têm de lidar constantemente com perdas do familiar doente. Em contrapartida, Cohen et al (2010) evidência alguns aspetos significativamente positivos associados ao ato de cuidar, nomeadamente o companheirismo, sentido de recompensa e cumprimento do seu papel bem como sentimentos de felicidade e satisfação por estarem a cumprir a tarefa de cuidar do seu familiar, prestando assistência individual, personalizada com conforto e dignidade garantindo a privacidade e segurança da pessoa doente.

À luz da teoria de Katharine Kolcaba (2003, p.21), o conforto pode ser definido como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”. A mesma autora diz ainda que conforto “é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”. Segundo Kolcaba (2003), a meta ou objetivo do cuidar será proporcionar qualidade de vida e conforto do doente com patologia paliativa, podendo ser considerado o último estágio de saúde, pois ao doente interessa mais o controlo do seu desconforto do que o próprio diagnóstico.

O cuidar de um familiar oncológico no domicílio pode desencadear sentimentos muitas vezes ambíguos por parte do cuidador, sendo influenciado pelo reconhecimento, dever, obrigação, gratificação, retribuição de sentimentos acumulados durante a trajetória de vida do idoso com o cuidador. Desta forma, fica evidente que esses cuidadores familiares necessitam de suporte social, que além de ajudá-los no processo de cuidar possam instruí-los quanto às formas de realização dessa prática de maneira a evitar sobrecargas e efeitos negativos nas suas dimensões biopsicossociais (Anjos et al.,2014).

Desta forma, foi criado o Estatuto do cuidador informal aprovado em Diário República pela Lei nº 100/2019 de 6 de setembro designado por um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio.

Um cuidador informal tem direito a ser reconhecido no desempenho das suas funções, assim como receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades, usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde sempre que necessário, ter tempo de descanso que vise o seu bem-estar e equilíbrio emocional. O cuidador informal não principal tem direito à “conciliação entre a prestação de cuidados e a vida profissional”.

O grande dever do cuidador informal é prestar todo o apoio necessário à pessoa cuidada, incluindo garantir-lhe a alimentação adequada assim como os cuidados de higiene pessoais e da casa, assegurar o cumprimento dos tratamentos, promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo e períodos de lazer.

Cabe ainda ao cuidador informar os médicos das eventuais alterações do estado de saúde da pessoa cuidada e ainda comunicar à Segurança Social alguma mudança da situação em função da qual lhe foi reconhecido o direito ao estatuto.

Para além dos deveres e dos direitos, os cuidadores formais, devem ter acesso a benefícios, os quais servem de suporte e devem ser adequados, conforme as necessidades pessoais de cada um. Podendo assim beneficiar de: um profissional, especializado na área de intervenção cujo cuidador necessite, acompanhamento em formações específicas, ser auxiliado multidisciplinarymente, conforme necessário, por técnicos de psicologia, de serviço social, de medicina, de enfermagem entre outros e apoio domiciliário aconselhado por entidades reguladoras e de interesse para o prestador de cuidados e do indivíduo cuidado (Departamento de Prestações e Contribuições, 2020).

Quando a família é confrontada com a doença de um dos seus membros, todos os outros vão sofrer de ansiedade e stress. Ficam inevitavelmente preocupados com a gravidade da mesma, o sofrimento que esta poderá causar e talvez, em última instância a morte. A doença de um dos membros vai converter-se em doença da família, provocando na mesma a necessidade de reajustar-se a este momento de crise. Como menciona Moreira (2011), a doença de um familiar implica uma transformação na estrutura, papéis, padrões de comunicação e relações afetivas dos seus membros. Até porque apesar de a família ser uma unidade, ela é composta por diversos

membros e cada um deles vai reagir individualmente perante o surgimento de uma doença num dos elementos da família.

### 3.1 SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

Quando alguém próximo de nós adoece, a adaptação a esta nova realidade pode ser difícil. A presença de um doente, com necessidades permanentes, no domicílio, altera significativamente as rotinas do cuidador e as suas prioridades. Perante o esforço que lhe é exigido, é normal que o cuidador por vezes se sinta incapaz para lidar com a situação, se sinta exausto, física e emocionalmente, se sinta sozinho e com medos. O desempenho deste papel tem fortes implicações na vida pessoal, familiar, social e frequentemente, laboral do familiar cuidador, pelo que implica uma grande capacidade de adaptação e gestão (Campos & Brito, 2009). De forma, evidente, os cuidadores familiares encontram-se perante uma situação de extrema complexidade, na qual têm de lidar com uma dupla confrontação: por um lado, a dificuldade em lidar com o conhecimento antecipado da perda do ente querido, que poderá gerar sentimentos de raiva, choque, descrença, impotência e depressão; por outro lado, os constrangimentos, as responsabilidades e dificuldades que decorrem de aceitação do papel de cuidador (Pereira, 2010). Também segundo Neves (2007), os familiares cuidadores apresentam taxas de depressão assim como outros problemas psiquiátricos significativamente mais altos do que as pessoas não cuidadoras.

Para melhor compreender as necessidades destes familiares, torna-se necessário, em primeiro lugar, ter uma visão alargada das repercussões decorrentes de ser familiar e assumir o papel de cuidador. De acordo com (Payne et al., 2010), estas repercussões evidenciam-se ao nível da dimensão física, psicológica, social e económica.

O primeiro nível e possivelmente o mais visível, prende-se com a dimensão da saúde física e mental. Relativamente ao nível da saúde física, alguns cuidadores, senão a maioria, têm de realizar trabalhos pesados (dar banho ao doente, vesti-lo, mobilizá-lo), o que constitui, por si só uma dificuldade. Esta dificuldade é agravada quando os próprios cuidadores apresentam problemas de saúde, contribuindo assim para o agravamento de problemas físicos. Ao nível emocional, para além do impacto causado pelo conhecimento antecipado da morte do ente querido, os cuidadores experimentam outros sentimentos diretamente relacionados com o ato de cuidar, com a impotência face à doença, a tristeza, a ansiedade, o desamparo, a revolta, a

frustração, aumentando o sofrimento psíquico. Um outro nível evidenciado pelos mesmos autores (Payne et al., 2010), refere-se à dimensão social e decorrente do papel de cuidadores informais, ocorre uma série de alterações que obrigam o familiar a permanecer mais tempo em casa e a dedicar-se mais à família e ao familiar doente em detrimento de outras atividades e compromissos sociais. Em termos laborais, o familiar cuidador dedicado aos cuidados da pessoa doente poderá ter de interromper a sua atividade profissional ou passar a dedicar-lhe apenas por tempo parcial. Acresce ainda o facto de os serviços necessários para cuidar do doente paliativo serem dispendiosos, criando assim algumas situações de dependência face a fundos de apoio social no sentido de cobrir custos associados aos cuidados.

Perante todos estes aspetos anteriormente referidos, cuidar de uma pessoa familiar, sobre a qual se teve conhecimento da irreversibilidade da doença e iminência da morte, acarreta custos a vários níveis, podendo conduzir a situações de stress e desgaste, decorrentes não só das exigências a nível instrumental, como também do sofrimento emocional que a prestação de cuidados pode provocar (Pereira, 2010).

Deste modo, o processo de cuidar produz efeitos na pessoa cuidadora aos quais se tem atribuído o termo “sobrecarga” que deriva do termo inglês *burden*. Segundo Sequeira (2010) a sobrecarga consiste num conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que emergem na sequência de prestação de cuidados com o doente. O termo “sobrecarga do cuidador” tem sido muito utilizado na literatura científica para descrever as consequências negativas da tarefa de cuidar que podem ser vivenciadas pelos familiares de pessoas doentes. A sobrecarga gera sentimentos que podem influenciar diretamente na qualidade do cuidado prestado, isto porque um cuidador exausto e ansioso não consegue realizar o cuidado de forma integral e tranquila. A sobrecarga resulta da avaliação dos cuidadores sobre o papel e as tarefas que desempenham, da perceção e do desenvolvimento da doença e dos familiares e, por último, das interferências que estes problemas causam nos variados domínios da vida do cuidador. Neste contexto, a sobrecarga é entendida como mediadora entre o comprometimento do idoso e o impacto que o cuidar causa na vida dos cuidadores e das suas famílias (Rolo, 2009).

A perceção de sobrecarga do cuidador é uma resposta individual, objetiva e subjetiva. A análise contextual da sobrecarga do cuidador pressupõe dois momentos: (i) ao assumir o papel: a qualidade das relações passadas, a preparação, a avaliação e o apoio; (ii) no decurso da prestação de cuidados à pessoa idosa, analisando: a) a sobrecarga objetiva (exigências imediatas da prestação de cuidados e as exigências secundárias, ambas experiências negativas); b) os

mediadores (recursos pessoais e sociais para lidar com a situação e a perceção das relações: atribuições, equidade, reactância) e c) a sobrecarga subjetiva (perturbação): emotiva, comportamental e cognitiva (Paúl, 1997). A sobrecarga do cuidador varia em função da doença e grau de dependência da pessoa doente a cargo, ou seja, graus elevados de dependência e crescente evolução da doença levam a aumento de sobrecarga por parte do cuidador. Deste modo, podemos encontrar três tipos de sobrecarga: a física, a psicológica e a social.

A sobrecarga física refere-se aos problemas físicos que advêm da prestação de cuidados à pessoa doente, como a exaustão e a incapacidade de cumprir o seu papel, dependendo do tipo de tarefa e da responsabilidade exigida perante o grau de dependência da pessoa doente (Figueiredo, 2007). Segundo Imaginário (2008, p.80) os cuidadores exprimem alterações da saúde como o cansaço físico e a sensação de que a sua saúde ficou fragilizada desde que assumiu a prestação de cuidados à pessoa doente “(...) as noites sem dormir, os pequenos problemas que há que solucionar a todo o momento (...) impedem-no de se libertar do problema e encontrar os momentos de repouso que lhe são indispensáveis”.

A depressão e ansiedade são os problemas mais frequentes característicos da sobrecarga psicológica, na maioria dos cuidadores, manifestando-se algum tempo após o início da prestação de cuidados. Vários estudos revelam a presença de sintomas como a tristeza, desespero, frustração, inquietação em familiares cuidadores, podendo estar associados à progressiva deterioração do estado de saúde do doente dependente, à diminuição do tempo livre, à inexistência de apoio e aos conflitos familiares (Ferreira,2009).

Frequentemente, também surgem sentimentos de culpa por saturação em relação à pessoa recetora de cuidados, por pensar que não está a fazer tudo o que se pode, por descurar outras responsabilidades e, ainda, por desejar a morte do familiar (Figueiredo, 2009).

A sobrecarga social refere-se às mudanças no estilo de vida, que reduzem, modificam e geram insatisfações na vida social dos cuidadores familiares. Neste sentido, o cuidador sofre isolamento social, fruto da falta de tempo para si e para as suas atividades sociais e habituais. A diminuição da participação dos cuidadores em atividades sociais é frequente, conduzindo a um efeito negativo, dado que, o tempo livre anteriormente dedicado a atividades de lazer foi substituído pela prestação de cuidados ao doente que acaba por exigir muito tempo e dedicação (Ferreira,2009).

Também, é possível constatar que emergem situações de conflitos quando o cuidador é casado e possui filhos a cargo. Na maioria das vezes, o casal e os filhos deixam de ter tempo para si,

resultando em conflitos e, conseqüentemente, numa deterioração das relações familiares. Esta rutura familiar ocorre, geralmente quando o idoso dependente passa a habitar com o cuidador e a sua família. Esta alteração poderá provocar conflitos familiares dado que os restantes membros se vêm, igualmente, afetados pela situação (Imaginário, 2008).

Existem evidências crescentes de que estes cuidadores não estão devidamente preparados para muitas situações que terão de enfrentar, nomeadamente ao nível de desafios físicos, psicológicos, sociais e financeiros (Payne et al., 2010). Torna-se, portanto, urgente a promoção de estratégias que possam contribuir para apoiar estes familiares cuidadores, não só na resposta dos cuidadores às necessidades do familiar doente, como também na aquisição de mecanismos que contribuam para uma melhor gestão psicológica e emocional.

Neto (2020), relata que é importante conhecer o tipo de família e as relações entre os seus membros, conhecer os medos e as expetativas dessas pessoas face à doença e sua evolução e também o que esperam como resposta da própria equipa. Apoiar os cuidadores com base em intervenções interdisciplinar, onde o doente e família são o centro de decisão de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, sendo obviamente personalizada e adaptada a cada caso. Com frequência os profissionais são chamados a intervir para ajudar os cuidadores a equacionarem as melhores opções e vantagens de cada uma delas, devendo sempre centrar a decisão no melhor interesse do doente e apoiar os familiares na escolha que fizeram, bem como a necessidade de um espaço onde possam partilhar e expressar os seus sentimentos, angustias e medos.

#### **4. O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO AGENTE FACILITADOR DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR COM O DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

A doença, qualquer que seja a sua natureza, é vivenciada pela pessoa, como uma agressão, conduzindo muitas vezes a uma incapacidade do indivíduo, que se repercute no contexto familiar, sendo a família confrontada com novas exigências para as quais não está preparada. Nesta dualidade de papéis, a família deverá estar preparada para ser entendida como parceira do cuidar, onde tem um papel ativo na prestação de cuidados ao utente.

Segundo Carvalho (2012), a família tem necessidade de apoio emocional, e essencialmente de ser escutada, facilitando a expressão dos seus sentimentos e do seu cansaço, sendo simultaneamente informada relativamente aos cuidados a prestar e às reações do doente. É fundamental que os familiares cuidadores recebam o apoio necessário, para que possam ultrapassar as situações complexas que vivenciam. Só com o devido apoio se conseguirá evitar complicações e manter a saúde física e mental de quem cuida. Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação. Cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação e também uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, para que quem cuida não fique por cuidar.

Neste contexto, a enfermagem assume um papel de extrema importância no acompanhamento do doente paliativo, no apoio e na capacitação dos cuidadores informais. O enfermeiro não deverá centrar a sua atenção na doença, mas sim, na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspetiva da sua família e comunidade (Guedes 2011). Também Martins (2012) refere que os profissionais de saúde deverão mostrar disponibilidade e abertura para dialogarem com os cuidadores e os ajudarem a resolver conflitos decorrentes do processo de cuidar, respeitando o sistema de valores e conceitos culturais associados a este processo.

Cerqueira (2005), considera como principais necessidades dos cuidadores a obtenção de informações, relacionadas com o tipo e extensão da doença, com os sintomas, com o prognóstico, com o tratamento (da doença e dos efeitos secundários), com a medicação, com a alimentação necessária, com as necessidades físicas e psicológicas do doente, assim como conhecer os recursos da comunidade disponíveis para servirem de apoio. A arte de escutar é fundamental numa relação empática, uma vez que ao escutar a pessoa com doença oncológica e a sua família/cuidador informal, o enfermeiro mostra como eles são importantes para si,

permitindo-lhes identificar as suas emoções, ajudando-os a identificar os seus problemas e as suas necessidades e a elaborar um plano realista e eficaz conjunto tendo por base as dificuldades sentidas pelos familiares cuidadores/doentes e os meios para as solucionar.

O enfermeiro estabelece uma interação com a pessoa em torno de uma intenção, designada por processo de enfermagem, cujo intuito é a implementação de terapêuticas de enfermagem que promovam ou facilitem a saúde. Quando o cuidador vivencia situações de stress e desequilíbrio no cuidar, necessita de adaptar-se mobilizando os seus recursos para enfrentar os problemas, e para resolver de forma adequada a transição que está a ocorrer (Meleis & Trangenstein, 1994).

As mudanças na saúde e na doença geram processos de transição, a teoria das transições de Meleis serve de referência para compreender estes processos em relação aos cuidadores informais de utentes com patologia paliativa e para implementação de estratégias por parte do enfermeiro de família para ajudar nessa transição. O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada individuo. A transição, para o exercício do papel do cuidador é um processo complexo que envolve muitas varáveis de forma interativa, ou seja, com influência mútua, e conseqüentemente, com valores preditivos diferentes, em função do cuidador, da pessoa dependente e do contexto em que se desenvolve a relação de prestação de cuidados (Meleis et al., 2000).

Meleis (2007) analisou a transição como conceito central da enfermagem, uma vez que os enfermeiros geralmente são os principais cuidadores de pessoas e suas famílias em processos de transição preparando estas para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a saúde e a doença. Para tal, compete ao enfermeiro preparar e informar a pessoa, proporcionando-lhe a aquisição de novas competências relacionadas com a experiência da transição (Meleis et al., 2000), procurando, deste modo, promover a sua adaptação (Maas & Zagonel, 2005), antecipando ou completando o ato de transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

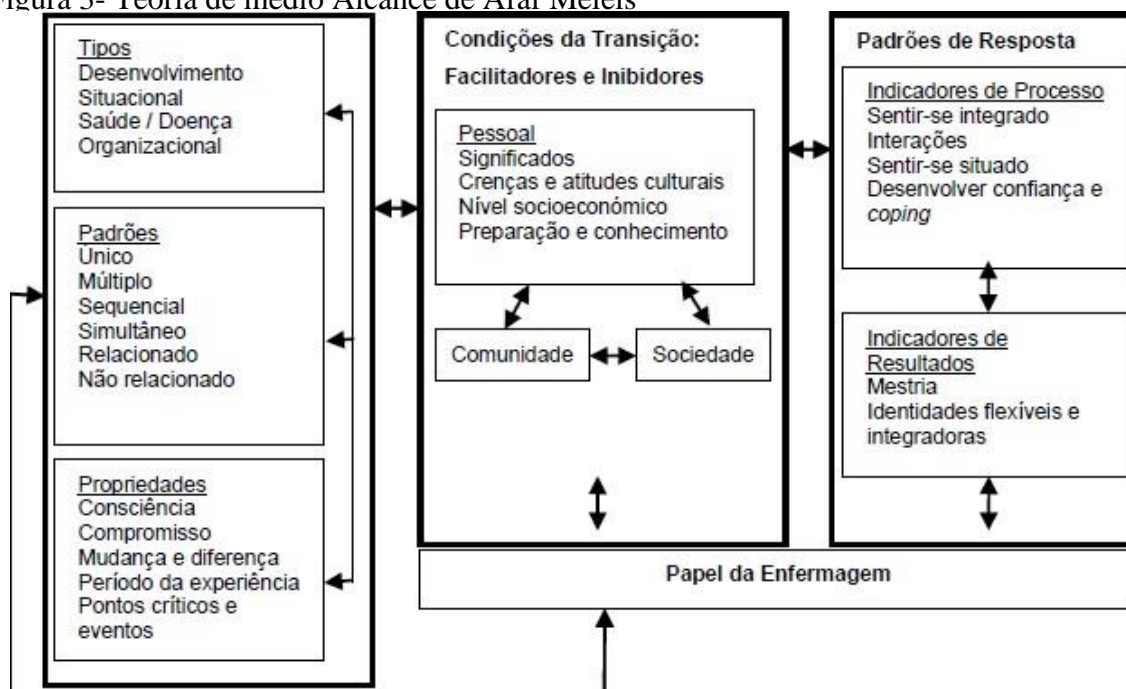
As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva e continuada no decorrer do processo de transição que propiciem o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades àqueles que a vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000). Como meio para promover processos transicionais individuais saudáveis, Meleis (2010) acrescenta ainda

que os enfermeiros devem ter em consideração a importância de articular transições, considerando-as bio-psico-sociais e culturais.

A aplicabilidade da teoria das transições de Afaf Meleis no contexto da prática de enfermagem implica que se reconheçam os três conceitos basilares que a compõe e que, tal como se pode observar na figura 3 dizem respeito a:

- Natureza das transições (Tipos, padrões e propriedades);
- Condicionantes da transição (facilitadoras e inibidoras);
- Padrões de resposta (Indicadores de processo e de resultado).

Figura 3- Teoria de médio Alcance de Afaf Meleis



Fonte: Adaptado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=f6f65b2c-be90-46c3-bb2-40d8ed75d856%40sessionmgr101>

Perante o diagnóstico de uma doença oncológica, o doente em fim de vida vê-se confrontado com uma multiplicidade de transições, designadamente:

- Transição de desenvolvimento, associada às transformações inerentes à sua patologia, que englobam mudanças a nível físico, mental, emocional e social em simultâneo com a vivência dos desafios característicos desta fase da vida;
- Transição saúde-doença, que emerge como resultado da “passagem” de uma condição saudável para uma condição de doença, associada à presença de uma doença paliativa;

- Transição situacional, relacionada com as sucessivas hospitalizações e com uma eventual ocorrência de mudanças de papéis, nomeadamente quando surge a necessidade de um familiar assumir o papel de cuidador, numa fase da vida em que a procura da independência é considerada um objetivo primordial;
- Transição organizacional, que envolve uma mudança significativa ao nível da organização familiar decorrente da presença da doença e do processo de hospitalização (Meleis, 2010).

Segundo a mesma fonte, os padrões indicam se as transições são únicas, múltiplas, em sequência, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas. Considera como propriedades da experiência de mudança: a perceção, o envolvimento, a mudança e as diferenças, os lapsos de tempo da transição e os pontos e eventos críticos. A perceção diz respeito ao conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição, sendo uma característica cuja ausência significa que o individuo pode não ter iniciado o processo de transição. A perceção influencia o nível de envolvimento, que é designado como o grau de empenhamento da pessoa no seu processo de transição. O familiar cuidador só pode envolver-se depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais (Meleis, 2010).

Todas as transições desencadeiam mudança. Estas devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas identidades, relações e rotinas. Os pontos críticos estão relacionados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição, constituindo-se exemplos deste aspeto situações como o nascimento, a morte ou o diagnóstico de uma doença. Cada ponto exige especial atenção, uma vez que corresponde a um período de maior vulnerabilidade para o doente e família. Estes encontraram dificuldades quer no autocuidado ou no cuidar do outro que lhe é dependente (Meleis, 2010).

Segundo a autora, o enfermeiro deve ter em conta os fatores facilitadores e inibidores das condições de transição. As condições pessoais incluem os significados atribuídos aos eventos que precipitam a transição, envolvendo ainda as crenças e atitudes culturais, a condição económica, a preparação e o conhecimento prévio facilita a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um inibidor. As condições comunitárias e sociais, como a experiência de apoio familiar e social e os recursos instrumentais podem também dificultar ou facilitar a transição (Meleis, 2010).

Os padrões contemplam indicadores de processo, como o sentir-se conectado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde, cuidadores familiares), localizar-se e estar situado (no tempo, espaço e relações, possibilitando que a pessoa se despenda de seu passado e enfrente novos desafios) e desenvolver confiança e enfrentar (manifestado pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação. (Meleis, 2010)

O presente estudo terá por base esta teoria pela importância impressa no enfermeiro de família enquanto agente facilitador do processo de transição e o cuidado transicional como um foco de atenção para a integração da família na prática de cuidados ao doente em cuidados paliativos em contexto domiciliário.

O papel dos enfermeiros envolve algumas intervenções que podem ser desenvolvidas durante os momentos de transição, que são:

- Avaliação do papel do enfermeiro deverá ser dinâmico e ajustado à evolução do indivíduo continuamente, em qualquer fase do processo;
- Todas as transições têm de ser vistas no contexto de vida do dependente e do prestador de cuidados e das suas experiências anteriores;
- Suporte aos novos papéis, ajudar na aquisição de novas capacidades e conhecimentos;
- Criação de um ambiente saudável, inclui o ambiente envolvente de ambos na vertente social, cultural, política, etc.
- Mobilização de recursos, recursos instrumentais, pessoais, familiares bem como recursos da comunidade adequadas às novas necessidades (Meleis et al, 2000; Leonardo, 2011).

Para a Enfermagem as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Para Collière (2003), do nascimento à morte, a vida é marcada por uma sucessão de passagens, durante as quais se verifica a necessidade de cuidar dos seus autores. Para se trabalhar na perspectiva de família, é necessário acreditar que os processos de saúde-doença são experiências que envolvem toda a família. Desta forma, a vida de um indivíduo e a forma como este lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência, não podem ser entendidas somente numa perspectiva individual pois, além dos sistemas familiares nos quais a pessoa se insere, a capacidade de adaptação do sujeito é influenciada por uma série de fatores, tais como, os seus mecanismos de

adaptação, os recursos internos e externos, as experiências anteriores e o significado atribuído a determinado acontecimento (Nunes, 2001).

A família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças importantes e o impacto emocional relevante, na doença de um de seus membros. As angústias, medos, sofrimentos e dúvidas aí estarão presentes, assim como as incertezas do tratamento e prognóstico. Uma crise resultante do advento de uma doença sustenta a rutura do estilo de vida anterior, uma situação de risco, uma mudança não procurada, exprimindo muitas vezes uma transição importante e significativa (Hanson, 2005). Para Abreu (2011, p.25) “O domínio transição envolve processos de mudança que requerem ajustamento ou adaptação” Este processo exige do ser humano a utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para enfrentar a adaptação, visando a resolução bem-sucedida de desajustes, de conflitos, de desorganização ou de desarmonia, encontrando assim uma nova maneira de ser.

Os cuidados de enfermagem auxiliam a pessoa/família a explorar a transição através das suas expectativas e experiências, a identificar eventos stressantes associados, a compreender como é que os suportes pessoais (os recursos facilitadores dentro da própria pessoa) e os suportes externos, podem facilitar ou dificultar a transição vivencial (Abreu, 2011). Torna-se assim possível ao enfermeiro assumir um papel relevante e assistir as pessoas nos seus processos de transição, pois ao interagir com o doente com patologia oncológica paliativa e seus familiares cuidadores, desenvolve uma relação de ajuda e adota uma atitude facilitadora da transição, tendo em vista promover, restaurar ou facilitar a saúde.

A pessoa doente e a sua família precisam de ser acolhidos e compreendidos a partir da sua história pessoal e social, dos seus valores e dos seus sentimentos. Assunção e Fernandes (2010), referem-se ao acolhimento como uma estratégia utilizada para se obter um melhor entendimento ao doente oncológico/família/pessoa significativa, autenticando-se o estabelecimento de vínculos de credibilidade e confiança, onde o profissional de saúde deverá assumir uma postura adequada, capaz de atender a todas necessidades. Conscientes de que a Enfermagem toma por objeto de estudo, não a doença em si, mas as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida, consideramos que o enfermeiro tem o dever de interagir sustentado na relação terapêutica, ajudar as pessoas a lidarem com os desafios e com as transições, com o propósito de proporcionar estabilidade e aumentar a sensação de bem-estar. (Petronilho, 2007).

Deste modo, o tempo que cada elemento da equipa de saúde dedica à família, ajudá-la-á a estabelecer com eles uma relação empática e cimentada na confiança. Isso só será possível se a equipa que trata e apoia o doente / família mostrar verdadeira preocupação e disponibilidade pelos seus problemas, saiba ouvir, criando uma atmosfera de abertura que facilite e incentive cada um a falar dos seus medos, e das suas angústias, os apoie moral e psicologicamente mostrando a sensibilidade e discrição que cada situação particular exige. É neste sentido que urge perceber a função do enfermeiro de família (EF), sendo um profissional que pela proximidade à família, conhecimentos e competências, tem um papel fundamental na transição, nomeadamente, ajudar o familiar cuidador a adquirir estratégias para manter o ponto de equilíbrio (alterar os horários de trabalho, construir uma equipa de trabalho, modificar o ambiente, gerir os problemas comportamentais/ emocionais, integrar as atividades de autocuidado e gerir o tratamento), recuperar (gerir os problemas comportamentais e emocionais, integrar as atividades de autocuidado, alterar os horários das atividades, gerir tratamentos, alterar as tarefas relacionadas com o cuidado), e estabilizar o ponto de equilíbrio (ponderar alternativas, tornar o recetor de cuidados mais colaborante, altera os horários da atividades) entre a prestação de cuidados e as necessidades que o cuidador familiar enfrenta, de acordo com as ideias de Shyu (2000).

Esta ideia de Shyu (2000) vem dar continuidade ao programa Saúde 21 – Saúde para Todos no Século XXI destacada pela OMS (2002), em que a meta 15 realça a importância da enfermagem de família, afirmando que o enfermeiro de família deve ser o elemento de referência para as famílias que procuram os cuidados de Saúde.

O EF 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 visitação domiciliária.

O EF, ao considerar a família como uma unidade de cuidado, integrada numa abordagem sistémica, tem a possibilidade de a compreender melhor. A avaliação do sistema familiar permite identificar os seus pontos fracos, mas também potencia as suas capacidades e pontos fortes, possibilitando uma intervenção colaborativa e em parceria com a família. Deste modo o enfermeiro promove a saúde da família e potencia o seu empoderamento para a resolução da

crise, contribuindo para a qualidade e bem-estar não só do doente como da família, como sistema (Figueiredo, 2012).

Ao possuir conhecimento, o EF tem a possibilidade de intervir, em parceria com as famílias em contexto domiciliário, de forma a encontrar soluções e diminuir o risco de disfunção e desequilíbrio dentro do sistema familiar (Rato,2018). É durante a visita domiciliária que o EF tem oportunidade de conhecer o contexto social e familiar que é relevante para o processo de transição e adaptação e para a tomada de decisão no processo de cuidar da família, promovendo a corresponsabilidade no cuidado com a saúde, além de fortalecer o vínculo entre ambos (Santos et al.,2016).

Diz-nos Sapeta (2011) que são exigidas aos profissionais de saúde habilidades e competências diferenciadas na prestação de cuidados aos doentes com necessidade de CP, com especial atenção os doentes em fim de vida, para os quais a intervenção do enfermeiro família deverá fixar-se “na busca do conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas (...)” (p.23) pelo doente/cuidador/família.

A capacitação do familiar cuidador deve fazer parte das estratégias educacionais dos EF como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico paliativo e ajudar os familiares cuidadores a prestarem os melhores cuidados assim como gerar ações destinadas a fornecer mais informações, treinar e ensinar estratégias de forma mitigar problemas que surjam da tarefa de cuidar (González & Palma, 2016).

## 5. METODOLOGIA

No presente estudo foi realizada uma RSL como opção metodológica. A revisão da literatura é a descrição crítica dos resultados obtidos nas últimas investigações ligadas diretamente à questão de partida devendo incluir a fundamentação dos objetivos, das variáveis e das hipóteses.

Uma RSL requer uma pergunta clara, a definição de uma estratégia de pesquisa, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada, seguindo para isso um protocolo. Apesar de existirem várias orientações e institutos especializados em RSL, optou-se pelo protocolo do JBI.

Nos últimos anos o JBI constituiu um conjunto de grupos, denominados como grupos metodológicos, que têm desenvolvido pressupostos, métodos e manuais, relativamente a um conjunto de novas metodologias de revisão sistemática. Apóstolo (2017), baseado nessas novas metodologias de RSL do JBI refere que existem diferentes tipologias de RSL e neste caso, o estudo parece inserir-se numa RSL de evidência de eficácia, onde "o objetivo global das revisões que incluem estudos qualitativos é, sobretudo, o de informar sobre a eficácia de uma intervenção num resultado ou resultados/outcomes" (Apóstolo, 2017, p. 72).

Nesta revisão de eficácia considerou-se estudos primários qualitativos observacionais, experimentais ou quasi experimentais incluindo estudos randomizados controlados.

### 5.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A família está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e representa uma importante fonte de suporte à pessoa doente oncológica paliativa. É necessário refletir a essência da prática de enfermagem no cuidado à família, de forma a reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da unidade familiar, garantindo cuidados competentes e de excelência. A intervenção de enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar, fundamentado na relação colaborativa e inter-relacional entre profissionais e famílias. A reestruturação dos cuidados de saúde expandiu e ampliou a prática de enfermagem com base na família, razão pela qual julgo pertinente conhecer as atitudes / intervenções dos enfermeiros de família na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados, e para ser capacitada de competências para enfrentar, compreender,

compartilhar a situação de doença, para que assim possa lidar com os seus próprios problemas, conflitos, medos e aumentos de responsabilidade.

Desta forma, foi formulada a seguinte questão de investigação:

- ✓ Quais as intervenções eficazes, do Enfermeiro de Família, na diminuição da sobrecarga do familiar cuidador, com doente oncológico paliativo em contexto domiciliário?

Esta questão torna-se relevante no contexto atual de transição demográfica e epidemiológica na qual há um crescente envelhecimento populacional e um aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas, e porque os cuidadores familiares são cruciais nos cuidados em fim de vida em contexto domiciliário. No entanto, o cuidado familiar pode desenvolver um fardo significativo com várias consequências negativas para a saúde. Embora os enfermeiros estejam em uma posição privilegiada para apoiar os cuidadores familiares no domicílio, pouco se sabe sobre quais as intervenções eficazes do enfermeiro de família neste contexto.

## 5.2 OBJETIVOS

No sentido de obter resposta à questão de investigação foram elaborados objetivos que auxiliassem a enquadrar e a delimitar o alcance da RSL:

Objetivo Geral:

- Conhecer as intervenções do enfermeiro de família eficazes na diminuição da sobrecarga (física, psicológica, financeira e emocional) da família cuidadora de um doente paliativo em contexto domiciliário;

Objetivos específicos:

- Descrever as intervenções do enfermeiro de família eficazes na diminuição da sobrecarga (física, psicológica, financeira e emocional) da família cuidadora de um doente paliativo em contexto domiciliário;
- Identificar as necessidades dos familiares cuidadores de um doente paliativo em contexto domiciliário;
- Elaborar um guião com base nos resultados obtidos, na revisão sistemática, que permita aos enfermeiros de família, promover intervenções aos familiares cuidadores com a finalidade de diminuir a sobrecarga.

### 5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Dando seguimento às etapas do protocolo do JBI segue-se a definição e seleção dos estudos para a RSL, tendo-se iniciado este processo com a definição dos critérios de inclusão e exclusão, definidos no tabela 6:

Tabela 6 - Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão	Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudos com filtro cronológico entre outubro 2016 e setembro 2021;</li> <li>▪ Estudos em inglês e português;</li> <li>▪ Estudos na área de enfermagem em cuidados saúde primários;</li> <li>▪ Familiares adultos cuidadores de doentes oncológicos paliativos</li> <li>▪ Estudos primários qualitativos (observacionais, experimentais ou quase experimentais) que descrevam as intervenções do enfermeiro de família em contexto domiciliário;</li> <li>▪ Estudos em duas base de dados (Pubmed EBSCO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudos que descrevam outro tipo de intervenções que não as dos enfermeiros de família;</li> <li>▪ Estudos anteriores a 2016;</li> <li>▪ Estudos noutras línguas;</li> <li>▪ Estudos noutras áreas;</li> <li>▪ Estudos repetidos em mais de uma base dados;</li> <li>▪ Estudos que não tenham metodologia quantitativa observacional, experimental ou quase experimental;</li> <li>▪ Estudos em contexto hospitalar.</li> </ul>

### 5.4 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Segundo o JBI existem diversas estratégias de pesquisa, normalmente seguindo uma mnemónica ou uma estratégia que auxilia na formulação da questão de investigação de forma clara. A revisão de estudos de evidência eficaz segue a mnemónica PICO: (P) População, (I) Intervenção, Comparador (se for caso disso) e Resultado (Outcomes) e eficácia procurada (JBI, 2014 cited in Apóstolo, 2017).

Nesta RSL temos como P (população) os familiares cuidadores, como I (Intervenções) intervenções do enfermeiro de família, C (Comparador), tipos de intervenção e o O (Outcomes) diminuição sobrecarga dos familiares cuidadores de um doente oncológico paliativo em contexto domiciliário.

Esta revisão teve início com uma primeira pesquisa em acessos livres, através do Google académico, de modo a perceber e identificar as palavras-chave e os termos de pesquisa.

Posteriormente a seleção dos termos de pesquisa foi verificada em plataformas de vocabulário controlado, com base nos descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), recorrendo aos operadores booleanos “AND” e “OR”. Foi elaborado a tabela 7 com os respetivos termos de pesquisa.

Tabela 7 - Termos e descritores

<b>Termos</b>	<b>MeSH terms</b>	<b>Decs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenções</li> <li>▪ Eficazes</li> <li>▪ Enfermagem familiar</li> <li>▪ Enfermeiros</li> <li>▪ Sobrecarga Cuidador</li> <li>▪ Cuidador</li> <li>▪ Familiar cuidador</li> <li>▪ Cuidados paliativos</li> <li>▪ Cuidados fim de vida</li> <li>▪ Domicilio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention</li> <li>▪ effectiveness or efficacy</li> <li>▪ Family nursing</li> <li>▪ Nurs*</li> <li>▪ Caregiver burden</li> <li>▪ Caregiver</li> <li>▪ Family caregiver</li> <li>▪ Palliative care</li> <li>▪ End of life care</li> <li>▪ Home</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenções</li> <li>▪ Eficazes</li> <li>▪ Enfermeiro família</li> <li>▪ Enfermeiros</li> <li>▪ Exaustão do cuidador</li> <li>▪ Cuidador</li> <li>▪ Cuidador familiar</li> <li>▪ Cuidados paliativos</li> <li>▪ Cuidados fim de vida</li> <li>▪ Domicilio</li> </ul>

Tendo como ponto de partida a pergunta PICO e para dar resposta à questão formulada, utilizou-se a seguinte frase booleana para cada uma das bases de dados:

(((((enferm\* or (nurs\* or (family nurs)\*))) AND (((sobrecarga cuidador) or (caregiver burden)))) AND (((cuidados paliativos ) or ((palliative care) or (end of life care)))) AND (((intervenções eficazes) or (intervention and (effectiveness or efficacy) and outcome)))) AND ((domicilio or home))

As bases de dados científicas eletrónicas foram consultadas através do site da OE, na área de acesso reservado, a EBSCO (<http://web.ebscohost.com>), selecionando as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Library, Information Science & Technology Abstracts, e MedicLatina. Foi também consultada a base de dados PUBMED, motor de busca de livre acesso à base de dados MEDLINE de citações e resumos de artigos de investigação em biomedicina.

Foram usados como limitadores de pesquisa o friso cronológico outubro de 2016 a setembro de 2021 e o limitador “idioma” onde foram selecionados os idiomas português, inglês em todas as pesquisas.

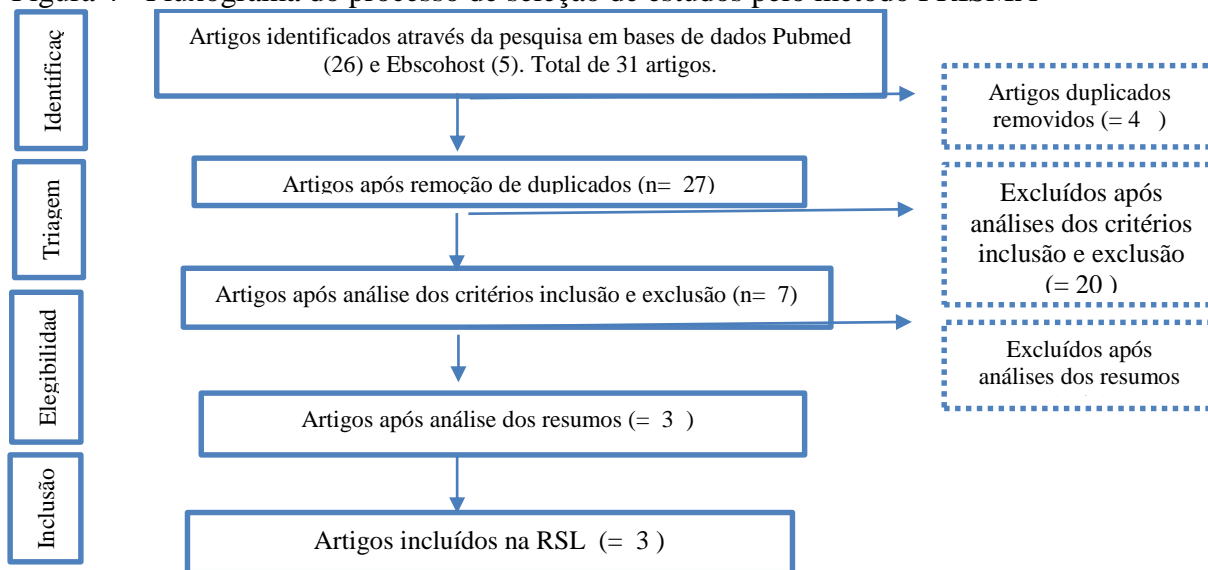
Inicialmente foi realizada a pesquisa com cada um dos descritores isoladamente, mas verificou-se que não trazia benefícios pelo enorme número de documentos encontrados. Posteriormente foi feita a pesquisa com os termos agrupados, e com os limitadores acima definidos em cada uma das bases de dados. Foram ainda realizadas outras combinações de descritores mas sem benefício para a pesquisa.

A linha de pesquisa incluirá também os operadores booleanos “AND” e “OR” para definir a relação lógica entre os termos de pesquisa, bem como aspas e parênteses para procurar termos de pesquisa na ordem exata desejada e para especificar a ordem em que devem ser interpretados pelo motor de busca.

### 5.5 SELEÇÃO DOS ARTIGOS

A partir dos resultados obtidos, far-se-á a identificação de duplicados e a sua respetiva remoção. Os artigos remanescentes serão depois selecionados sequencialmente através da análise dos critérios inclusão e exclusão, do resumo, tal como definido no PRISMA Statement, endossado pelo JBI (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. (2010). O processo de seleção de artigos é representado pelo fluxograma PRISMA por evidenciar o fluxo de informação através das diversas fases da RSL e pelo mapeamento do número de registos identificados, excluídos, selecionados para elegibilidade e incluídos na RSL (figura 4).

Figura 4 - Fluxograma do processo de seleção de estudos pelo método PRISMA



Fonte: Adaptado de Moher et al,2010

A seleção dos estudos foi efetuada com recurso ao software Microsoft Excel e quaisquer divergências que ocorram serão resolvidas através do diálogo.

A pesquisa devolveu um total de 31 artigos nos dois motores de busca: EBSCO (CINAHL Complete (1), MEDLINE Complete (4), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (0), Library, Information Science & Technology Abstracts,(0) e MedicLatina (0) e na Pubmed (26) (Apêndice III e IV). Após a remoção de 4 duplicados em ambos os motores de busca, os resultantes 27 artigos foram sujeitos a um processo sequencial de seleção através da análise dos critérios de inclusão e de exclusão ficando 7 artigos. Estes através da análise do resumo excluíram-se mais 4 artigos devido a ausência de relevância relativamente à questão de investigação. Por fim, foram incluídos 3 artigos elegíveis para a revisão sistemática da literatura.

## 5.6 EXTRAÇÃO E SÍNTESE DE DADOS

Os dados extraídos incluirão os detalhes dos estudos (autores, ano de publicação e título), as características metodológicas (desenho do estudo, participantes, exposição de interesse,) e resultados, incluindo os métodos de análise estatística como mostra o tabela 3 representado a seguir.

Tabela 8 - Orientações para Síntese dos dados extraídos

Autores	Ano Publicação	Título	Desenho do Estudo	Participantes	Exposição de Interesse	Resultados
Estudo 1						
Estudo 2						

## 5.7 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

Nem toda a evidência produzida pela investigação publicada pode ser usada na toma de decisões sobre os cuidados prestados, e além disso, vários fatores podem afetar os resultados. Assim, é necessário apreciar e avaliar a qualidade, a importância e aplicabilidade de qualquer evidência pela investigação que está a ser consultada (Craig & Smyth, 2004).

Dando continuidade ao protocolo do JBI, segue-se a etapa da avaliação metodológica dos artigos elegíveis. Esta avaliação crítica da qualidade consiste na análise do rigor metodológico apresentado nos estudos, com a finalidade de aferir se os métodos, orientações e resultados dos estudos selecionados apresentam qualidade para serem incluídos na RSL e determinar até que ponto um estudo abordou a possibilidade de viés em seu desenho, condição e análise. Para se proceder à avaliação da qualidade metodológica dos artigos foi aplicado o Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados, disponibilizado pelo JBI, e os resultados dessa avaliação encontram-se no APÊNDICE V. A escolha do instrumento de avaliação está relacionada com o tipo de estudo/metodologia aplicados pelos autores nos seus estudos.

A cada estudo foi atribuída uma pontuação e apresentada a respetiva justificação, como indica tabela 9:

Tabela 9 - Pontuação dos estudos obtida na avaliação da qualidade metodológica (continua)

Estudo (Continuação)	Base Dados	Pontuação atribuída / máxima	Justificação
E1 Petursdottir AB, Svavarsdottir EK. 2019	Medline e Pubmed	10/13	Não foi utilizada randomização verdadeira para atribuição de participantes a grupos de trabalho e a alocação para grupos de tratamento não foi ocultada. Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base e os participantes estavam cegos para atribuição do tratamento. Aqueles que entregaram o tratamento estavam cegos para atribuição, assim como os avaliadores de

(Continuação)

			<p>resultados eram cegos para atribuição do tratamento. Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse. O acompanhamento entre os grupos foi completo e as diferenças foram descritas e analisadas adequadamente.</p> <p>Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados e os resultados medidos equitativamente de forma confiável para os grupos de tratamento.</p> <p>Neste estudo foi utilizada uma análise estatística apropriada. Não está claro se o desenho do estudo foi apropriado e qualquer viés na condução e análise do estudo foi levado em consideração.</p>
<p>E2</p> <p><a href="#">Yvonne N Becqué</a> , <a href="#">Judith AC Rietjens</a>, <a href="#">Agnes van der Heide</a> , <a href="#">Erica Witkamp</a></p> <p>2020</p>	<p>Medline e Pubmed</p>	<p>12/13</p>	<p>A verdadeira randomização é usada para atribuir participantes a grupos de trabalho e oculta a atribuição a grupos de tratamento. Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base e os participantes estavam cegos para atribuição do tratamento. Aqueles que entregaram o tratamento estavam cegos para atribuição, assim como os avaliadores de resultados eram cegos para atribuição do tratamento. Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse. O acompanhamento entre os grupos foi completo e as diferenças foram descritas e analisadas adequadamente.</p> <p>Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados e os</p>

(Continuação)

<p>(conclusão)</p>			<p>resultados medidos equitativamente de forma confiável para os grupos de tratamento.</p> <p>Neste estudo foi utilizada uma análise estatística apropriada. Não está claro se o desenho do estudo foi apropriado e qualquer viés na condução e análise do estudo foi levado em consideração.</p>
<p>E3</p> <p><a href="#">Maja Holm</a> , <a href="#">Kristofer Årestedt</a> , <a href="#">Ida Carlander</a> , <a href="#">Carl-Johan Fürst</a> , <a href="#">Yvonne Wengström</a> <a href="#">Joakim Öhlen</a> , <a href="#">Annete Alvariza</a></p> <p>2016</p> <p>(Conclusão)</p>	<p>Pubmed</p>	<p>12/13</p>	<p>A verdadeira randomização é usada para atribuir participantes a grupos de trabalho e oculta a atribuição a grupos de tratamento. Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base e os participantes estavam cegos para atribuição do tratamento. Aqueles que entregaram o tratamento estavam cegos para atribuição, assim como os avaliadores de resultados eram cegos para atribuição do tratamento. Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse. O acompanhamento entre os grupos foi completo e as diferenças foram descritas e analisadas adequadamente.</p> <p>Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados e os resultados medidos equitativamente de forma confiável para os grupos de tratamento.</p> <p>Neste estudo foi utilizada uma análise estatística apropriada. Não está claro se o desenho do estudo foi apropriado e qualquer viés na condução e análise do estudo foi levado em consideração.</p>

Após a identificação dos estudos a incluir, estes foram submetidos a uma avaliação de qualidade, na perspectiva de Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh e White (2005), são classificados segundo níveis de evidência:

- Nível I Estudos experimentais/estudos randomizados controlados ou meta análises de estudos randomizados controlados;
- Nível II Estudos quasi-experimentais;
- Nível III Estudos não experimentais, estudos qualitativos ou meta-sínteses;
- Nível IV Opinião de peritos, baseados em evidência científica ou painéis de consenso de peritos (revisões sistemáticas da literatura, guidelines de práticas clínicas);
- Nível V Opinião de peritos não baseados em evidência científica (estudos de caso; revisões da literatura; experiências organizativas, como por exemplo, programas de melhoria da qualidade ou dados financeiros; conhecimento clínico ou experiência pessoal).

## 5.8 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dando seguimento às orientações do JBI procede-se à etapa da apresentação e discussão dos dados. Os dados extraídos foram organizados num quadro (apêndice VI), de modo a permitir mais facilmente realizar uma análise de cada artigo, assim como apresentação do nível de evidência correspondente a cada estudo. Quanto aos resultados Apóstolo (2017, p. 85) refere " (...) não há consenso internacional claro sobre o resultado nas RSL qualitativas, não existe nenhuma exigência específica. Um resultado (...) pode ser a descrição do fenómeno". Quanto à síntese dos dados, refere que "A síntese dos resultados qualitativos é geralmente referida como meta-síntese...". (Apóstolo, 2017, p.86).

Após a leitura dos artigos selecionados, para a presente revisão e o posterior agrupamento de informações, foi possível identificar três áreas de intervenção de enfermagem dirigidas aos cuidadores informais em cuidados paliativos domiciliários:

- Intervenção de conversação terapêutica aos cuidadores familiares nos cuidados paliativos domiciliários

Neste estudo a comunicação aparece como aspeto fundamental para os cuidadores, como meio de preparação para ampliar o conhecimento sobre a utilidade das conversas familiares no contexto do cuidado do câncer em estado avançado/final (Petursdottir & Svavarsdottir, 2019).

Ainda segundo os mesmos autores, os cuidadores familiares de pacientes em fase avançada/final do câncer vivenciam sofrimento psíquico multifacetado e morbidade. As intervenções psicossociais melhoram o bem-estar dos membros da família que cuidam de seu parente próximo.

Este estudo é um estudo experimental em que quarenta e oito cuidadores familiares foram designados para receber duas sessões de 60-90 minutos da intervenção. O desfecho primário foi o suporte emocional e cognitivo percebido e o bem-estar psicológico, medido na linha de base (T1). Em seguida, foi oferecida aos participantes a primeira sessão da intervenção. Cerca de 1 semana depois, a segunda sessão foi administrada. Os participantes responderam aos mesmos questionários novamente (T2) e depois 2-4 semanas depois (T3). A orientação; Critérios para Elaboração de Relatórios e Avaliação de Intervenções Complexas 2, nortearam o relato do estudo.

Por fim, como resultados obteve-se que os cuidadores familiares relataram suporte emocional e cognitivo significativamente maior no pós-intervenção (T2) e no (T3). Eles também relataram redução significativa dos sintomas de estresse em (T3) e redução da sobrecarga do cuidador pós-intervenção (T2) e em (T3).

Deste modo, após leitura e análise deste estudo podemos referir que ainda há falta de conhecimento sobre o benefício das intervenções terapêuticas de conversação para cuidadores familiares. A intervenção terapêutica de conversação oferecida resultou em suporte percebido, diminuição do estresse e diminuição das demandas de cuidado entre os cuidadores em cuidados paliativos domiciliares (Petursdottir & Svavarsdottir, 2019).

- Intervenção estruturada aos familiares cuidadores nos cuidados paliativos domiciliários

Neste artigo, segundo Becqué et al (2020) os cuidadores familiares são cruciais nos cuidados de fim de vida. Eles podem experimentar sobrecarga devido às responsabilidades associadas ao

cuidado. Alguns cuidadores familiares sentem-se insuficientemente preparados para o seu papel de cuidador. Os enfermeiros têm uma posição única para fornecer intervenções de apoio em casa para reduzir a sobrecarga dos cuidadores e melhorar a preparação. No entanto, poucas intervenções lideradas por enfermeiros estão disponíveis para apoiar os cuidadores familiares nos cuidados de fim de vida em casa.

O papel do enfermeiro é multidimensional, o que reforça o impacto na relação com os cuidadores na transição para o processo adaptação nos cuidados de final de vida.

Este estudo é composto por cuidadores familiares de pacientes na última fase da vida. No grupo de intervenção, os enfermeiros irão avaliar sistematicamente as necessidades de apoio dos cuidadores familiares, utilizando um instrumento de avaliação e o método de raciocínio clínico. Os familiares do grupo controle recebem os cuidados normalmente. O desfecho primário é a sobrecarga medida pela Self-Rated Burden Scale. Os desfechos secundários são a preparação para cuidar, reações de cuidado e internações agudas (hospitalares) do paciente. Além disso, será avaliada a viabilidade da intervenção. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento científico e prático das intervenções de enfermagem para apoiar os cuidadores familiares nos cuidados de fim de vida (Becqué et al,2020).

➤ Intervenção psicoeducativa aos familiares cuidadores nos cuidados paliativos domiciliários

Os cuidadores familiares em cuidados paliativos e oncológicos muitas vezes enfrentam pesadas responsabilidades e sentem-se insuficientemente preparados para a situação de cuidadores. Este estudo avalia os efeitos a curto e longo prazo de uma intervenção psicoeducativa em grupo com o objetivo de aumentar a preparação para o cuidado familiar em cuidados paliativos domiciliares especializados (Holm et al, 2016). Para estudar a intervenção psicoeducativa foi efetuado um ensaio clínico onde os cuidadores familiares foram alocados em um grupo de intervenção ou controle. A intervenção foi realizada como um programa que incluiu três sessões por profissionais de saúde (médico, enfermeiro e assistente social/padre). Foram incluídos cuidadores familiares de 10 ambientes especializados em cuidados paliativos domiciliares. Questionários com instrumentos validados na linha de base, após a conclusão e 2 meses após a intervenção foram usados para medir os efeitos da intervenção. O desfecho primário foi a preparação para o cuidado em cuidadores familiares, em que, no total de 21 programas de intervenção foram realizados e 119 cuidadores familiares completaram as três medidas. O grupo de intervenção aumentou significativamente sua preparação para cuidar no

acompanhamento de curto e longo prazo em comparação com o grupo controle. O grupo de intervenção também relatou um aumento significativo da competência para cuidar em curto prazo, mas não em longo prazo. Nenhum efeito da intervenção foi encontrado em recompensas por cuidar, sobrecarga do cuidador, saúde, ansiedade ou depressão.

Na opinião de Holm et al (2016), a intervenção psicoeducativa tem potencial para ser utilizada por profissionais de saúde para melhorar a preparação para a prestação de cuidados de cuidadores familiares em cuidados paliativos a curto e longo prazo.

Os estudos identificados na presente pesquisa apresentam-se com um vasto e heterogéneo leque de intervenções e de avaliações dos resultados, o que dificulta a sua comparação.

Após apresentação e discussão efetuada, verificou-se que os estudos que respondem à especificidade da temática são escassos, o que só por si, comprova a necessidade de investigação, investimento e elaboração de um conhecimento científico relativo à problemática.

No entanto, estes estudos revelam a pertinência do tema e constituem um importante ponto de partida. No seu conjunto, completam-se ajudando a produzir um referencial teórico válido, que permitirá enunciar novas questões de investigação e produzir conhecimento para a enfermagem de família e ainda particularmente para a questão formulada. Na tabela 10 é exposta a correlação da RSL com os autores referenciados na revisão bibliográfica, que fortalecem as intervenções terapêuticas selecionadas.

Tabela 10 – Correlação da RSL com Autores que fortalecem as intervenções terapêuticas  
(continua)

Resultados obtidos na RSL	Autores que fortalecem as intervenções terapêuticas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção de conversação terapêutica aos cuidadores familiares nos cuidados paliativos domiciliários</li> </ul> <p>Neste estudo a comunicação aparece como aspeto fundamental para os cuidadores, como meio de preparação para ampliar o conhecimento sobre a utilidade das conversas familiares no contexto do cuidado do câncer em estado avançado/final (Petursdottir &amp; Svavarsdottir, 2019).</p>	<p>De acordo com o estudo efetuado da RSL, Dunlop (1998), refere que a comunicação contínua entre o paciente, a família e a equipa facilita a realização dos cuidados sem objetivo de cura, mas sim de conforto e alívio de sofrimento.</p> <p>Reforçando o resultado obtido, Twycross (2001), destaca a essência dos CP como uma associação entre equipa de cuidados, o doente e a sua família. Associação essa que exige respeito mútuo manifestando-se através de cortesia no comportamento, abertura e honestidade, capacidade para ouvir e para explicar, acordo sobre prioridades e objetivos, discussão da escolha de tratamento e aceitação da recusa de tratamento.</p>

(continuação)

<p>Deste modo, após leitura e análise deste estudo podemos referir que ainda há falta de conhecimento sobre o benefício das intervenções terapêuticas de conversação para cuidadores familiares. A intervenção terapêutica de conversação oferecida resultou em suporte percebido, diminuição do estresse e diminuição das demandas de cuidado entre os cuidadores em cuidados paliativos domiciliares (Petursdottir &amp; Svavarsdottir, 2019).</p>	<p>Os artigos selecionados, vão ao encontro do que Martins (2012) mencionou, pois os profissionais de saúde deverão mostrar disponibilidade e abertura para dialogarem com os cuidadores e os ajudarem a resolver conflitos decorrentes do processo de cuidar, respeitando o sistema de valores e conceitos culturais associados a este processo.</p>
--	---

(continuação)

- Intervenção estruturada aos familiares cuidadores nos cuidados paliativos domiciliários

Neste artigo, segundo Becqué et al (2020) os cuidadores familiares são cruciais nos cuidados de fim de vida. Eles podem experimentar sobrecarga devido às responsabilidades associadas ao cuidado. Alguns cuidadores familiares sentem-se insuficientemente preparados para o seu papel de cuidador. Os enfermeiros têm uma posição única para fornecer intervenções de apoio em casa para reduzir a sobrecarga dos cuidadores e melhorar a preparação. No entanto, poucas intervenções lideradas por enfermeiros estão disponíveis para apoiar os cuidadores familiares nos cuidados de fim de vida em casa.

Sapeta (2011) realça a importância da conversação terapêutica que são exigidas aos profissionais de saúde, habilidades e competências diferenciadas na prestação de cuidados aos doentes com necessidade de CP, com especial atenção os doentes em fim de vida, para os quais a intervenção do enfermeiro família deverá fixar-se “na busca do conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas (...)” (p.23) pelo doente/cuidador/família.

Baseado nos resultados obtidos, Neto (2020) defende que na prestação de CP deve-se seguir um conjunto de práticas a nível de controlo de sintomas, comunicação adequada, trabalho em equipa e no apoio familiar.

Perante as pesquisas efetuadas da RSL, ficou evidente que na perspetiva de Anjos et al. (2014) os cuidadores familiares necessitam de suporte social, que além de ajudá-los no processo de cuidar possam instruí-los quanto às formas de realização dessa prática de maneira a evitar sobrecargas e efeitos negativos nas suas dimensões biopsicossociais.

Também Carvalho (2012), relata que a família tem necessidade de apoio emocional, e essencialmente de ser escutada, facilitando a expressão dos seus sentimentos e do seu cansaço, sendo simultaneamente informada relativamente aos cuidados a prestar e às reações do doente, como pode constatar na revisão efetuada.

(conclusão)

- Intervenção psicoeducativa aos familiares cuidadores nos cuidados paliativos domiciliários

Os cuidadores familiares em cuidados paliativos e oncológicos muitas vezes enfrentam pesadas responsabilidades e sentem-se insuficientemente preparados para a situação de cuidadores. Este estudo avalia os efeitos a curto e longo prazo de uma intervenção psicoeducativa em grupo com o objetivo de aumentar a preparação para o cuidado familiar em cuidados paliativos domiciliários especializados (Holm et al, 2016).

Na opinião de Holm et al (2016), a intervenção psicoeducativa tem potencial para ser utilizada por profissionais de saúde para melhorar a preparação para a

González & Palma, (2016), reforça a pesquisa efetuada pela RSL, quando afirmou que a capacitação do familiar cuidador deve fazer parte das estratégias educacionais dos EF como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico paliativo e ajudar os familiares cuidadores a prestarem os melhores cuidados assim como gerar ações destinadas a fornecer mais informações, treinar e ensinar estratégias de forma mitigar problemas que surjam da tarefa de cuidar.

A corroborar com os resultados óbitos na RSL, Neto (2020), destaca também o apoio a dar aos cuidadores com base em intervenções interdisciplinar, onde o doente e família são o centro de decisão de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, sendo obviamente personalizada e adaptada a cada caso. Com frequência os profissionais são chamados a intervir para ajudar os cuidadores a equacionarem as melhores opções e vantagens de cada uma delas, devendo sempre centrar a decisão no melhor interesse do doente e apoiar os familiares na escolha que fizeram, bem como a necessidade de um espaço onde possam partilhar e expressar os seus sentimentos, angústias e medos.

<p>prestação de cuidados de cuidadores familiares em cuidados paliativos a curto e longo prazo.</p>	<p>Também Meleis et al., (2000), revigoram as intervenções de enfermagem que podem ser entendidas como ações interventivas e continuadas no decorrer do processo de transição que propiciem o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades àqueles que a vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.</p>
---	---

## 5.9 IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

O papel do cuidador na sociedade torna-se cada vez mais importante devido a um aumento da esperança de vida resultante do avanço da medicina ao longo dos tempos, verificando-se assim, um aumento de doenças crónicas algumas das quais tornam-se incapacitantes e sem resposta curativa, conduzindo a situações de doença incurável, progressiva e avançada. Deste modo, os cuidadores familiares têm um desempenho fundamental na manutenção da qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos domiciliários, no entanto, eles recebem pouca formação e preparação para cuidar e são envolvidos em muitas atividades para a preservação do bem-estar do seu familiar, como: gestão e administração de medicamentos, alimentação, cuidados físicos, transporte e administração das tarefas domésticas, levando por vezes à manifestação de episódios de ansiedade, depressão, stress, tensão, perturbações do sono, redução da qualidade de vida, sentimentos de impotência, dificuldades financeiras decorrentes de possíveis alterações no emprego e gastos médicos.

Sendo assim, o presente estudo é na minha opinião bastante relevante e pertinente tendo por base o descrito no enquadramento teórico e ao aperceber-me que a família cuidadora apresentam necessidades especiais no processo de doença que estão a vivenciar, leva a que eu como enfermeira de família que presta cuidados ao domicílio ao doente em fase paliativa, esteja frequentemente em contato com as necessidades sentidas pelos familiares cuidadores. Embora os enfermeiros estejam numa posição privilegiada para apoiar os cuidadores familiares em cuidados paliativos domiciliários, pouco se sabe sobre quais as intervenções de enfermagem, mais propriamente do enfermeiro de família, mais eficazes com vista a diminuir a sobrecarga dos familiares cuidadores de um doente em fase paliativa em contexto domiciliário a partir da RSL.

É importante formar e informar o cuidador familiar para que receba não só informações sobre a doença, mas sobretudo que adquira competências que o capacite adequadamente também para o cuidado consigo próprio, tendo em conta que devido à acumulação de tarefas que irá executar, é quase certo que deixará de cuidar de si, para dedicar-se integralmente ao seu familiar que se encontra debilitado, o que na maioria das vezes poderá trazer danos para o seu bem-estar físico e emocional.

Será nesta direção, que pretendo enquanto enfermeira de família numa USF desenvolver futuramente um projeto educativo e sobretudo interventivo direcionado aos cuidadores familiares de um doente dependente (incluindo os que estão em fase paliativa) em contexto domiciliário com o objetivo de informar e formar sobre o que é ser cuidador informal, dando a conhecer o respetivo Estatuto do Cuidador Informal aprovado pela Lei nº 100/2019 de 6 de setembro, a promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais de forma que os cuidadores possam identificá-las em seus comportamentos e possam usá-las não só para o desempenho da tarefa, mas sobretudo consigam utilizá-las para a manutenção do seu autocuidado e a identificar as necessidades formativas individuais dos cuidadores informais com vista a uma melhor e adequada prestação de cuidados ao doente dependente. Para servir de guia orientador no projeto elaborei um Manual do Cuidador (Apêndice VI), onde reúne toda a informação que considero importante para nortear o cuidador na prestação de cuidados ao doente dependente.

É na construção e operacionalização deste projeto que intitularei “CAPACITAR PARA MELHOR CUIDAR”, projeto de melhoria contínua da qualidade envolvendo uma equipa multidisciplinar (enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista) no atendimento das necessidades globais do cuidador, que pretendo desenvolver umas das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com vista a cuidar da família, enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, considerando deste modo, a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação.

O EF, ao considerar a família como uma unidade de cuidado, integrada numa abordagem sistémica, tem a possibilidade de a compreender melhor. A avaliação do sistema familiar permite identificar os seus pontos fracos, mas também potencia as suas capacidades e pontos fortes, possibilitando uma intervenção colaborativa e em parceria com a família. Deste modo o enfermeiro promove a saúde da família e potencia o seu empowerment para a resolução da crise, contribuindo para a qualidade e bem-estar não só do doente como da família, como sistema (Figueiredo, 2012).

## 5.10 CONCLUSÃO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Esta revisão identifica as intervenções de enfermagem dirigidas aos cuidadores familiares em cuidados paliativos domiciliários, sublinhando a vulnerabilidade do contexto domiciliário. Os artigos examinados identificam as áreas de intervenção de conversação terapêutica aos cuidadores familiares nos cuidados paliativos domiciliários, intervenção estruturada aos familiares cuidadores nos cuidados paliativos domiciliários e Intervenção psicoeducativa aos familiares cuidadores nos cuidados paliativos domiciliários.

Consta-se uma heterogeneidade nas intervenções de enfermagem dirigidas ao familiar cuidador em cuidados paliativos domiciliários, bem como instrumentos utilizados e na mensuração dos resultados. Esta heterogeneidade contempla intervenções efetivas no âmbito psicomotor, cognitivo e psicológico. Independentemente do tipo de intervenção instituída parece importante referenciar as que conduzem a resultados a longo prazo, sendo fulcral os enfermeiros integrarem estas evidências, dando especial relevância às reais necessidades em cada uma das etapas da transição para o papel de cuidador.

Dadas as necessidades que os cuidadores têm para manter o seu bem-estar e os efeitos positivos do apoio para eles, parece pertinente as pesquisas analisarem a eficácia de intervenções a longo prazo e mensurarem resultados objetivos de saúde com estudos de qualidade rigorosa para obter melhores resultados para cuidadores familiares de doentes oncológicos paliativos.

Os artigos selecionados reforçam a necessidade de desenvolvimento e expansão dos cuidados paliativos em contexto domiciliário, bem como a emergência da estruturação das intervenções de enfermagem mais propriamente do enfermeiro de família dirigidas ao cuidador familiar em cuidados paliativos domiciliários.

Sugere-se então para futuros estudos o aprofundamento sobre as intervenções do enfermeiro de família que melhoram a qualidade da prestação dos cuidados pelo familiar cuidador ao doente oncológico paliativo em contexto domiciliário.

Quanto às limitações da RSL e sendo a área de enfermagem de saúde familiar uma especialidade recente da enfermagem comunitária apresenta-se a escassez de estudos sobre a questão PICO, o facto de a pesquisa ter sido efetuada em apenas duas línguas pode igualmente ter contribuído para o limitado número de publicações selecionadas, bem como a definição do horizonte temporal de 5 anos, no entanto este critério torna possível a obtenção de conhecimentos que traduz um evidência mais atual do tema em estudo.

## CONCLUSÃO FINAL

Foi um caminho marcado pela exigência, nem sempre fácil de conciliação com vários aspetos da vida pessoal e profissional, agravado pelo fato de estarmos numa situação de Pandemia devido ao Covid19 em que o papel do enfermeiro é extremamente importante e essencial, mas também muito cansativo e desgastante, limitou algumas intervenções, mas em conjunto com a enfermeira orientadora e a equipa de saúde conseguiu-se encontrar soluções que minimizassem o impacto deste grave problema de Saúde Pública Mundial, assim como a autorização da equiparação a bolseiro ter vindo indeferida pela ARSC, limitou a disponibilidade para deslocação para os ECs, em dias que estavam a decorrer os programas de saúde na unidade.

A Parte I do relatório resulta da análise e avaliação do trabalho desenvolvido ao longo destes três Ensinos Clínicos na USFC e à aquisição / desenvolvimento das competências regulamentadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Para que isso fosse possível foram definidos para este EC vários objetivos, gerais e específicos, que penso terem sido alcançados. Os objetivos gerais do EC referiam-se ao desenvolvimento de competências especializadas, comuns e específicas na área de saúde familiar em diferentes contextos, e este relatório acaba por espelhar as reflexões sobre a sua concretização, a identificação das dificuldades e as estratégias implementadas ao longo do percurso de aprendizagem, assente na autoavaliação crítica e reflexiva quanto às intervenções implementadas no contexto. Quanto aos objetivos específicos estes permitiram realizar na prática a execução de processos de avaliação das famílias, evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar, utilizar os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência e tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva.

Perante isto, a realização do Ensino Clínico III na USFC demonstrou-se muito enriquecedor e gratificante a nível pessoal e profissional, uma vez que pude aplicar na prática, as competências de um EESF. Para tal, contribuiu imenso a orientação da EESF Tânia Jordão, que sempre esteve disponível para discutir, desmistificar todas as minhas dúvidas em relação aos cuidados de saúde prestados à família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do seu ciclo vital.

Embora trabalhe como en<sup>fa</sup> em Cuidados de Saúde Primários à 18 anos, 8 dos quais em USF, este EC permitiu aperfeiçoar níveis de decisão clínica, tomada de decisão, competências e aprendizagens que são impulsionadoras de uma prática especializada na área da Enfermagem de Saúde Familiar, no sentido de cuidar a família como unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e ainda de liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da Saúde Familiar, pois acredito que só desenvolvendo estas competências de enfermagem especializada é possível ter o conhecimento aprofundado da dinâmica familiar e reconhecimento da capacidade auto-organizativa das famílias, devendo assim esta especialidade ser considerada fundamental e indispensável na capacitação das famílias para a obtenção de ganhos em saúde.

Nunca podemos esquecer que o EESF, deve saber adaptar-se e criar estratégias de modo a responder aos desafios que surgem no seu dia-a-dia, pois não existem dias iguais, famílias iguais e contextos iguais. A sua intervenção deve ter sempre presente as intervenções: biológica, psicológica, social e espiritual num processo dinâmico e em constante evolução com vista a uma maior adaptabilidade.

Face a famílias com necessidades de cuidados e intervenção de Enfermagem, encarar as mesmas como um sistema, de modo a discernir quais as intervenções que globalmente estabelecem a resposta mais adequada a todos os elementos constituem um desafio e ao mesmo tempo uma conquista. Ir mais além do suprir das necessidades imediatas do elemento dependente, ainda que muito importante, fica aquém do que se pretende. Compreender os padrões de resposta da família como um todo, as opções tomadas face aos problemas inerentes, perceber como estes afetam em “teia” ou “rede” todos os elementos da família mostram-se essenciais para uma intervenção mais adequada e direcionada, considerando, no entanto, que cada elemento da família vivencia a mesma situação de modo distinto. Pelo exposto e pela reflexão realizada encontra-se em evidência o efetivo desenvolvimento de competências específicas face às necessidades da família, na formação clínica que permitiram atuar em distintos níveis, desenvolvendo conhecimentos e aptidões. Intervir, mobilizar, estar com, atuar em conjunto com família, perspetiva-la como um sistema, alvos dos cuidados de enfermagem constituem verbos e ações que conduziram a essa finalidade. Todo este percurso efetuado ao longo destes ensinamentos clínicos, constituiu-se numa busca constante de conhecimentos para uma intervenção em Enfermagem de Família sustentada no desenvolvimento de competências específicas, adquirir e consolidar as mesmas está diretamente relacionado com a melhoria contínua e qualidade dos cuidados.

Em todo este contexto foi importante perceber que o enfermeiro especialista tem um papel fulcral na deteção de determinadas situações procurando atualizar conhecimentos de forma a conseguir analisar, planear, definir estratégias, pôr em prática, motivar e avaliar junto da restante equipa.

Esta experiência e outras permitiram-me avaliar o funcionamento da unidade familiar em simultâneo com o desenvolvimento a nível individual, e perceber que nem todos lidam com o problema da mesma maneira, mas o objetivo final é conseguir um equilíbrio dinâmico pela harmonização das forças que têm para a mudança e adaptação e os mecanismos que promovem a estabilidade do sistema familiar.

Ao longo deste percurso tentei desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade na gestão de cuidados visando a uma otimização na qualidade de cuidados de forma a aumentar os padrões de qualidade.

A Parte II do relatório refere-se à RSL que permite responder à questão de investigação e aos objetivos propostos. Permitiu ainda atingir o objetivo específico do EC relacionado com a evidência do desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica. Esta RSL pode assim ter implicações em vários aspetos, seja a nível teórico, educacional, clínico ou de investigação. O futuro para os doentes em fase paliativa no domicílio e familiares cuidadores depende efetivamente das intervenções adaptativas e eficazes que o enfermeiro de Saúde Familiar poderá contribuir. A intervenção do enfermeiro deve atender o doente na sua totalidade, em todas as suas dimensões e ajudá-lo a satisfazer as suas necessidades fundamentais quando estes são incapazes de o fazer por si mesmo, porque estão mais vulneráveis, frágeis ou porque têm défice de conhecimento, habilidades ou motivações. A identificação das necessidades é a base principal para nortear essas intervenções e prestar um cuidado individualizado, e precisa ser valorizada e priorizada à medida que as famílias se ajustam à vivência dos cuidados paliativos ao doente oncológico.

Importa ainda destacar a necessidade da Prática Baseada na Evidência, na Enfermagem de Saúde Familiar pois permite transmitir mensagens adequadamente fundamentadas que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados. Isto concede a devida credibilidade, pela inerente procura de conhecimento científico, desenvolvimento de pesquisas e utilização de seus resultados, em suma a sua implementação na prática profissional da Enfermagem de Saúde Familiar. A aplicação dos resultados das pesquisas, para orientar a tomada de decisão

deveria tornar-se parte do quotidiano de enfermagem, partindo da perceção que a prática baseada em evidências traduz a inclusão da experiência, com a melhor evidência, oriunda das pesquisas. O desenvolvimento da prática baseada em evidências na enfermagem é indispensável, mais ainda na recente área de saúde familiar, pois possibilita consolidar os conhecimentos inerentes ao enfermeiro especialista em saúde familiar, que subjaz à melhoria dos cuidados de enfermagem, sustentados no conhecimento científico com um conseqüente incremento profissional. A realização e desenvolvimento deste trabalho, integrou os resultados provenientes das pesquisas e a reflexão sobre a visibilidade da sua aplicação na prática como um contributo neste sentido.

Perante isto, é fundamental que os enfermeiros de família tomem as suas decisões e construam os seus planos de intervenção apoiados nas evidências científicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C.(2011) – Transições e contextos Multiculturais. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 156 p. ISBN 978-989-8269-13-3.
- Aguiar, M. J. S. F. (2013). Supervisão de ensinos clínicos em enfermagem: perspetivas e vivências dos enfermeiros orientadores. [Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.5/6427>
- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica. Coimbra, Quarteto Editora.
- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto & Contexto - Enfermagem, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Alligoog, M.R., Tomey, A.M., (2011) Modelos y Teorias en Enfermeria, 7 ed Elsevier: Barcelona. Consultado em 04 maio 2022. Disponível em: <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1358.%20Modelos%20y%20teor%C3%ADas%20en%20enfermeria.pdf>
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O., Pereira, R., Santos, V.C., Boery, E.N., Casotti, C.A. (2014) Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. Revista de pesquisa. Cuidado é fundamental. DOI:10.9789/2175-5361.2014v6n2p450
- Aoun, Samar M. et al (2005). Caregiving for the terminally ill: at what cost? Palliative Medicine. 19, 551-555;
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra. Portugal. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)
- Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). (2020). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Consultado a 14 Novembro 2021. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Assunção, G. P.; Fernandes, R. A. (2010) - Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise de literatura sobre a atuação do profissional de saúde. [Em linha]. Londrina: Serviço Social em Revista. Vol. 12, nº2, p. 69-82. ISSN 1679-4842 [Consult. 17 dezembro,2021]. Disponível em WWW: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7543>>
- Azevedo, A. (2010); Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Barbieri-Figueiredo, M., C., A. (2011). Enfermeria Familiar y Comunitária en el ámbito internacional- Enfermería de Família em Portugal: um caminho en desarrollo. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitária, 4 (2), 45-48.
- Becqué, Y. N., [Rietjens](#), J.A.C., [Heide](#), A., [Witkamp](#), E. (2020). The effectiveness of a nurse-led intervention to support family caregivers in end-of-life care: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. DOI: 10.1111/jan.14326
- Bezerra, F., Taziana, S., Lemos, M., Sousa, A.C., Carvalho, S.M.L., Fernandes, C.M.C., Alves, A.F. S. & Dalva, M. (2013). Promoção da Saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem, Resvista Electrónica Enfermaria Global, 32(270-279), 1695-8141. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_ensayos2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf).
- Campos, M. J., Brito, M. A. (2009). O que fica diferente para a família com a integração de uma pessoa dependente no autocuidado. In: Barbieri, M., Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Escola Superior de Enfermagem.
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B. & King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease (Review). The Cochrane Collaboration(9).
- Crvalho,R., Parsons, H. (2012). Manual de Cuidados Paliativos da academia Nacional Cuidados Paliativos, 2ª Edição. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnncnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fbiblioteca.cofe.n.gov.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F05%2FManual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf&cflen=4905063>
- Castro, E. K. De., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. Psicologia: Reflexão e Crítica,15(3), 625– 635. doi:10.1590/S0102-79722002000300016.

- Castro S (2008). Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem.
- Cerqueira M (2005). O Cuidador e o doente paliativo: Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para cuidar do doente paliativo no domicílio, Formassau, Coimbra, 1.a Edição.
- Collière M (2003). Cuidar... a primeira arte da vida, Lusociência, Loures, 2.a Edição.
- Craig, J. V., Smyth, R. L. (2004). Prática Baseada da Evidência -Manual para Enfermeiros. Lusociência. Loures.
- Cruz, M. (2011). Adaptação e Validação da Escalada de Estratégias de Gerenciamento de Demência (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Panamá, Curitiba, Brasil.
- DECRETO-LEI N.º 73/2017 de 21 junho MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República n.º 118/2017, Série I. Lisboa. Art 5º. Consultado a 15 Junho. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- DECRETO-LEI N.º 28/2008 de 22 fevereiro. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República n.º 38/2008, Série I. Lisboa. Art 5º. Consultado a 15 Junho. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- DECRETO-LEI N.º 118/2014 DE 5 DE AGOSTO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República n.º 149. 1º Série. Lisboa. P. 4069 – 4071. Consultado a 15 Junho. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/declei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Departamento de Prestações e Contribuições. (2020). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Instituto da Segurança Social: Lisboa.
- Dias (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Revista Clínica Hospital Prof Dr. Fernando Fonseca. V2, nº1,39-40. Consultado a 1 outubro. Disponível em [hrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcore.ac.uk%2Fdownload%2Fpdf%2F62715342.pdf&clen=171036&chunk=true](http://home-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcore.ac.uk%2Fdownload%2Fpdf%2F62715342.pdf&clen=171036&chunk=true)
- Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Consultado a 15 de Junho. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacionalpara-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- DGS. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017- 2025. Despacho N.º 12427/2016. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>;
- Dunlop,R (1998). Hospittal Based Palliative Care Teams Oxford University press, in Cancer: Palliative Care.Springer-Verlag: London, p.2.
- Ferreira, M. D. F. (2009). Cuidar no Domicilio: Avaliação da Sobrecarga da Família / Cuidador Principal no Suporte paliativo do Doente Oncológico. Cadernos de Saúde, 2(1), 67-88.
- Figueiredo, H. (2009) – Nota final. In BARBIÉRI, Maria C. [et al] - Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família. ISBN: 978-989-96103-2-3.
- Figueiredo; M. (2009) Enfermagem de família: um contexto do cuidar Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. H., Martins, M. M. (2009). Dos Contextos da Prática à (Co) Construção do Modelo de Cuidados de Enfermagem de Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43(3), 615-621.
- Figueiredo, M. (2013) Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures. Lusociência.
- Filho, N. d. A. (2005). Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. Saúde e Sociedade, 14(3), 30-50.
- Fortin, M. F. (2009). O Processo de Investigação da conceção à realização. (5ª ed.). Loures: Lusociência
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., Jones, E. G. (2003). Family Nursing - Research, Theory, and Practice. (U. S. R. Pearson Education, Inc., Ed.) (5th Edithi). New Jersey: Copyright
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. Revista De Administração Contemporânea, 5, 183–196. <https://doi.org/10.1590/s1415-65552001000500010>



- Martins, M. M., Fernandes, C. S., Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco de cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685–690.
- Maas, T., Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde-Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Revista Cogitare Enfermagem*. 10(2). 68-75. Acedido a: 20/12/21. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5014/3790>
- Meleis, A., Sawyer I., im e., Messias d., Schumacher K. (2000). Experiencing transitions : an emerging Middle range theory. *Advances in nursing science*. September 2000. p.12-28.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company. New York.
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: redefinition of the nursing. *Outlook* 42(6), 255-259.
- Melo, T., Rodrigues, I., Schmidt, D. (2009). Caracterização dos cuidadores de pacientes em Cuidados paliativos no Domicílio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 365-374.
- Ministério da Saúde (2019). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, Plano de Ação 2019 – USF Condestável. Acedido em 04/06/2021: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G., The PRISMA Group. (2010). Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises: a declaração PRISMA. *International Journal of Surgery* 2010; 8. p. 336 – 341. Consultado a 20 de Julho. Dó <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2010.07.299>
- Montagnino BA, Mauricio RV(2004). The Child with a Tracheostomy and Gastrostomy: Parental Stress and Coping in the Home – A Pilot Study. *Pediatric Nursing*; vol 30; nº 5: 373-401.
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R. ... Mu, P. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: E. Aromataris & Z. Munn (Eds.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 19-450). doi:10.46658/JBIMES-20-08
- Moreira, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: formasau, p.154 ISBN 972-8485-22-0.
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da S., & Menezes, R. M. P. M. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 111(10), 323–332. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0323.pdf>
- Neto, I. G. (2020). *Cuidados Paliativos: conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. p.7;
- Neto I (2010). *Cuidados paliativos: testemunhos*, Alêtheia Editores, Lisboa, 1.a Edição.
- Neves, C. (2007). *Impacto no Cuidador Principal, do Cuidado ao Doente Paliativo no Domicilio* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina, Lisboa, Portugal.
- Neves, M. (2012, dezembro). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*.3(8). pp. 125-134
- Newhouse, R., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L., White, K. (2005). *The Johns Hopkins evidence-based practice rating scale*. Baltimore: The Johns Hopkins University School of Nursing /The Johns Hopkins Hospital.
- Nunes, S. (2001)– Resiliência familiar: estudo da capacidade de resiliência nos familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos oncológicos. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. 2º Sem. 20-32. ISSN 0873-8904.
- Oliveira, S., Junior F., Dellaroza, M. Yamada, K Trelha, C., Cabrera, M.(2006). Perfil dos cuidadores de Idosos pelo projeto de assistência inter-hospitalar a idosos em nível primário. *Ciência Cuidado e Saúde*, 5(2), 184-192.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Grafinter
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. Consultado a 20 Maio de 2021. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid\\_DiaInternacionaldaFamilia2008.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFamilia2008.aspx)

- Ordem dos enfermeiros (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos enfermeiros. p.127.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Código Deontológico Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Consultado a 6 Junho de 2021. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2017). Projeto de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária- na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e nas áreas de Enfermagem de Saúde Familiar. Leiria. Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Consultado a 6 novembro 2021. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro das Competências Especialista. Diário da República II Série N.º26.
- Pacheco, S (2002). – Cuidar da pessoa em fase terminal: perspetiva ética. Loures: Lusociência, 152 p. ISBN 972-8383-30-4
- Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente. Coimbra: Almedina
- Payne, S. Hudson, P, Grande, G., Oliviere, D., Tishelman, C., Pleschberger, S., Firth, P., Ewing, G., Hawker, S. & Kerr, C. (2010). White Paper on on improving support for family carers in palliative care. European Journal of Palliative Care, 17(5), 238- 245.
- Pereira, M., Lopes, C. (2005). O doente oncológico e a sua família., (2a ed.) Manuais Universitários: Climepsi.p. 73;
- Pereira, S. M. (2010). Cuidados Paliativos: Confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica.
- Petronilho, F. A. S. (2007)- Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau., 195p. ISBN 978-972-8485-91-7.
- Petursdottir, A.B., Svavarsdottir, E.K. (2019). The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care. doi: 10.1111/jan.14089
- Phillips (2002). Irmã Callista Roy: Modelo de Adaptação In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures. Lusociência.
- Potter, P., & Perry, A. (2021). Fundamentos de Enfermagem conceitos e procedimentos. 9ª Edição. Loures. Lusociência.
- Rasheed, S. P. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse / Client Relationship. International Journal of Caring Sciences, 8(1), 211–217.
- Rato, M. (2018). Vivências dos Familiares da Pessoa com Demência : Papel do Enfermeiro de Família (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico da Guarda). Consultado em: [http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/4709/1/E Com - Marta S F N 103 Rato.pdf](http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/4709/1/E%20Com%20-%20Marta%20S%20F%20N%20103%20Rato.pdf)
- Regulamento n. o 140/2019. Diário Da República, 2 a Série, n o 26, 4744–4750.
- Regulamento n.º 126/2011. (18 de 02 de 2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série N.º35, pp. 8648-8653
- Regulamento N.º 367/2015 DE 29 DE JUNHO DE 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República. 2.ª Série N.º 124. 29 de Junho de 2015. (17384-17391) Consultado a 20 Junho de 2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>
- Regulamento n.º 428/2018. (16 de 07 de 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.º135, pp. 19357-19359.

- Rodrigues, L. M. O. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Consultado a 18 Junho de 2021. Disponível em <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Relvas, A. (2004). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. D., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2).
- Rosado M. (1993). Os técnicos de saúde face ao doente terminal – contributo para o estudo desta problemática. Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Coimbra. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, p. 53.
- Rolo, L. (2009). Sobrecarga e satisfação com a vida: a perceção dos cuidadores informais de idosos. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro, Portugal.
- Sapeta, P. (2011). Cuidar em Fim de Vida: O processo de interação enfermeiro doente. Loures: Lusociência.
- Santos, F., Acioli, S., Rodrigues, V., Machado, J., Souza, M., & Couto, T. (2016). Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1124–1131. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., Costa, N. M. V. N. (2011), Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº3, 15-23.
- Sequeira, C. A. d. C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série(12), 9-16.
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, II(6), 91–108. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Shyu, Yea-Ing L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A Taiwanese sample. *Journal of Advanced nursing*, 32(3), 619- 625.
- Sousa, C. F., Branco, M. Z. P. C. (2013). Meta-Síntese: Uma revisão da literatura – Contributos para o conhecimento e para os cuidados de enfermagem. *Enfermagem Foco*, 4 (2), 97 – 101. Consultado a 10 novembro 2021. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf>
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª ed., Lusodidacta. Loures.
- Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. P. 563-591. Loures: Lusociência
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa, Editores Climepsi, p.184.
- Wanderley, M.B.(1998). Papel do cuidador domiciliário. *Basília: Secretaria de Assistência Social*, in: Melo, T.Rodrigues, I.& Schmidt, D. *Caraterização dos Cuidadores dos pacientes em Cuidados Paliativo no Domicílio*, 55(4), 365-374.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na Família*. 5ª Edição. Brasil. Editora Roca.

## **APÊNDICES**

APENDICE I  
INDICADORES DE DESEMPENHO



## INDICADORES DE DESEMPENHO

A Contratualização é um instrumento de gestão por objetivos, operacionalizados através de um compromisso de resultados, baseado nas necessidades em saúde, orientado para ganhos em saúde, com a identificação e alocação de recursos e com monitorização, acompanhamento e avaliação. Em 2017 foi desenhado um novo modelo de contratualização, que se mantém em 2018. Atualmente contratualizam-se resultados em saúde num contexto de boas práticas e desempenho das organizações, nas suas diferentes áreas e dimensões, através de uma matriz multidimensional que pretende mostrar o resultado do que se faz e de como se faz. O resultado de cada indicador é lido de acordo com a seguinte métrica: resultado dentro do intervalo esperado =2 pontos, resultado dentro da variação aceitável =1 ponto, não cumpre nenhuma das condições anteriores =0 pontos. A definição dos intervalos esperados e das variações aceitáveis foram consensualizados no âmbito do grupo técnico, criado pelo despacho nº 3823/2016. Analisa-se seguidamente os resultados abril 2021 (maio não sofreram alterações significativas) por áreas do desempenho a nível dos indicadores considerados no cálculo do Índice Desempenho Global.

### Desempenho assistencial - Acesso

Tabela 1 – Indicadores de cobertura ou utilização

Código do indicador	Indicador	Min	Min	Max	Max	Resultado	Score
		Acei	Esp	Esp	Acei		
2013.001.01	Proporção de consultas realizadas pelo Médico Família	75	78	88	90	79.79	2
2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo Enfermeiro Família	60	65	75	80	64.83	0
<b>IDS – 100</b>							

Fonte: IDG 03/2021 MIM@UF

A acessibilidade a uma Unidade de Saúde é um indicador do seu funcionamento. O índice de desempenho de saúde de 50 ao nível da cobertura ou utilização demonstra que a equipa muito ainda tem para trabalhar e aplicar os recursos existentes para aumentar a

acessibilidade aos utentes. No entanto, nem todo o trabalho efetuado pode ser qualificado, e não vale a pena ter bons números se não for praticada uma consulta médica e de enfermagem de excelência, uma prática cada vez mais inerente aos profissionais da Unidade de Saúde, isto deve-se às restrições de utentes à unidades nesta situação de pandemia.

De salientar que a taxa de utilização de enfermagem a 3 anos é de 72,73 , muito próxima do mínimo esperado , o que é um resultado bom, é fundamental manter e reforçar o conceito de enfermeiro de família junto dos nossos utentes, privilegiando a consulta com as respetivas enfermeiras de família.

A visitação domiciliária quer médica quer de enfermagem é de extrema importância dado ser deste modo que temos a noção da globalidade da família e as relações que existem entre os diversos elementos familiares.

## PERSONALIZAÇÃO

Tabela 2 – Indicadores de personalização

Código do indicador	Indicador	Min Acei	Min Esp	Max Esp	Max Acei	Resultado	Score
2013.003.01	Taxa de domicílios médicos por 1000 inscritos	12	18	35	40	7.424	0
2013.006.01	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	80	85	95	100	86.42	2
2013.099.01	Taxa de utilização de consultas de enfermagem - 3 anos	70	75	85	90	72.73	1
2017.330.01	Índice de utilização anual de consultas médicas	0,80	0,85	2	2	0.72	0
2017.331.01	Índice de utilização anual de consultas de enfermagem	0,70	0,75	2	2	0.74	1
IDS – 50							

Fonte: IDG 03/2021 MIM@UF

As consultas aos utentes pelo próprio médico de família apresentam um índice de 0.72 e 0.74 pelo próprio enfermeiro de família valores ainda um pouco aquém do que seria

desejado, isto deve-se ao fato de muitos profissionais serem deslocado para outros serviços coo a vacinação nos centros de vacinação e deixarem os utentes do seu ficheiro para os colegas atenderem.

## GESTÃO DA SAÚDE DO ADULTO

Tabela 3 - Indicadores de gestão de saúde do adulto

Código do indicador	Indicador	Min Acei	Min Esp	Max Esp	Max Acei	Resultado	Score
2013.046.01	Proporção de utentes [50;75[A, c/ rastreio de cancro CR	47	52	100	100	44.88	0
2013.098.01	Proporção de utentes >=25A, c/ vacina do tétano	85	92	100	100	95.36	2
2013.262.01	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	10	22	100	100	56.27	2
IDS – 65							

Fonte: IDG 03/2021 MIM@UF

Em relação aos indicadores proporção de utentes >=25<sup>a</sup> com vacina do tétano e a proporção de utentes com avaliação risco DM2 (3<sup>a</sup>) revelam um desempenho adequado visto que os indicadores propostos foram atingidos com um score de 2. O mesmo já não se verifica com a proporção de utentes dos 50 aos 75 anos com rastreio de cancro colo retal que tem um resultado de 44.88, score de 0.

## GESTÃO DA SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Tabela 4 – Indicadores de gestão de saúde infantil e juvenil

Código do indicador	Indicador	Min Acei	Min Esp	Max Esp	Max Acei	Resultado	Score
2013.014.02	Proporção RN c/cons. Méd. vigil. até 28 dias de vida	80	95	100	100	99.12	2
2013.093.01	Proporção das crianças 2A, c/PNV cumprido ou execução	95	98	100	100	97.70	2
2013.094.01	Proporção crianças 7A, c/PNV cumprido ou execução	95	98	100	100	97.82	2
2013.095.01	Proporção jovens 14A, c/PNV cumprido ou execução	95	98	100	100	98.70	2
IDS – 75							

Fonte: IDG 03/2021 MIM@UF

Após análise dos indicadores de gestão da saúde infantil e juvenil verifica-se um desempenho adequado visto que os indicadores propostos foram atingidos com um score de 2.

## GESTÃO DA DOENÇA

### Diabetes Mellitus

A USF Condestável tinha 1320 diabéticos diagnosticados até 31 de dezembro de 2018. Existem doentes que recorrem apenas à consulta de diabetes do CHL, tendo uma vigilância adequada, mas não recorrem à nossa consulta da USF, o que influencia alguns resultados.

Tabela 5– Indicadores de gestão de DM

Código do indicador	Indicador	Min Acei	Min Esp	Max Esp	Max Acei	Resultado	Score
2013.039.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	50	60	100	100	69.05	2
2013.261.01	Proporção DM c/ registo risco úlcera pé	75	80	100	100	85.08	2
2013.274.01	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. Adequada	75	85	100	100	89.55	2
2013.275.01	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	60	70	100	100	86.66	2
2017.350.01	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	120	120	300	320	469.90	1
2017.351.01	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. Controlado	120	120	300	320	436.76	0
IDS – 72,70							

Fonte: IDG 03/2021 MIM@UF

Nesta tabela verifica-se um desempenho muito satisfatório relativamente aos indicadores 39, 261, 274, 275. Demonstram que a equipa da Unidades superou a maioria das metas propostas no plano de ação e reflete o esforço da equipa para um seguimento de excelência dos seus utentes diabéticos. Relativamente aos indicadores 350 e 351 diz respeito aos custos, estes resultados estão relacionados com o fato de muitos utentes serem idosos e/ou terem insuficiências renais em grau moderado e necessitarem de medicação com menor risco de eventuais complicações. Os utentes desta unidade estão bem controlados à custa de medicação mais cara.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL

Em Portugal, as doenças cérebro-cardiovasculares são a principal causa de morte e a HTA, dentro destas doenças, configura um dos principais fatores de risco cardiovasculares modificáveis. Em 2018 a USF tinha 3789 hipertensos.

Tabela 6 – Indicadores de gestão de HTA

Código do indicador	Indicador	Min	Min	Max	Max	Resultado	Score
		Acei	Esp	Esp	Acei		
2013.020.01	Proporção de hipertensos < 65 anos com PA < 150/90	50	67	100	100	51,08	1
2017.352.01	Custo com terapêut. do doente c/HTA	50	50	90	95	97,85	0
2017.353.01	Custo com terapêut. do doente c/HTA controlada	50	50	100	105	109,62	0
IDS – 50							

Fonte: IDG 03/2021 MIM@UF

O indicador 20 referido na tabela revela que os utentes não apresentam uma tensão arterial controlada mesmo com fármacos caros o que leva a deduzir que seja pela má adesão aos estilos de vida. É importante insistir na promoção de estilos de vida saudáveis aos utentes com o objetivo de melhorar o seu risco cardiovascular.

## APENDICE II

### PROCESSO DE ENFERMAGEM - MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR DE CALGAR



4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

**PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Catarina Teixeira

Leiria, julho de 2021

4ºCurso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

**PROCESSO DE ENFERMAGEM**  
**MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE CALGARY**

Catarina Teixeira (aluna nº 5200321)

**Unidade Curricular:** Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Estágio I

**Orientador de Ensino Clínico:** Enf<sup>ª</sup> Mestre Tânia Jordão

**Professor Supervisor:** Prof. Dra Célia Jordão

**Equipa Pedagógica:** Prof<sup>ª</sup> Clárisse Louro; Prof<sup>ª</sup> Célia Jordão; Prof. João Frade; Prof<sup>ª</sup> Teresa Kraus.

Leiria, julho de 2021

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID19 - Coronavírus SARS-COV-2

EC – Ensino Clínico

Enf<sup>a</sup> – Enfermeira

HTA – Hipertensão Arterial

USFC – Unidade de Saúde Familiar Condestável

# índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>vi</b>
<b>1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE CALGARY .....</b>	<b>vii</b>
<b>2. COLHEITA DE DADOS PARA APLICAÇÃO DO MODELO DE CALGARY ...</b>	<b>ix</b>
2.1. IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA.....	xi
2.2. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL .....	xi
2.2.1. Estrutura Interna .....	xii
2.2.2. Estrutura Externa .....	xiii
2.2.3. Genograma e ecomapa.....	xiii
2.2.4. Contexto.....	xv
2.3. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO.....	xvi
2.3.1. Etapas.....	xvii
2.3.2. Tarefas .....	xvii
2.3.3. Vínculos .....	xviii
2.4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	xviii
2.4.1. Instrumental .....	xviii
2.4.2. Expressivo .....	xix
2.5. PLANO DE CUIDADOS.....	xxi
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>xxvii</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>xxviii</b>

## ANEXOS

ANEXO I – ESCALA “TIPO DE FAMÍLIA”

ANEXO II – ESCALA DE GRAFFAR

ANEXO III – APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

ANEXO IV – ESCALA “TIPO DE HABITAÇÃO”

ANEXO V - ESCALA “C.DUVALL”

ANEXO VI - ESCALA DAS FACES

ANEXO VII- QUESTIONÁRIO DAS FORÇAS FAMILIARES

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Genograma e Ecomapa.....	xiv
Figura 2-Legenda do Genograma e Ecomapa.....	xiv

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico I (ECI), do Curso de Mestrado em Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi selecionada uma família, sobre a qual foi desenvolvido o processo de enfermagem familiar. De modo a atingir o objetivo geral do EC I que é a avaliação de uma família em situação de especial complexidade, formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar, a seleção desta família foi efetuada com a ajuda da enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, da USFC, sendo a profissional de referência que respondem às necessidades das suas famílias e que melhor conhecem as suas características e necessidades. O ECII contempla dar continuidade ao processo de enfermagem iniciado no ECI.

No desenvolvimento do processo de enfermagem foi aplicado o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, foram usadas as escalas e instrumentos considerados pertinentes para a avaliação desta família. No final foi elaborado um plano de cuidados, direcionado à família, através da linguagem CIPE.

O Modelo de Calgary reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando como propriedades a globalidade, a equifinalidade e a auto-organização, o que lhe confere uma organização específica. Partilha o princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, devem ser dirigidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências (Figueiredo, 2013).

## **1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE CALGARY**

Perante uma abordagem à família, é importante o enfermeiro possuir ferramentas, que o orientem e dotem de capacidades, de modo a entender as dinâmicas internas da família e a possa auxiliar no seu processo de desenvolvimento ao longo da vida. É neste contexto que surge o modelo de avaliação familiar de Calgary, como importante instrumento na prática de enfermagem de saúde familiar. Atendendo que, segundo o Modelo de aquisição de competências de Benner: (2001, p.63) “...com a experiência e o domínio, a competência transforma-se.” consideramos assim ser pertinente investigar o impacto de um programa interventivo no desenvolvimento de conhecimentos e competências na avaliação familiar.

O Modelo de Calgary de Intervenção na Família é uma estrutura organizada para a conceituação do relacionamento entre famílias e enfermeira, que ajuda a efetuar mudanças e iniciar a cura. É um modelo de flexibilidade, baseado nos pontos fortes, colaborativo e não hierárquico, que reconhece a experiência dos membros da família que enfrentam doenças (Wright e Leahey, 2012, p. 16).

Assim, o Modelo de Calgary implica o estudo da família em três eixos principais: estrutural, desenvolvimento e funcional. Cada categoria contém várias subcategorias que serão direcionadas à análise da família acompanhada durante o ECI.

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

Na abordagem à família, é importante o enfermeiro possuir ferramentas, que o orientem e dotem de capacidades, de maneira a entender as dinâmicas internas e externas da família de modo a auxiliar no processo de enfermagem ao longo do seu ciclo vital. É neste contexto que surge o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, como importante instrumento na prática de enfermagem de saúde familiar.

Assim, utilizei o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary na família Soares, para a avaliar e identificar situações de especial complexidade, formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e avaliar as intervenções de modo a promover as mudanças no funcionamento familiar, tendo sempre em atenção a avaliação estrutural, desenvolvimento e funcional, face às exigências e especificidades do seu ciclo vital.

Considero que este modelo reconhece a complexidade do sistema familiar com a dinâmica das dimensões evolutivas, contextuais e relacionais entre os seus membros, a intervenção é orientada por uma abordagem sistémica, promovendo e potencializando as suas forças, pois a família é um sistema em constante mudança, com ênfase também na interação com o ambiente envolvente. Este modelo considera a família, enquanto cliente e unidade de intervenção como um sistema auto organizativo onde “...emergem processos de co-construção evolutivos inerentes a sua complexidade e multidimensionalidade.” (Figueiredo 2012, p.67)

A colheita de dados foi fundamental para a elaboração do Processo de Enfermagem, pela qual foi realizado várias entrevistas á família de forma a analisar as informações partilhadas, planear diversas intervenções e posteriormente aplicar as mesmas mediante necessidades afetadas.

Compreender a dinâmica da família envolvendo todos os seus membros nos cuidados de saúde será uma vantagem, ajudando as famílias a efetuarem as suas transições no desenvolvimento das situações de vida, prestar cuidados de excelência, incluindo a promoção da saúde e a prevenção de complicações (Hanson, 2005).

Assim, uma das entrevistas foi realizada no seu domicílio, optando por um ambiente acolhedor, como forma de facilitar a colheita de dados. Ao longo de todas as entrevistas, a utente e família mostrou-se bastante colaborante, às questões realizadas, como na partilha voluntária de episódios ocorridos ao longo da sua vida.

O primeiro contacto com a família foi realizado na segunda semana de ECI, dia 26 de maio, na visitação domiciliária programada pela orientadora Tânia.

Durante esta visita domiciliária, a enf<sup>a</sup> de família (enf<sup>a</sup> orientadora) apresentou-me á família e explicou o objetivo da minha visita, garantido o anonimato de todos os elementos envolvidos e associado ao dever ético e deontológico de enfermagem, tendo imediatamente tido consentimento pela família.

No EC II tive a oportunidade para me deslocar novamente a casa da família Soares com a finalidade de programar intervenções de enfermagem em colaboração com a L. e a respetiva família de modo a identificar as estratégias de coping que possibilitem enfrentarem situações de crise normativas e acidentais, que possibilitem a capacitação da família apartir da maximização do seu potencial de saúde.

## 2. COLHEITA DE DADOS PARA APLICAÇÃO DO MODELO DE CALGARY

A família Soares vive na Torre, freguesia do Reguengo do Fetal, concelho da Batalha. A sua área de residência é abrangida pela atividade da USF Condestável, ficando a 1 km do Polo 2 (Reguengo do Fetal), e a 4 Km do Polo 1 (sede – Batalha).

Esta família resulta de um casamento católico da Sra. L nascida em 13/07/1967 com o Sr. J nascido em 05/06/1963, no qual nasceram 2filhos: a M (23 anos) e V (17 anos).

Habitam em casa própria (r/chão e 1ºandar) que apresenta boas condições habitacionais de higiene e sanitárias. O relacionamento do casal com os filhos foi sempre próximo com demonstração de carinho e afeto, resultando numa ligação afetiva forte entre todos os elementos da família.

Esta entrevista foi bastante importante, pois criou-se uma empatia por ambas as partes família/enfermeiro, nomeadamente com a L.V., conseguindo-se iniciar uma relação terapêutica numa perspetiva colaborativa e perceber que a família tinha vontade de colaborar. Esta entrevista permitiu iniciar a avaliação familiar com base no modelo de Calgary, nomeadamente a nível estrutural e funcional.

Nesta visita domiciliária encontrava-se presente a L. V., paciente identificada e o filho (o marido mecânico de profissão estava a trabalhar e a filha estava na escola frequentar o 12º ano na Batalha na área de Humanidades), que demonstraram grande empenhamento na entrevista, em que falaram dos seus problemas e preocupações não só em relação a eles mas em relação a toda a família nas vertentes bio/psico/social e espiritual. Para tal utilizei alguns instrumentos de avaliação familiar, como as escalas que se encontram no SClínico: tipo de Família (anexo I) , escala de Graffar(anexo II).escala da Apgar familiar de Smilkstein (anexo III) escala tipo de Habitação(anexo IV), escala C. Duvall(anexo V) , escala das Faces (anexo VI) e a escala do questionário das forças Familiares (anexo VII)

Esta entrevista foi fundamental para o desenvolvimento conjunto do Genograma e Ecomapa, perceber o tipo de família (família nuclear – casal com filhos), que segundo o ciclo vital familiar situa-se na etapa VI “família com jovens adultos” - escala C. Duvall,(anexo V) família altamente funcional com uma pontuação 9 segundo a escala de Apgar (Anexo III), pertencente á classe social média, como se comprova através da escala de Graffar (anexo II), condições habitacionais (escala tipo de habitação), a sua complexidade, auto-organização e alguns

diagnósticos da família, segundo o modelo de Calgary., que me permitiram estabelecer uma melhor comunicação terapêutica e colher informações a nível da prevenção de doenças, das crenças (família católica), atitudes, sentimentos, competências e padrões de comportamento e conhecimentos, para a elaboração do plano de cuidados á família.

Através dos instrumentos de avaliação familiar, pude verificar que nesta família existe normas flexíveis definidas no subsistema conjugal, existindo sempre diálogo entre os elementos da família respeitando a opinião de cada um, os limites são claros e as fronteiras difusas, tornando-se numa família emaranhada. Esta família apresenta uma comunicação circular e um grau elevado de coesão e adaptabilidade em situações de crise, sejam normativas ou acidentais. Contudo, este tipo de padrão de funcionamento gera um grau elevado de dependência, entre elementos da família nuclear, existindo uma partilha constante.

A família S, atualmente vivência uma crise acidental associada a um processo de transição saúde-doença, impulsionada pelas metástases da neoplasia maligna do estomago em 2017.

Segundo Hanson (2005, p.7) “a saúde de um individuo (no *continuum* da saúde para a doença) afeta toda a função da família, e por sua vez, a função da família afeta a saúde de cada indivíduo”. Neste contexto, a doença de um dos membros da família, nomeadamente na presença de doença crónica, toda a família é afetada, existindo a passagem de um estado de saúde para um estado de doença. Este acontecimento revela-se como gerador de crise e de transição acidental, estando inerente uma mudança global do sistema familiar, com redefinição e readaptação de papéis (Alarcão 2000)

O processo familiar é apresentado de acordo com o Modelo de Calgary e um Plano de Cuidados de Enfermagem no âmbito da Saúde Familiar, tendo sido evidenciado alguns diagnósticos direcionados à pessoa identificada como: a adaptação, o medo, aceitação do estado de saúde, o regime terapêutico, dor oncológica, queimadura e à família: o conhecimento da família sobre os estilos de vida saudáveis, satisfação conjugal, processo familiar disfuncional e papel do prestador de cuidados não adequado . Pela complexidade das suas intervenções, apenas foi possível no decorrer deste EC II, avaliar alguns dos resultados, devido à situação atual que estamos a viver relativamente á pandemia COVID19, e também devido à situação de fragilidade do paciente identificado.

Na Enfermagem de Saúde Familiar, a informação e as intervenções devem ser implementadas ao longo da relação terapêutica que se estabelece e confiança e nunca impostas pelo enfermeiro.

Sendo assim, não foi possível perceber alguns dos ganhos em saúde que se conseguiram, uma vez que os mesmos serão essencialmente visíveis a médio prazo.

Um episódio de doença configura sempre alterações no quotidiano da vida da pessoa. Porém, o confronto com uma doença crónica, que numa definição simplista pode ser considerada como uma patologia controlável mas não curável, vem vulnerabilizar a pessoa e toda a sua envolvente – família, desempenho social, e até cultural. Cabe às famílias cuidar dos seus, assumindo o cuidado ou delegando-o em instituições criadas para o efeito, e por seu turno, ao enfermeiro que, segundo Figueiredo, (2009), deve promover a autonomia do sistema familiar, concebendo a família como unidade em transformação, e capacitando-a para os seus constantes processos de mudança. A família está no centro das funções de cuidado. Para este autor, *é no seu contexto social que se salvaguarda a saúde e se lida com as doenças. A família representa, na verdade, a unidade básica de atenção à saúde.*

## 2.1 IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

A Senhora L.V.. é a matriarca da família, do sexo feminino, tem 53 anos . Agora encontra-se reformada por invalidez, a sua atividade era operária fabril numa fábrica de loiça. Tem como antecedente pessoais neoplasia benigna da mama e doença fibroquística da mama (2013), perturbação depressiva (2014), neoplasia maligna do estômago (2017), perturbação visual (2018), bócio (2018), limitação funcional/incapacidade (2020). Desconhece história de alergia a medicamentos.

Casado com a senhora L.V., temos o Sr. J.S. que é do sexo masculino, tem 57 anos e trabalha numa oficina de automóveis como mecânico por conta de outrem.

## 2.2 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Neste subcapítulo está exposto a avaliação estrutural interna e externa da família, bem como o seu contexto familiar.

### **2.2.1 Estrutura Interna**

A estrutura interna engloba os parâmetros da composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites/fronteiras.

#### **Composição Familiar:**

- ✓ Família Nuclear com filhos jovens adultos, que formam o casal, para tal utilizei a escala “Tipo de Família” ( anexo I) que se encontra no SClínico.

#### **Género:**

- ✓ L., género feminino, 53 anos, reformada por invalidez, católica praticante, tem como antecedentes deformação adquirida da coluna(2011), doença fibroquística da mama e neoplasia benigna da mama(2013),neoplasia maligna do estômago (2017), bócio (2018), gastroenterite com infeção presumível (2019) e limitação funcional/incapacidade (2020).
- ✓ M, género masculino, 54 anos, mecânico de automóveis por conta de outrem, católico praticante e tem como antecedentes pessoais: abuso do tabaco (2011), distúrbio ansioso/estado ansiedade (2016), abuso crónico de álcool (2016), perturbação depressiva (2017) e HTA (2019)

#### **Orientação Sexual**

- ✓ Família de orientação heterossexual.

#### **Ordem de Nascimento:**

- ✓ J nasceu em 05/08/1963 tem 57 anos e L em 13/07/1967 tem 53 anos, tendo 4 anos diferença. Esta família, tem 2 filhos:
- ✓ M de 23 anos, primeiro filho do casal frequenta ensino superior Mestrado na área de Informática
- ✓ V de 17 anos segundo filho do casal a frequentar o 12º ano na Batalha na área de humanidades

#### **Subsistemas:**

- ✓ Subsistema Individual- composto por cada um dos elementos.

- ✓ Subsistema Conjugal – Constituído por a J e L – Sistema Horizontal. Neste subsistema existe uma relação de cooperação, com sentido forte de pertença e complementaridade.
- ✓ Subsistema Filial – Constituído pela relação pais e filhos (J e L, com M e V) – Sistema vertical.

### **Limites e Fronteiras**

- ✓ Família com normas bem definidas no subsistema conjugal. No entanto as mesmas normas não deixam de ser flexíveis havendo sempre um diálogo entre os conjugues com respeito de opinião de cada um, tendo limites claros, fronteiras difusas tornando-se numa família emaranhada, pois o grau de coesão é elevado e vivem para a família, sendo que quando existe algum sintoma físico ou psico, é imediatamente detetado.

#### **2.2.2 Estrutura Externa**

A senhora L.V. tem uma boa relação com a vizinha que se mostra ser uma boa amiga da mesma. Mantém uma relação próxima como a Unidade de Saúde Familiar Condestável – Pólo RF, contactando a enfermeira de família sempre que precisam de algo.

#### **2.2.3 Genograma e ecomapa**

A estrutura externa inclui a família alargada e os subsistemas mais amplos da sociedade. De acordo com Cecilio, Santos e Marcon (2014) para dilinear a estrutura familiar utiliza-se o genograma e ecomapa. O genograma é um diagrama representativo da família, ou seja, é a árvore familiar que representa a estrutura interna, auxiliando o enfermeiro no planeamento e intervenção familiar e permite ainda, observar de forma clara os membros que constituem a família e identificar as principais patologias, facilitando o plano terapêutico. Ainda segundo os mesmos autores, o Ecomapa é um complemento do Genograma e consiste numa representação gráfica dos contatos dos membros da família com a comunidade, permitindo avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e a sua utilização pela família.

Segue-se o genograma que permite visualizar a família da senhora L.V. bem como o ecomapa, que expõe as relações exteriores à família. (Figura 1)

Figura 1-Genograma e Ecomapa.

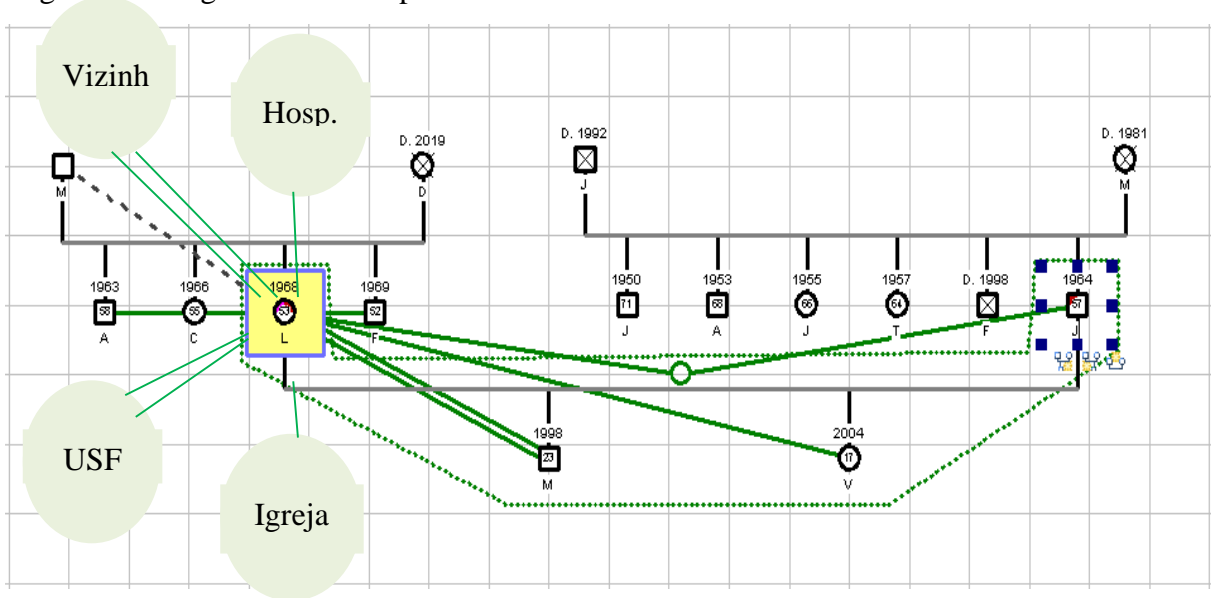
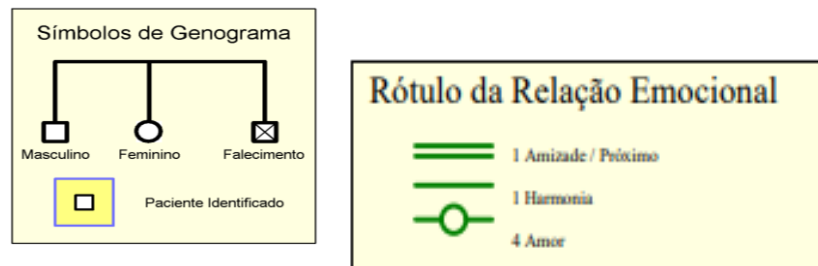


Figura 2-Legenda do Genograma e Ecomapa.



A paciente identificada tem uma relação muito forte com a vizinha que a apoia nas deslocações aos tratamentos ao hospital e em casa quando está mais fragilizada e com a USFC que presta todos cuidados necessários.

Destaco a vivência de uma família, um casal na VI fase do ciclo vital de Duvall, a vivenciar uma situação de crise acidental (paciente identificado com um diagnóstico de neoplasia com tratamentos consecutivos, que pensava já estar finalizado, porém, com o ressurgimento de novas metástases ósseas, deu início a um novo processo de tratamentos). Esta situação de crise acidental na família permitiu-me refletir sobre as propriedades de equifinalidade e acompanhar o processo de auto-organização da família. Cada família é “única” devendo ser compreendida

como um sistema aberto, sujeito a influências externas e a forças internas (Figueiredo, 2013) perante as quais se organizam e tomam decisões.

### **Sistemas mais amplos:**

Esta subcategoria refere-se a instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família tem um contacto mais significativo (Wright & Leahey, 2012).

A família em estudo mantém contacto significativo com USF C, através de consultas de vigilância no âmbito dos programas de HTA, Planeamento familiar e Cuidados Curativos quando necessário na própria unidade ou domicílio. Também recorre ao hospital de Santo André, quando necessário (consultas de vigilância, tratamentos de quimioterapia ou situações de urgência). Têm contacto com uma vizinha que serve de apoio no transporte no momento dos tratamentos no hospital. Neste momento não têm nenhuma outra rede de apoio, devido ao momento atual – COVID19, só saem de casa por necessidade (ida às compras, farmácia ou ao banco).

A nível de recursos da comunidade frequenta a igreja e a casa de uma vizinha quando se sente mais sozinha.

## **2.2.4 Contexto**

O contexto inclui cinco subcategorias: Raça, Etnia, Classe Social, Religião/Espiritualidade e Ambiente

### **Raça/Etnia**

Família Caucasiana e de etnia portuguesa

### **Classe Social**

A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais, sendo por isso também pertinente a sua avaliação.” (Figueiredo, 2012, p. 75).

A classe social foi avaliada com recurso à Escala de Graffar (anexo II) tendo em conta os cinco critérios: a profissão, o nível de instrução; as fontes de rendimentos familiares, conforto da habitação e aspetos do bairro onde reside. A profissão encaixa-se no grau 3 – empregados e operários qualificados. O nível de instrução é: escolaridade  $\geq 4$  e  $< 9$  anos. A fonte de

rendimento é correspondente ao vencimento mensal fixo. O conforto de habitação equivale ao 5º grupo em que a casa/andar se encontra bem construída e em bom estado de conservação; os espaços estão bem iluminados e arejados com cozinha e casa de banho. A zona de habitação corresponde ao 2º grupo caracterizado por zona residencial boa de ruas largas com casa confortável e bem conservadas. Consoante estes critérios, soma-se um total de 15 pontos que posiciona a família na classe média.

Vivem em casa própria com um pequeno terreno a 3km da USFC - Pólo RF, com boa acessibilidade. Os espaços são razoavelmente iluminados, bem arejados e limpos. Tem saneamento básico e eletricidade. Ela cozinha para si e para o marido e tenta ter uma alimentação equilibrada e variada, embora que refira perda de apetite e não se tem alimentado nas quantidades suficientes devido à patologia que apresenta. Não apresenta consumos de álcool, tabaco ou uso de substâncias. tendo verificado que pertencem à classe Média. Também utilizei a escala de Apgar Familiar de Smilkstein (anexo III) tido uma pontuação de 9 valores, correspondendo a uma Família altamente funcional.

### **Religião /Espiritualidade**

A espiritualidade e a religião também influenciam os valores, os cuidados de saúde e os hábitos sociais da família (Wright & Leahey, 2012).

A família em estudo, é católica praticante, mas no momento não vai à igreja com muita frequência por causa da Pandemia e por se apresentar numa situação de grande vulnerabilidade. A fé, as crenças e os valores religiosos têm estado sempre presentes na vida do casal, segundo os próprios ajudam a ultrapassar os momentos mais difíceis da vida.

### **Ambiente**

A habitação da família situa em zona rural, no centro do lugar, casa de rés/chão e 1º andar. É dotada de boa iluminação e exposição solar, possui água da rede e saneamento e aquecimento geral.

O 1º andar é composto por 3 quartos, 1 sala, 2 casas de banho e 1 cozinha, sendo utilizada somente durante a noite. Durante o dia a família utilizam o rés/chão que é composta por 1 cozinha e sala e 1 casa de banho.

A casa apresenta boas condições de higienização, a limpeza é efetuada por L. e na impossibilidade desta pela filha V.

Para obter estas informações, utilizei a escala de “Habitação” (anexo IV) que se encontra no SClínico.

## 2.3 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação do desenvolvimento identifica o estágio do ciclo de vida em que a pessoa se encontra e as tarefas que cada membro tem bem como os vínculos que estabelecem entre si.

### 2.3.1 Etapas

De acordo com Figueiredo (2012), a identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra, permite melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre as áreas de avaliação de maior relevância.

Segundo C.Duval, a família Soares apresenta-se na fase VI - Família com jovens adultos

A família Soares, encontra-se associada a um processo de transição saúde- doença, com sucessivos tratamentos de quimioterapia de L com necessidade de reorganização das dinâmicas familiares.

Para tal o EESF deve intervir nos cuidados antecipatórios, antevendo necessidades e problemas potenciais associados ao processo de transição desenvolvimental dos membros do casal relacionado com o processo de doença (diminuição da autonomia, atividade física e mental, maior suscetibilidade para a doença).

### 2.3.2 Tarefas

A senhora L.V. está responsável pelas tarefas domésticas, embora que aquilo que não consiga fazer, o senhor J.S.. ajuda. Tem gosto por cozinhar e vai realizando períodos de descanso durante essa atividade para as poder completar. Tudo o que for tarefas externas à casa, como por exemplo ir às compras, o senhor J.S. assume essa responsabilidade.

### 2.3.3 Vínculos

A relação entre o casal transparece ser boa e percebe-se que existe bastante proximidade afetiva entre o casal e os seus filhos.

Os vínculos são laços afetivos e emocionais criados entre duas pessoas específicas (Wright & Leahey, 2009). A família em estudo, apresenta um grau elevado de coesão e adaptabilidade em situações de crise, sejam normativas ou acidentais. Contudo, este tipo de padrão de funcionamento gera um grau elevado de dependência, entre elementos da família nuclear e alargada, existindo uma partilha constante. Para chegar a esta conclusão utilizei a escala FACES II, versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995).

## 2.4 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Na avaliação funcional pretende-se avaliar como a família interage entre si tendo em conta as duas esferas: a instrumental e a expressiva.

### 2.4.1 Instrumental

Na dimensão instrumental está compreendido as atividades de vida diárias da família e a satisfação das suas necessidades.

Comunicar: É evidente uma boa comunicação entre a família. Respirar: Não existe nenhuma alteração. Comer e beber: Fazem uma alimentação equilibrada e variada, no entanto um pouco limitada devido à gastrectomia total. Referiu também episódios de náuseas e vômitos mais acentuados e evidentes após os ciclos de quimioterapia. Higiene pessoal e vestir-se: Possuem ambos uma boa higiene e vestem-se de acordo com o ambiente que os rodeia.

Controlar a temperatura do corpo: Sem alterações. Movimentar: A senhora L.V. movimenta-se sem dificuldade, apenas apresenta algum desequilíbrio após os tratamentos de quimioterapia, devido à situação de fragilidade. Trabalhar e divertir-se: reformada por invalidez. A senhora L.V. tem gosto por cozinhar e em cuidar do jardim. Expressão da sexualidade: Não avaliado. Sono e repouso: Não possuem esta necessidade alterada. Morte: Não avaliado.

### **2.4.2 Expressivo**

Segundo a avaliação feita com a escala de APGAR familiar revela que a família é funcional, tendo apresentado 9 pontos na escala, que avalia a adaptabilidade, a participação, o crescimento, o afeto e a resolução. Têm uma boa relação com os filhos, o filho mais velho M.S. de 23 anos estudante universitário em Lisboa na área de informática, passa algum tempo fora, visto que, está a terminar o mestrado nessa área. A filha V. S. de 17 anos frequenta o 12º ano na área de humanidades em Fátima.

Há liberdade entre os membros da família para se expressarem e falarem sobre os seus problemas.

#### **Comunicação Emocional**

De acordo com a avaliação da escala Faces II, cada um tem liberdade de expressar as suas emoções, sendo que a opinião de cada um é tida em consideração para a tomada de decisão.

Durante as entrevistas com o casal, foi possível perceber que a Sra. L. é uma pessoa que demonstra os seus sentimentos, enquanto o Sr. J é mais reservado na demonstração das suas emoções.

#### **Comunicação Verbal**

Durante as entrevistas, consegui entender que o casal vive num ambiente de empatia, conseguem verbalizar o que pensam e o que sentem.

#### **Comunicação Não-verbal**

Durante as entrevistas com o casal, consegui perceber que sobretudo a sra L. ao contar algumas das crises familiares nomeadamente acidentais que se expressa de um modo não-verbal, através de gestos, postura corporal e movimentos.

#### **Comunicação Circular**

A nível de comunicação circular existe quando surge uma transição na família, todos os elementos da família comunicam e ajudam-se mutuamente.

#### **Soluções de Problemas**

A família demonstra um coping familiar eficaz, face às transições, manifestando comportamentos de mobilização de estratégias e recursos.

Quando existe um problema, tentam resolver em família esse não conseguem, tentam procurar ajuda a nível dos recursos da comunidade (vizinha).

### **Papéis**

Neste momento, a família Soares encontra-se focada principalmente no papel filial, seguido do conjugal.

### **Influência e Poder**

Verifica-se que o Sr J é o elemento responsável pela gestão financeira, enquanto a Sra. L. responsável pela gestão das tarefas diárias, uma vez que está reformada por invalidez.

### **Crenças**

Todos os elementos desta família são católicos e que no momento não são praticantes devido à Pandemia COVID19.

### **Alianças e Uniões**

A família em estudo apresenta orientação, equilíbrio e intensidade dos seus relacionamentos, nomeadamente entre os filhos. Para tal utilizei o Questionário das Forças Familiares.

Esta experiência e outras permitiram-me avaliar o funcionamento da unidade familiar em simultâneo com o desenvolvimento a nível individual, e perceber que nem todos lidam com o problema da mesma maneira, mas o objetivo final é conjunto: conseguir um equilíbrio dinâmico pela harmonização das forças que têm para a mudança e adaptação e os mecanismos que promovem a estabilidade do sistema familiar. Sendo a transição caracterizada pela mudança de um estado para o outro, é necessário que a família esteja capacitada para usar mecanismos ou recursos que lhe permitam resolver os desajustes, no sentido de se adaptar a um novo estado para resolução da crise (Meleis, 2000).

## 2.5 PLANO DE CUIDADOS

O Plano de Cuidados que se segue, refere-se à família em estudo. Foram identificados diagnósticos de acordo com a avaliação efetuada e prendem-se com as situações de intervenção efetuadas ao longo do EC I e II. Na maioria das intervenções não foi possível observar ganhos em saúde devido à limitação temporal decorrente do contexto académico em que foi realizado e à situação de Pandemia COVID19.

### Plano Cuidados Individual - (Paciente identificado – L.V.)

(Continua)

Diagnóstico	Intervenções	Resultados
Aceitação do estado de Saúde Comprometida	Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde Encorajar a usar os serviços da comunidade Ensinar sobre estratégias adaptativas Ensinar sobre recursos da comunidade Ensinar sobre serviços de saúde Incentivar a comunicação de emoções Incentivar interação social	A L. inicialmente quando teve conhecimento do diagnóstico demonstrou revolta mas que reverteu com ajuda da família, vizinha, manifesta uma grande força de vontade

(Continua)

	<p>Incentivar o envolvimento da família</p> <p>Promover consciencialização</p> <p>Referir para o serviço médico (se necessário)</p>	
<p>Medo</p>	<p>Avaliar o medo (medo sim, medo da dor e sofrimento e medo de perder o controlo)</p> <p>Encorajar autocontrolo medo</p> <p>Ensinar sobre autocontrolo medo</p> <p>Encorajar a expressão de perceções, sentimentos e medo</p> <p>Encorajar a explicar as suas dúvidas, anseios e dificuldades</p> <p>Encorajar a identificar os seus pontos fortes e capacidades Encaminhar para psicólogo se necessário</p> <p>Encorajar a verbalizar sentimentos, perceções e medo</p> <p>Identificar os determinantes do medo/angústia.</p> <p>Investigar o contexto sociofamiliar</p> <p>Verificar com a utente os fatores causadores de medo</p> <p>Estabelecer relação de confiança com o utente</p>	<p>L. desenvolveu estratégias para ultrapassar o medo (quer mostrar-se forte perante os filhos- para que estes não fiquem tão sensibilizados com o evoluir da patologia)</p> <p>Comunica e interage com outros utentes e equipa de saúde durante o tratamento de quimio que vivenciam a mesma situação clínica</p>

<p>Adaptação</p>	<p>Disposição para gerir novas situações e desafios</p> <p>Adota comportamentos redutores de stress</p>	<p>Consciencialização da evolução da doença com o apoio incondicional da família, vizinha e enfermeira de família</p>
<p>Hábitos alimentares comprometidos resultantes de doença crónica: neoplasia maligna do estomago</p>	<p>Ensinar sobre padrão alimentar de acordo com a patologia</p> <p>Incentivar hábitos alimentares saudáveis</p> <p>Incentivar ingestão de líquidos</p> <p>Planear dieta</p>	<p>Tolera o que come sem vómitos e náuseas</p> <p>Come pouco e mais vezes ao dia, evitar comidas muito condimentadas</p>
<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do regime terapêutico</p>	<p>Avaliar conhecimento sobre gestão do regime terapêutico;</p> <p>Ensinar sobre gestão do regime terapêutico.</p> <p>Assistir na gestão do regime terapêutico</p> <p>Encorajar tomada de decisão para comportamento adesão</p> <p>Ensinar sobre autovigilância</p> <p>Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz</p> <p>Incentivar adesão regime terapêutico</p>	<p>Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico, quando tem mau estar e mais dores</p>

	Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar gestão regime terapêutico	
Queimadura de 2º grau devido a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes radioativos na zona inserção do cateter central	<p>Cuidados a ter na limpeza e desinfeção do local de inserção cateter;</p> <p>Executar tratamento à queimadura;</p> <p>Avaliar queimadura</p> <p>Monitorizar a dor</p> <p>Vigiar penso da queimadura</p> <p>Avaliar conhecimento sobre prevenção de infeções</p>	<p>A utente apresenta boa evolução cicatricial</p> <p>Aplicar creme cicatrizante</p>
Dor oncológica	<p>Avaliar o potencial para melhorar conhecimento sobre dor</p> <p>Ensinar sobre complicações da dor</p> <p>Ensinar sobre avaliação e prevenção da dor</p> <p>Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p>	<p>A senhora L. recorre a analgésicos e atividades de que aliviem a dor</p>

(Conclusão)

Identificados os problemas que serão alvo de intervenções de enfermagem passamos à terceira fase do processo de enfermagem à família, o planeamento de cuidados à família. Nesta fase, família e enfermeiro de forma conjunta, fixam prioridades na resolução dos problemas e resultados específicos e mensuráveis a alcançar. Todos os envolvidos devem ser ouvidos, devem concordar com o resultado que se pretende e como se considera que tal objetivo foi cumprido. Para atingir o estado de saúde pretendido são criadas intervenções de enfermagem promotoras da mudança

em direção ao objetivo estabelecido (Hanson, 2005). A implementação de cuidados de saúde à família constitui a quarta fase do processo de enfermagem à família, durante a qual a família, cujo envolvimento é fundamental, e o enfermeiro desempenham as atividades a que se propuseram a fim de atingir os resultados previamente fixados. Tal exige que o enfermeiro avalie continuamente a evolução da resolução do problema em curso, a necessidade de solicitar intervenção de outros profissionais, elementos da família ou da comunidade, o surgimento de novos problemas para a família e a eficácia dos cuidados prestados, fatores que podem levar ao ajustamento ou à mudança dos procedimentos (Hanson, 2005).

A avaliação de resultados dos cuidados de enfermagem à família constitui o último passo do processo de enfermagem. Verifica-se em que medida os objetivos foram atingidos, mediante os resultados e critérios de consecução estabelecidos. A avaliação de resultados é um processo contínuo que termina quando a família e o enfermeiro decidem que os objetivos foram atingidos com sucesso, cessando de seguida a relação terapêutica (Hanson, 2005).

Figura 5 - Plano Cuidados à família

(Continua)

<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados</b>
Satisfação conjugal comprometida	Promover comunicação eficaz conjugal (abertura entre o casal no sentido de expor toda e qualquer problema que possa surgir)  Estimular para atividades entre o casal  Ensinar sobre sexualidade	Promover saídas em casal (jantar, passeio a dois)  Comunicarem abertamente sobre qualquer situação que possa surgir

<p>Processo familiar disfuncional</p>	<p>Avaliar adequação do processo familiar</p> <p>Promover a comunicação expressiva de emoções</p> <p>Ajudar a família a identificar estratégias adaptativas de coping</p> <p>Promover o envolvimento da família otimizando padrão de ligação familiares</p> <p>Motivar para a redefinição da divisão / partilha das tarefas domésticas</p>	<p>Intervenho com a família de modo a identificar os problemas existentes e de modo colaborativo auxilio no fortalecimento da capacidade funcional. ( jantar em família que promovam uma comunicação aberta)</p>
<p>Papel do prestador de cuidados não adequado</p>	<p>Prestador de cuidados promove a ingestão nutricional e líquidos adequada ao membro da família dependente</p> <p>Prestador de cuidados auxilia no auto cuidado de higiene e vestuário</p> <p>Prestador de cuidados assiste o membro da família (senhora L.) na gestão regime terapêutico</p> <p>Motivar o prestador de cuidados a promover atividades de lazer adequadas ao membro da família dependente.</p>	<p>A senhora L. 2 dias após o ciclo de quimioterapia sente-se muito debilitada e sem forças e com mau estar geral, os filhos , marido e a vizinha assumem alternadamente o papel de prestador de cuidados.</p>

(Conclusão)

## CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, direcionados ao fortalecimento da família face aos seus projetos de vida, pela mobilização dos recursos e externos promotores de novas formas de interação, que fortalecem a saúde da família e a sua autonomia. Enquanto enfermeiros de família, estamos incumbidos da responsabilidade de ajudar as famílias a encontrarem as suas próprias forças, para lidarem tanto com os desafios do quotidiano como com as adversidades que ameaçam a sua integridade, isto é, a sua sensação de plenitude assim como o sentido de integridade das suas vidas, neste EC II foi possível ajudar colaborativamente com a utente e respetiva família a fazer o levantamento das intervenções a desenvolver e posteriormente avaliar os resultados esperados. A utilização deste modelo permitiu avaliar a organização desta família, com base numa perspetiva multidimensional. A família é alvo dos cuidados de enfermagem e o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações. É fundamental compreender a estrutura, o funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas familiares com o todo e com o meio envolvente. Os processos de enfermagem baseados em modelos teóricos sólidos levam a um raciocínio clínico, cujos resultados das intervenções de enfermagem evidenciam ganhos em saúde. A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica. Coimbra, Quarteto Editora.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cecilio, H. P. M. , dos Santos, K.S., Vendramento, M. M. & Marcon S.S. (2014). Modelo Calgary de avaliação da família: experiência em um projeto de extensão. *Cogitare enfermagem*, 19(3).
- Figueiredo, Henriqueta (2009) – Nota final. In BARBIÉRI, Maria C. [et al] - Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família. ISBN: 978-989-96103-2-3.
- Figueiredo, M. H (2012) Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures. Lusociência.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família, teoria, prática e investigação*. (Lusociência, Ed.) (2a Edição). Loures
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na Família*. 5º Edição. Brasil. Editora Roca

## **ANEXOS**

## ANEXO I - ESCALA “TIPO DE FAMÍLIA”

Fonte: SClínico, Versão V.3.5.0

Habitação	Graffar	C.Duvall	<b>Tipo de Família</b>	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
<p><input type="radio"/> Unitária - Só 1 elemento</p> <p><input type="radio"/> Monoparental - Só pai ou mãe e filhos</p> <p><input type="radio"/> Alargada - Avós, pais e filhos</p> <p><input type="radio"/> Reconstruída - Nova união após reformulação</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nuclear - Casal com ou sem filhos</p> <p><input type="radio"/> Outras</p>					

**ANEXO II - ESCALA DE “GRAFFAR”**

Habituação				
Graffar				
C.Duvall				
Tipo de Família				
Risco Familiar Garcia-Gonzalez				
Risco Familiar Segovia Dreyer				
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médicos industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados e escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Bairro de lata

Classe Social  
MÉDIA

Fonte: SClínico, Versão V.3.5.0

**ANEXO III – APGAR FAMILIAR**

**GRUPO V  
APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)**

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			9

9  
FCS/2021  
T.S.S.

## ANEXO IV - ESCALA “TIPO DE HABITAÇÃO”

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer		
<b>Data de registo</b> 07-01-2021	<b>Tipo de alojamento</b> Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição <b>Moradia</b> Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	<b>Regime de ocupação</b> Arrendada Cedida Desconhecido Outro <b>Própria</b>	<b>Estado conservação</b> <b>Bom</b> Desconhecido Mau Razoável	<b>Case de banho</b> Desconhecida Fora do alojamento Inexistente <b>No alojamento</b>	<b>Higiene</b> <b>Boa</b> Desconhecida Má Razoável	<b>Água</b> Desconhecido Não <b>Sim</b>	<b>Distribuição</b> Desconhecido Fontenário a - de 100m de casa Fontenário a + de 100m de casa Fora do alojamento <b>No alojamento</b>
	<b>Salubridade da zona residencial</b> Desconhecida Insalubre <b>Salubre</b>	<b>Topologia</b> Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 <b>T3 ou mais</b>	<b>Conforto</b> <b>Bom</b> Desconhecido Mau Razoável	<b>Aquecimento</b> Central Desconhecido <b>Local</b> Nenhum	<b>Electricidade</b> Desconhecido Não <b>Sim</b>	<b>Origem</b> Desconhecida Particular <b>Rede pública</b>	
			<b>Mobiliário e equipamento básico</b> Desconhecida Insuficiente <b>Suficiente</b>	<b>Barreiras arquitectónicas</b> Desconhecido Não <b>Sim</b>	<b>No interior</b>  <b>No exterior</b>  		

Fonte: SClínico, Versão V.3.5.0

## ANEXO V - ESCALA “C.DUVALL”

Habitação Grafiar C.Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Fonte: SClínico, Versão V.3.5.0

**ANEXO VI – ESCALA DAS “FACES II”**

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X
2. Na nossa família cada um pode expressar 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 familiares.					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 as coisas 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 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 nossa 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

- Nota: 1- Quase nunca  
 2- De vez em quando  
 3- Às vezes  
 4- Muitas vezes  
 5- Quase sempre

## ANEXO VII- QUESTIONÁRIO DAS FORÇAS FAMILIARES

Questionário das Forças Familiares  
(Ana Melo & Madalena Alarcão, 2009)

Segue-se uma listagem de coisas que por vezes acontecem nas famílias. Por favor assinala em que medida considera que as características descritas são parecidas com as da sua família, de acordo com a seguinte escala:

1- Nada parecidas  
2- Pouco parecidas  
3- Mais ou menos parecidas  
4- Bastante parecidas  
5- Totalmente parecidas

1. A família é optimista e procura ver sempre o lado positivo das coisas	1 2 3 4 5
2. A família acredita que os seus elementos, em conjunto, conseguem sempre encontrar maneira de lidar com os problemas	1 2 3 4 5
3. A família é muito unida	1 2 3 4 5
4. Na família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião	1 2 3 4 5
5. Os elementos da família tomam decisões em conjunto	1 2 3 4 5
6. Na família, sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar	1 2 3 4 5
7. Na família, toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projectos individuais e ao que é importante para si	1 2 3 4 5
8. Na família, cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo	1 2 3 4 5
9. Na família, as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas	1 2 3 4 5
10. Os elementos da família mostram abertamente o que sentem uns pelos outros	1 2 3 4 5
11. A família sente que os seus elementos são capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer	1 2 3 4 5
12. Na família, existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir	1 2 3 4 5
13. Os elementos da família fazem coisas e actividades em conjunto	1 2 3 4 5

14. Na família, há boa disposição e os seus elementos encontram sempre momentos para rir 1 2 3 4 5
15. Na família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros 1 2 3 4 5
16. Quando aparece um problema importante, os elementos da família conversam e resolvem-nos em conjunto 1 2 3 4 5
17. A família tem amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que ajudam quando precisam 1 2 3 4 5
18. A família consegue gerir o dinheiro que tem de maneira a conseguir pagar as principais despesas 1 2 3 4 5
19. A família sabe a que sítios tem que se dirigir para cada dificuldade que surge 1 2 3 4 5
20. Quando há problemas com os quais a família sente que não consegue lidar, a família aceita o facto e segue em frente sem desanimar 1 2 3 4 5
21. A família acredita que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão 1 2 3 4 5
22. Na família há valores que se deseja que toda a gente 1 2 3 4 5
23. A família consegue lidar bem com imprevistos e dificuldades 1 2 3 4 5
24. A família acredita que os momentos de dificuldade os podem ajudar a ser mais fortes 1 2 3 4 5
25. Na família é importante que cada um tente ser feliz 1 2 3 4 5
26. A família consegue resolver um desacordo sem conflitos 1 2 3 4 5
27. A família consegue encontrar ajuda quando precisa, nas pessoas que conhece 1 2 3 4 5
28. A família consegue discutir pontos de vista diferentes sem que os seus elementos fiquem zangados uns com os outros 1 2 3 4 5
29. Na família, as decisões importantes, que afectam todos, são tomadas em conjunto 1 2 3 4 5



### APÊNDICE III

PESQUISA EFETUADA NO MOTOR DE BUSCA DA EBSCO

(NO DIA 22/01/2022 – 5 RESULTADOS)

Buscando: CINAHL Complete, Exibir tudo Escolher bases de dados

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

**Refinar resultados** Resultados da busca: 1 - 5 de 5 Relevância Opções de

Busca atual para

**Booleano/Frase:**  
 ((enferm\* or (nurs\* or (family nurs\*))) AND ((sobrecarga cuida...

**Limitadores**

Data de publicação: 20161001-20210931

Idioma\*

Idioma\*

Idioma\*

Análisis de especialistas

De: 2020 Para: 2021

Mostrar mais

Conjunto de opções

**Tipos de documentos**

Todos os resultados

Revistas académicas (5)


**Base de dados**

Todas as bases de dados

MEDLINE Complete (4)

CINAHL Complete (1)

1. **Transitional care from skilled nursing facilities to home: study protocol for a stepped wedge cluster randomized trial.**


 (English) ; Abstract available. By: Toles M, Colón-Emeric C, Hanson LC, Naylor M, Weinberger M, Covington J, Preisser JS, *Trials [Trials]*, 11 Feb 05, Vol. 22 (1), pp. 120; Publisher: BioMed Central; PMID: 33546737, Base de dados: MEDLINE Complete

Skilled nursing facility (SNF) patients are medically complex with multiple, advanced chronic conditions. They are dependent on caregiver: recent acute illnesses. Among SNF p...

**Assuntos:** North Carolina; COVID-19 epidemiology; Pandemics; Quality of Health Care; SARS-CoV-2; Skilled Nursing Facilities; Transition virology; Caregivers. Cluster Analysis; Critical Care methods; Female; Follow-Up Studies; Frail Elderly; Humans; Male; North Carolina epid Discharge; Quality of Life; Randomized Controlled Trials as Topic


Mostrar todas as 7 imagens

2. **The effectiveness of a nurse-led intervention to support family caregivers in end-of-life care: S protocol for a cluster randomized controlled trial.**


 (English) ; Abstract available. By: Becqué YN, Rietjens JAC, van der Heide A, Witkamp E, *Journal of advanced nursing [J Adv Nurs]*, 15 Feb 05, Vol. 22 (1), pp. 1266-1272; Publisher: Blackwell Scientific Publications; PMID: 32048316, Base de dados: MEDLINE Complete

To evaluate the feasibility of a structured nurse-led supportive intervention and its effects on family caregivers in end-of-life care at h

**Assuntos:** Netherlands; Adaptation, Psychological; Caregivers education; Caregivers psychology; Family psychology; Home Care S; administration; Social Support; Terminal Care psychology; Adult; Aged; Aged, 80 and over; Female; Humans; Male; Middle Aged; Nethe


 [Open Access](#)

3. **Intervention to improve quality of sleep of palliative patient carers in the community: protocol for a multicentre randomised controlled trial.**

 (includes abstract) Valero-Cantero, Inmaculada, Camión-Velasco, Yolanda, Casals, Cristina, Martínez-Valero, Francisco Javier, Barón-L Vázquez-Sánchez, María Ángeles *BMC Nursing*, 11/16/2020; 19(1): N.PAG-N.PAG. 1p. (Article - protocol, tables/charts) ISSN: 1472-6 Complete

Background: Sleep disorders are commonly experienced by community caregivers for persons with cancer, with at least 72% reporting A consequence of this condition, wh...

**Assuntos:** Sleep Disorders Therapy; Music Therapy; Caregivers

 [Texto completo em HTML](#)  [Texto completo em PDF](#)

4. The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation **intervention** on perceived support, well-being and **burden** among **family caregivers** in **palliative home-care**.



Periódico científico acadêmico

(English) ; Abstract available. By: Petursdottir AB, Svavarsdottir EK, Journal of advanced **nursing** [J Adv Nurs]. ISSN: 1365-2648, 2019 Nov, Vol. 75 (11), pp. 3018-3031, Publisher: Blackwell Scientific Publications; PMID: 31162698, Base de dados: MEDLINE Complete

To evaluate the **effectiveness** of a two-session multicomponent **family** strengths- oriented therapeutic conversation **intervention** among **family caregivers** of an individual with advanced/final stage c...

**Assuntos:** **Caregivers** psychology; **Family** psychology; **Home Nursing** psychology; Neoplasms **nursing**; Neoplasms psychology; **Palliative Care** psychology; Quality of **Life** psychology; Adaptation, Psychological; Adult; Aged, 80 and over; Communication; Female; Humans; Male; Middle Aged; Stress, Psychological; Surveys and Questionnaires

5. Protocol for an embedded pragmatic clinical trial to test the **effectiveness** of Aliviado Dementia **Care** in improving quality of **life** for persons living with dementia and their informal **caregivers**.



Periódico científico acadêmico

(English) ; Abstract available. By: Bristol AA, Convery KA, Sotelo V, Schneider CE; Lin SY, Fletcher J, Rupper R, Galvin JE, Brody AA, Contemporary clinical trials [Contemp Clin Trials]. ISSN: 1559-2030, 2020 Jun, Vol. 93, pp. 106005; Publisher: Elsevier; PMID: 32320844, Base de dados: MEDLINE Complete

Persons living with Alzheimer's disease and related dementias (ADRD) frequently experience pain and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) which decrease quality of **life** (QOL) a...

**Assuntos:** Alzheimer Disease epidemiology; Alzheimer Disease psychology; **Caregivers** education; **Caregivers** psychology; Health Education organization & administration; Quality of **Life**; Adaptation, Psychological; Alzheimer Disease therapy; Analgesics therapeutic use; Antipsychotic Agents therapeutic use; **Caregiver Burden** epidemiology; **Caregiver Burden** psychology; **Caregiver Burden** therapy; Dementia epidemiology; Dementia psychology; Dementia therapy; Depression epidemiology; Emergency Service, Hospital statistics & numerical data; Health Services statistics & numerical data; Health Status; **Home Care** Agencies organization & administration; Humans; Mental Health; Pain drug therapy; Pain epidemiology; **Palliative Care** organization & administration; Patient Admission statistics & numerical data; Research Design

#### APÊNDICE IV

PESQUISA EFETUADA NO MOTOR DE BUSCA DA PUBMED

(NO DIA 22/01/2022 – 26 RESULTADOS)



National Library of Medicine  
National Center for Biotechnology Information
Log in

Search

Advanced Create alert Create RSS
User Guide

Save Email Send to

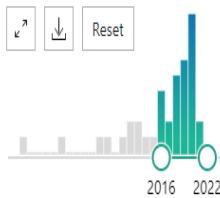
Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

26 results

Page 1 of 3

RESULTS BY YEAR



Filters applied: Full text. [Clear all](#)

The following term was ignored: \*

TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

**Effectiveness of interventions** to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review.

Cite Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, Vollenbroek-Hutten M, Gemini F, D'Avanzo B, Gwyther H, Holland C.

Share JBI Database System Rev Implement Rep. 2018 Jan;16(1):140-232. doi: 10.11124/JBISIR-2017-003382. PMID: 29324562 [Free PMC article](#).

The comparator was usual **care**, alternative therapeutic **interventions** or no **intervention**. The primary **outcome** was frailty. Secondary **outcomes** included: (i) cognition, quality of **life**, activities of daily living, **caregiver burden** ...

[View PDF](#)

ARTICLE ATTRIBUTE

Associated data

ARTICLE TYPE

- Books and Documents
- Clinical Trial
- Meta-Analysis
- Randomized Controlled Trial
- Review
- Systematic Review

PUBLICATION DATE

1 year

**Proceedings of the 3rd IPLeia's International Health Congress : Leiria, Portugal, 6-7 May 2016.**

Cite Tomás CC, Oliveira E, Sousa D, Uba-Chupel M, Furtado G, Rocha C, Teixeira A, Ferreira P, Alves C, Gisin S, Catarino E, Carvalho N, Coucelo T, Bonfim L, Silva C, Franco D, González JA, Jardim HG, Silva R, Baixinho CL, Presado M<sup>PH</sup>, Marques M<sup>PF</sup>, Cardoso ME, Cunha M, Mendes J, Xavier A, Galhardo A, Couto M, Frade JG, Nunes C, Mesquita JR, Nascimento MS, Gonçalves G, Castro C, Mártires A, Monteiro M<sup>BJ</sup>, Rainho C, Caballero FP, Monago FM, Guerrero JT, Monago RM, Trigo AP, Gutierrez ML, Milanés GM, Reina MG, Villanueva AG, Piñero AS, Aliseda IR, Ramirez FB, Ribeiro A, Quelhas A, Manso C, Caballero FP, Guerrero JT, Monago FM, Santos RB, Jimenez NR, Nuñez CG, Gomez IR, Fernandez M<sup>BJL</sup>, Marquez LA, Moreno AL, Huertas M<sup>BJT</sup>, Ramirez FB, Seabra D, Salvador M<sup>PC</sup>, Braga L, Parreira P, Salgueiro-Oliveira A, Arreguy-Sena C, Oliveira BF, Henriques M<sup>A</sup>, Santos J, Lebre S, Marques A, Festas C, Rodrigues S, Ribeiro A, Lumini J, Figueiredo AG, Hernandez-Martinez FJ, Campi L, Quintana-Montesdeoca M<sup>PP</sup>, Jimenez-Diaz JF, Rodriguez-De-Vera BC, Parente A, Mata M<sup>A</sup>, Pereira AM<sup>a</sup>, Fernandes A, Brás M, Pinto M<sup>PR</sup>, Parreira P, Basto ML, Rei AC, Mónico LM, Sousa G, Morna C, Freitas O, Freitas G, Jardim A, Vasconcelos R, Horta LG, Rosa RS, Kranz LF, Nugem RC, Siqueira MS, Bordin R, Kniess R, Lacerda JT, Guedes J, Machado I, Almeida S, Zilhão A, Alves H, Ribeiro Ó, Amaral AP, Santos A, Monteiro I, Rocha M<sup>PC</sup>, Cruz R, Amaral AP, Lourenço

- 3  
Cite  
Share
- The **effectiveness** and cost-**effectiveness** of hospital-based specialist **palliative care** for adults with advanced illness and their caregivers.  
Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, Todd C, Costantini M, Murtagh FE, Higginson JJ. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Sep 30;9(9):CD012780. doi: 10.1002/14651858.CD012780.pub2. PMID: 32996586 [Free PMC article.](#)
- Key secondary **outcomes** were pain, depression, satisfaction with **care**, achieving preferred place of death, mortality/survival, unpaid **caregiver burden**, and cost-**effectiveness**. ...More well conducted studies are needed to study populations with no ...
- [View PDF](#)
- 4  
Cite  
Share
- Caregiver-mediated exercises** for improving **outcomes** after stroke.  
Vloothuis JD, Mulder M, Veerbeek JM, Konijnenbelt M, Visser-Meily JM, Ket JC, Kwakkel G, van Wegen EE. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec 21;12(12):CD011058. doi: 10.1002/14651858.CD011058.pub2. PMID: 28002636 [Free PMC article.](#) [Review.](#)
- In addition, caregivers are more actively involved in the rehabilitation process, which may increase feelings of empowerment with reduced levels of **caregiver burden** and could facilitate the transition from rehabilitation facility (in hospital, rehabilitation centre, ...
- [View PDF](#)
- 5  
Cite  
Share
- Effect** of Collaborative Dementia **Care** via Telephone and Internet on Quality of Life, **Caregiver** Well-being, and Health **Care** Use: The **Care** Ecosystem Randomized Clinical Trial.  
Possin KL, Merrilees JJ, Dulaney S, Bonasera SJ, Chiong W, Lee K, Hooper SM, Allen IE, Braley T, Bernstein A, Rosa TD, Harrison K, Begert-Hellings H, Kornak J, Kahn JG, Naasan G, Lanata S, Clark AM, Chodos A, Gearhart R, Ritchie C, Miller BL. JAMA Intern Med. 2019 Dec 1;179(12):1658-1667. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.4101. PMID: 31566651 [Free PMC article.](#) [Clinical Trial.](#)
- 
- 6  
Cite  
Share
- A randomized trial using telehealth technology to link caregivers with dementia **care** experts for in-**home** caregiving support: FamTechCare protocol.  
Williams K, Blyler D, Vidoni ED, Shaw C, Wurth J, Seabold D, Perkhounkova Y, Van Sciver A. Res Nurs Health. 2018 Jun;41(3):219-227. doi: 10.1002/nur.21869. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29504666 [Free PMC article.](#) [Clinical Trial.](#)
- Supporting **Family** Caregivers with Technology for Dementia **Home Care** (FamTechCare) is a multisite randomized controlled trial evaluating the **effects** of a telehealth **intervention** on **caregiver** well-being and PWD behavioral symptoms. The FamT ...
- [View PDF](#)
- 7  
Cite  
Share
- Perspectives of Post-Acute Transition of **Care** for Cardiac Surgery Patients.  
Stoicea N, You T, Eiterman A, Hartwell C, Davila V, Marjoribanks S, Florescu C, Bergese SD, Rogers B. Front Cardiovasc Med. 2017 Nov 27;4:70. doi: 10.3389/fcvm.2017.00070. eCollection 2017. PMID: 29230400 [Free PMC article.](#) [Review.](#)
- Seamless transitions between discharge and PAC settings continue to be challenges that hamper patient **outcomes**, specifically problems with **effective** communication and coordination between hospitals and PAC facilities at patient discharge, patient adherence and acces ...
- 8  
Cite  
Share
- Nurses'** Perspectives on **Family Caregiver** Medication Management Support and Deprescribing.  
Tjia J, DeSanto-Madeya S, Mazor KM, Han P, Nguyen B, Curran T, Gallagher J, Clayton MF. J Hosp Palliat Nurs. 2019 Aug;21(4):312-318. doi: 10.1097/NJH.0000000000000574. PMID: 31033645 [Free PMC article.](#)
- Nurses** who **care** for patients with **life-limiting** illness operate at the interface of **family** caregivers (FCGs), patients, and prescribers and are uniquely positioned to guide late-**life** medication management, including challenging discussions about ...

9 **The impact of psychoeducational interventions on the outcomes of caregivers of patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis.**  
 Cassidy L, Hill L, Fitzsimons D, McGaughey J.  
 Int J Nurs Stud. 2021 Feb;114:103806. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103806. Epub 2020 Oct 22.  
 Share PMID: 33248290 Review.  
 BACKGROUND: Heart failure is a global health **care** problem that causes a significant economic **burden**. Despite medical advancements, it's prognosis remains poor as many patients with heart failure experience symptoms that negatively impact Quality of **Life** ...

[View PDF](#)

10 **Expanding Access to Home-Based Palliative Care: A Randomized Controlled Trial Protocol.**  
 Enguidanos S, Rahman A, Fields T, Mack W, Brumley R, Rabow M, Mert M.  
 J Palliat Med. 2019 Sep;22(S1):58-65. doi: 10.1089/jpm.2019.0147.  
 Share PMID: 31486727 Clinical Trial.  
 Introduction: Studies show that **home-based palliative care** (HBPC) improves participant **outcomes** and satisfaction with **care** while also decreasing hospitalizations and emergency department visits. ...**Caregiver outcome** measures includ ...

[View PDF](#)

The following term was ignored: \*

11 **Protocol for a Noninferiority Comparative Effectiveness Trial of Home-Based Palliative Care (HomePal).**  
 Cite Nguyen HQ, Mularski RA, Edwards PE, Lynn J, Machado MT, McBurnie MA, McMullen C, Mittman BS, Reinke LR, Shen E, Wang SE, Werch HS; HomePal Research Group.  
 Share J Palliat Med. 2019 Sep;22(S1):20-33. doi: 10.1089/jpm.2019.0116.  
 PMID: 31486724  
 Introduction: As health **care** systems strive to meet the growing needs of seriously ill patients with high symptom **burden** and functional limitations, they need evidence about how best to deliver **home-based palliative care** (HBPC). We compare a sta ...

[View PDF](#)

12 **A systematic review of interventions for family caregivers who care for patients with advanced cancer at home.**  
 Cite Ahn S, Romo RD, Campbell CL.  
 Share Patient Educ Couns. 2020 Aug;103(8):1518-1530. doi: 10.1016/j.pec.2020.03.012. Epub 2020 Mar 12.  
 PMID: 32201172 Free PMC article.  
**METHODS:** Five databases (CINAHL, Medline, PsycINFO, Web of Science, and the Cochrane Library) were searched for English language articles of **intervention** studies utilizing randomized controlled trials or quasi-experimental designs, reporting **caregiver**-related ...

13 **The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care.**  
 Cite Petursdottir AB, Svavarsdottir EK.  
 Share J Adv Nurs. 2019 Nov;75(11):3018-3031. doi: 10.1111/jan.14089. Epub 2019 Aug 20.  
 PMID: 31162698  
**AIMS:** To evaluate the **effectiveness** of a two-session multicomponent **family** strengths- oriented therapeutic conversation **intervention** among **family** caregivers of an individual with advanced/final stage cancer during oncology **palliative home-** ...

14 Protocol for an embedded pragmatic clinical trial to test the **effectiveness** of Aliviado Dementia **Care** in improving quality of **life** for persons living with dementia and their informal caregivers.

Cite Bristol AA, Convery KA, Sotelo V, Schneider CE, Lin SY, Fletcher J, Rupper R, Galvin JE, Brody AA.

Share Contemp Clin Trials. 2020 Jun;93:106005. doi: 10.1016/j.cct.2020.106005. Epub 2020 Apr 19. PMID: 32320844 **Free PMC article.** Clinical Trial.

INTRODUCTION: Persons living with Alzheimer's disease and related dementias (ADRD) frequently experience pain and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) which decrease quality of **life** (QOL) and influence **caregiver burden**. ...INTERV ...

15 The **effectiveness** of a **nurse-led intervention** to support **family** caregivers in **end-of-life care**: Study protocol for a cluster randomized controlled trial.

Cite Becqué YN, Rietjens JAC, van der Heide A, Witkamp E.

Share J Adv Nurs. 2020 May;76(5):1266-1272. doi: 10.1111/jan.14326. Epub 2020 Mar 3. PMID: 32048316 **Free PMC article.** Clinical Trial.

AIM: To evaluate the feasibility of a structured **nurse-led** supportive **intervention** and its **effects** on **family** caregivers in **end-of-life care** at **home**. ...However, few **nurse-led interventions** are available to supp ...

[View PDF](#)

16 **Family** Caregiving for Individuals With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association.

Cite Kitko L, McIlvannan CK, Bidwell JT, Dionne-Odom JN, Dunlay SM, Lewis LM, Meadows G, Sattler ELP, Schulz R, Strömberg A; American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research; Council on Clinical Cardiology; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health.

Share

17 **Effectiveness** and cost-**effectiveness** of **home palliative care** services for with advanced illness and their caregivers.

Cite Ventura Mde M.

Share Sao Paulo Med J. 2016 Jan-Feb;134(1):93-4. doi: 10.1590/1516-3180.20161341T2. Epub 2016 Jan 19. PMID: 26786605

OBJECTIVES: 1. to quantify the **effect** of **home palliative care** services for adult patients with advanced illness and their **family** caregivers on patients' odds of dying at **home**; 2. to examine the clinical **effectiveness** of **home** ...

Page 2

[View PDF](#)

18 Associations between informal **care** costs, **care** quality, carer rewards, **burden** and subsequent grief: the international, access, rights and empowerment mortality follow-back study of the last 3 months of **life** (IARE I study).

Cite Higginson IJ, Yi D, Johnston BM, Ryan K, McQuillan R, Selman L, Pantilat SZ, Daveson BA, Morrison RS, Normand C.

Share BMC Med. 2020 Nov 3;18(1):344. doi: 10.1186/s12916-020-01768-7. PMID: 33138826 **Free PMC article.**

BACKGROUND: At the **end** of **life**, formal **care** costs are high. Informal **care** (IC) costs, and their **effects** on **outcomes**, are not known. ...Higher IC costs were associated with less grief and more positive perspectives of caregiving. Poor h ...

[View PDF](#)

19 D-**CARE**: The Dementia **Care** Study: Design of a Pragmatic Trial of the **Effectiveness** and Cost **Effectiveness** of Health System-Based Versus Community-Based Dementia **Care** Versus Usual Dementia **Care**.

Cite Reuben DB, Gill TM, Stevens A, Williamson J, Volpi E, Lichtenstein M, Jennings LA, Tan Z, Evertson L, Bass D, Weitzman L, Carnie M, Wilson N, Araujo K, Charpentier P, Meng C, Greene EJ, Dziura J, Liu J, Unger E, Yang M, Currie K, Lenoir KM, Green AS, Abraham S, Vernon A, Samper-Ternent R, Raji M, Hirst RM, Galloway R, Finney GR, Ladd I, Rahm AK, Borek P, Peduzzi P.

Share J Am Geriatr Soc. 2020 Nov;68(11):2492-2498. doi: 10.1111/gps.16862. Epub 2020 Oct 6.

20 Findings and lessons learnt from early termination of a pragmatic comparative **effectiveness** trial of video consultations in **home-based palliative care**.  
Cite Nguyen HQ, McMullen C, Haupt EC, Wang SE, Werch H, Edwards PE, Andres GM, Reinke L, Mittman BS, Shen E, Mularski RA.  
Share BMJ Support Palliat Care. 2020 Oct 13;bmjspcare-2020-002553. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002553. Online ahead of print. PMID: 33051309  
BACKGROUND: Health systems need evidence about how best to deliver **home-based palliative care** (HBPC) to meet the growing needs of seriously ill patients. We hypothesised that a tech-supported model that aimed to promote timely inter-professional team coordina ...

The following term was ignored: \*

21 **Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden, Satisfaction and Caregiver Burden: A Randomized Controlled Trial.**  
Cite Ng AYM, Wong FKY.  
Share J Pain Symptom Manage. 2018 Jan;55(1):1-11. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.047. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28801001 Clinical Trial.  
OBJECTIVES: This study aimed to examine the **effect** of a **home-based palliative** heart failure (HPHF) program on quality of **life** (QOL), symptoms **burden**, functional status, patient satisfaction, and **caregiver burden** among patients with ...  
[View PDF](#)

22 **MIND at Home-Streamlined: Study protocol for a randomized trial of home-based care coordination for persons with dementia and their caregivers.**  
Cite Samus QM, Black BS, Reuland M, Leoutsakos JS, Pizzi L, Frick KD, Roth DL, Gitlin LN, Lyketsos CG, Johnston D.  
Share Contemp Clin Trials. 2018 Aug;71:103-112. doi: 10.1016/j.cct.2018.05.009. Epub 2018 May 18. PMID: 29783091 [Free PMC article](#). Clinical Trial.  
BACKGROUND: Dementia is associated with high health **care** costs, premature long-term **care** (LTC) placement, medical complications, reduced quality of **life**, and **caregiver burden**. ...This report describes the rationale and design of an NIA-funded ra ...  
[View PDF](#)

23 **Development of a Web-Based Peer Support Program for Family Caregivers of Ventilator-Assisted Individuals Living in the Community: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial.**  
Cite Wasilewski MB, Nonoyama M, Dale C, McKim DA, Road J, Leasa D, Goldstein R, Rose L.  
Share JMIR Res Protoc. 2019 Feb 6;8(2):e11827. doi: 10.2196/11827. PMID: 30724737 [Free PMC article](#).

- 24 **Communicating Caregivers' Challenges With Cancer Pain Management: An Analysis of **Home Hospice** Visits.** Page 3
- Cite Han CJ, Chi NC, Han S, Demiris G, Parker-Oliver D, Washington K, Clayton MF, Reblin M, Ellington L. *J Pain Symptom Manage.* 2018 May;55(5):1296-1303. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.004. Epub 2018 Jan 31.
- Share PMID: 29360571 [Free PMC article.](#)
- METHODS:** Using secondary data from audio recordings of **hospice nurses' home** visits, a deductive content analysis was conducted. ...**CONCLUSION:** To optimize **hospice** patients' comfort and reduce caregivers' anxiety and **burden** related to pain ...
- [View PDF](#)
- 25 **Short-term and long-term **effects** of a psycho-educational group **intervention** for **family** caregivers in **palliative home care** - results from a randomized control trial.**
- Cite Holm M, Årestedt K, Carlander I, Fürst CJ, Wengström Y, Öhlen J, Alvariza A. *Psychooncology.* 2016 Jul;25(7):795-802. doi: 10.1002/pon.4004. Epub 2015 Oct 9.
- Share PMID: 26449934 [Clinical Trial.](#)
- This study evaluates short-term and long-term **effects** of a psycho-educational group **intervention** aiming to increase preparedness for **family** caregiving in specialized **palliative home care**. ...**Family** caregivers from 10 specialized ...
- 26 **Transitional **care** from skilled **nursing** facilities to **home**: study protocol for a stepped wedge cluster randomized trial.**
- Cite Toles M, Colón-Emeric C, Hanson LC, Naylor M, Weinberger M, Covington J, Preisser JS. *Trials.* 2021 Feb 5;22(1):120. doi: 10.1186/s13063-021-05068-0.
- Share PMID: 33546737 [Free PMC article.](#)
- METHODS:** The study will test the **efficacy** of Connect-**Home**, a successfully piloted transitional **care intervention** targeting seriously ill SNF patients discharged to **home** and their caregivers. ...Secondary **outcomes** include (a) patien ...



## APÊNDICE V

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS SELECIONADOS -  
Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados (Apostolo, 2017,  
adaptado de JBI)

ESTUDOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Nº	Autores - artigos	Base dados	Tipo de estudo
E1	<p>Petursdottir AB, Svavarsdottir EK. 2019</p> <p><i>The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care</i></p>	Medline e Pubmed	<p>Qualitativo</p> <p>Experimental</p>
E2	<p><u>Yvonne N Becqué</u> , <u>Judith AC Rietjens</u>, <u>Agnes van der Heide</u>, <u>Erica Witkamp</u> ·2020</p> <p><i>The effectiveness of a nurse-led intervention to support family caregivers in end-of-life care: Study protocol for a cluster randomized controlled trial</i></p>	Medline e Pubmed	<p>Qualitativo</p> <p>Ensaio controlado randomizado</p>
E3	<p><u>Maja Holm</u> , <u>Kristofer Årestedt</u> , <u>Ida Carlander</u> , <u>Carl-Johan Fürst</u> , <u>Yvonne Wengström</u> <u>Joakim Öhlen</u> , <u>Annete Alvariza</u>, 2015</p> <p><i>Short-term and long-term effects of a psychoeducational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial</i></p>	Pubmed	<p>Qualitativo</p> <p>Ensaio controlado randomizado</p>

E1: *The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care.*

(Petursdottir AB, Svavarsdottir EK.,2019)

<b>Lista de verificação para ensaios clínicos randomizados</b>	<b>sim</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco claro</b>	<b>N / D</b>
A randomização verdadeira foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?		x		
A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?		x		
Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base?	x			
Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?	x			
Aqueles que entregaram o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?	x			
Os avaliadores de resultados eram cegos para a atribuição do tratamento?	x			
Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse?	x			
O acompanhamento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram descritas e analisadas adequadamente?	x			
Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?	X			
Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	X			
Os resultados foram medidos de forma confiável?	X			
Foi utilizada análise estatística apropriada?	X			
O desenho do estudo foi apropriado e quaisquer desvios do desenho RCT padrão (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do estudo?			x	

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Procurar mais informações

E2: *The effectiveness of a nurse-led intervention to support family caregivers in end-of-life care: Study protocol for a cluster randomized controlled trial.* (Yvonne N Becqué , Judith AC Rietjens, Agnes van der Heide , Erica Witkamp 2020)

Lista de verificação para ensaios clínicos randomizados	sim	Não	Pouco claro	N / D
A randomização verdadeira foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?	X			
A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?	X			
Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base?	X			
Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?	X			
Aqueles que entregaram o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?	x			
Os avaliadores de resultados eram cegos para a atribuição do tratamento?	X			
Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse?	x			
O acompanhamento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram descritas e analisadas adequadamente?	x			
Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?	x			
Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
Os resultados foram medidos de forma confiável?	x			
Foi utilizada análise estatística apropriada?	x			
O desenho do estudo foi apropriado e quaisquer desvios do desenho RCT padrão (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do estudo?				x

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Procurar mais informações

E3: *Short-term and long-term effects of a psychoeducational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial*( Maja Holm , Kristofer Årestedt , Ida Carlander , Carl-Johan Fürst , Yvonne Wengström Joakim Öhlen , Annete Alvariza, 2015)

<b>Lista de verificação para ensaios clínicos randomizados</b>	<b>sim</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco claro</b>	<b>N / D</b>
A randomização verdadeira foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?	x			
A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?	x			
Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base?	x			
Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?	x			
Aqueles que entregaram o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?	x			
Os avaliadores de resultados eram cegos para a atribuição do tratamento?	x			
Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse?	x			
O acompanhamento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram descritas e analisadas adequadamente?	x			
Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?	x			
Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
Os resultados foram medidos de forma confiável?	x			
Foi utilizada análise estatística apropriada?	x			
O desenho do estudo foi apropriado e quaisquer desvios do desenho RCT padrão (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do estudo?				x

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Procurar mais informações



## APÊNDICE VI

QUADRO COM A EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA A  
RSL

QUADRO COM A EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA LITERATURA

<b>Estudo</b>	<b>Autores</b> <b>Ano</b> <b>Publicação</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Título</b>	<b>Nível de Evidência</b>	<b>Desenho do Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Exposição de Interesse</b>	<b>Resultados</b>
E1	Petursdottir AB, Svavarsdottir EK. 2019	Avaliar a eficácia de uma intervenção de conversação terapêutica orientada para as forças familiares	The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care	Nível I	Estudo experimental com medições pré-teste/pós-teste de um grupo	Quarenta e oito cuidadores familiares	Intervenção de conversação terapêutica orientada nos pontos fortes da percepção de suporte, bem-estar e sobrecarga entre familiares cuidadores em cuidados paliativos domiciliários.	Os cuidadores familiares relataram suporte emocional e cognitivo significativamente maior na pós-intervenção. Eles também relataram redução significativa dos sintomas de estresse e redução da sobrecarga do cuidador pós-intervenção.

E2	<p><u>Yvonne N Becqué, Judith AC Rietjens, Agnes van der Heide, Erica Witkamp</u></p> <p>2020</p>	<p>Avaliar a viabilidade de uma intervenção estruturada de suporte liderada por enfermeiros e seus efeitos em cuidadores familiares em cuidados de fim de vida em casa</p>	<p>The effectiveness of a nurse-led intervention to support family caregivers in end-of-life care: Study protocol for a cluster randomized controlled trial</p>	Nível I	<p>Estudo experimental controlado randomizado em cluster liderado por enfermeiros, com cuidadores familiares de pacientes na última fase da vida. Os clusters consistem em doze serviços de atenção domiciliar, distribuídos aleatoriamente ao grupo intervenção ou ao grupo controle.</p>	<p>Enfermeiros e cuidadores familiares nos cuidados de final de vida</p>	<p>Intervenção estruturada de suporte liderada por enfermeiros e seus efeitos em cuidadores familiares em cuidados de fim de vida em casa</p>	<p>Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento científico e prático das intervenções de enfermagem para apoiar os cuidadores familiares nos cuidados de fim de vida.</p>
----	---	--	---	---------	--	--	---	--

E3	<p><u>Maja Holm</u>, <u>Kristofer Årestedt</u>, <u>Ida Carlander</u>, <u>Carl-Johan Fürst</u>, <u>Yvonne Wengström</u>, <u>Joakim Öhlen</u>, <u>Annete Alvariza</u></p> <p>2015</p>	<p>Avaliar os efeitos a curto e longo prazo de uma intervenção psicoeducativa em grupo com o objetivo de aumentar a preparação para o cuidado familiar em cuidados paliativos domiciliares especializados</p>	<p>Short-term and long-term effects of a psychoeducational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial</p>	Nível I	Estudo Experimental	Cuidadores familiares	<p>Intervenção psicoeducativa em grupo com o objetivo de aumentar a preparação do cuidador familiar em cuidados paliativos domiciliares especializados.</p>	<p>O grupo de intervenção aumentou significativamente sua preparação para cuidar no acompanhamento de curto e longo prazo em comparação com o grupo controle. O grupo de intervenção também relatou um aumento significativo da competência para cuidar em curto prazo, mas não a longo prazo.</p> <p>Não foi encontrado nenhum efeito da intervenção relativamente à recompensas por: cuidar, sobrecarga do cuidador, saúde, ansiedade ou depressão.</p>
----	---	---	---	---------	---------------------	-----------------------	---	---

APÊNDICE VII  
MANUAL DO CUIDADOR



# Manual do Cuidador

## Unidade de Saúde familiar

# CONDESTÁVEL



Outubro 2021

**Realizado por:**

Enfermeira Catarina Teixeira

**Colaboração:**

Com a colaboração da equipa multiprofissional da USF CONDESTÁVEL

Ser cuidador de uma pessoa dependente não é tarefa fácil! Exige grande capacidade de adaptação a uma realidade que vai alterar o dia-a-dia e que vai ter um impacto importante na dinâmica familiar.

Este manual destina-se aos que agora cuidam de uma pessoa dependente, traz algumas informações importantes para os orientar no cuidado com doente em casa procurando oferecer os melhores cuidados. Leia tudo com muita atenção e caso tenha dúvidas, procure a equipa da sua USF Condestável para esclarecê-las. Os nossos profissionais estarão sempre dispostos a ajudá-lo no que for possível para garantir o bem-estar do utente.

# Índice

<b>1. AO CUIDADOR.....</b>	<b>viii</b>
1.1. CUIDE DE SI.....	viii
1.2. COMUNICAÇÃO COM O DEPENDENTE.....	ix
<b>2. APOIOS SOCIAIS .....</b>	<b>x</b>
2.1. ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL .....	x
2.2. PRODUTOS DE APOIO .....	xii
2.3. APOIO DOMICILIÁRIO .....	xiii
2.4. ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO .....	xiii
2.5. PRESTAÇÕES SOCIAIS .....	xiv
2.6. ISENÇÃO DE TAXAS MODERADORAS .....	xv
<b>3. MEIO ENVOLVENTE.....</b>	<b>xvi</b>
<b>4. HIGIENE .....</b>	<b>xvii</b>
4.1. HIGIENE ORAL.....	xvii
4.2. O BANHO.....	xix
4.3. CUIDADOS A TER COM A Sonda Vesical .....	xxii
4.4. ROUPA DA CAMA.....	xxiii
<b>5. VESTUÁRIO .....</b>	<b>xxv</b>
5.1. COMO DESPIR/VESTIR UM DOENTE ACAMADO .....	xxvi
<b>6. MOBILIZAÇÃO .....</b>	<b>xxvii</b>
6.1. COMO POSICIONAR O DOENTE ACAMADO .....	xxvii

---

<b>7. ÚLCERAS DE PRESSÃO.....</b>	<b>xxxii</b>
<b>7.1. MEDIDAS PARA PREVENIR AS ÚLCERAS DE PRESSÃO .....</b>	<b>xxxii</b>
<b>8. ALIMENTAÇÃO .....</b>	<b>xxxiii</b>
<b>8.1. CUIDADOS A TER NA ALIMENTAÇÃO.....</b>	<b>xxxiii</b>
<b>8.2.COMO PROPORCIONAR UMA ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA.</b> .....	<b>xxxiii</b>
<b>8.3. CUIDADOS A TER COM A ALIMENTAÇÃO POR SONDA</b> <b>NASOGÁSTRICA.....</b>	<b>xxxiv</b>
<b>9. CONSELHOS FINAIS AO CUIDADOR .....</b>	<b>xxxv</b>
<b>10. CONTACTOS ÚTEIS.....</b>	<b>xxxviii</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>xxxix</b>

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Registos de Cuidados no Domicílio .....	xxxv
Figura 2-Registo de Medicação.....	xxxv
Figura 3-Evolução da Autonomia Funcional .....	xxxvii
Figura 4-Plano de Cuidados .....	xxxvii

## 1.AO CUIDADOR

**Todo o ser humano tem a necessidade de ser cuidado e a capacidade de cuidar do outro.**

Quando alguém próximo de nós adoece, a adaptação a esta nova realidade pode ser difícil. A presença de um doente, com necessidades permanentes, no domicílio, altera significativamente as rotinas do cuidador e as suas prioridades. Perante o esforço que lhe é exigido, é normal que o cuidador por vezes se sinta incapaz para lidar com a situação, se sinta exausto, física e emocionalmente, se sinta sozinho e com medos.

### 1.1 CUIDE DE SI

Quando começa a prestar cuidados ao dependente, pode “esquecer-se” temporariamente dos seus familiares e até de si próprio/a. Pense que se não estiver bem não poderá prestar os cuidados que o doente necessita. Deixamos alguns conselhos:

- Reserve algum tempo para a prática de exercício de físico;
- Fale dos seus sentimentos e preocupações com alguém da sua confiança;
- Peça e aceite ajuda de outras pessoas;
- Solicite a colaboração de familiares e/ou amigos sempre que se sentir sobrecarregado/a ou cansado/a;
- Descubra formas de desabafar e libertar a tensão.

---

## 1.2 COMUNICAÇÃO COM O DEPENDENTE

A comunicação utilizada durante o cuidar, é interpessoal, estabelece-se entre o idoso e o cuidador. Este deve ter habilidade para prestar atenção, o que pressupõe uma atitude de compreensão e ajuda ao seu semelhante para a satisfação das suas necessidades. A comunicação tem um papel fundamental na interação com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores.

Comunicar não é apenas falar. Estar presente e saber ouvir é tão ou mais importante que falar. Naquelas situações em que o doente tem dificuldade em comunicar verbalmente devemos estar atentos à sua linguagem corporal: expressão do rosto, gestos e tom de voz. Nunca faça promessas que não possa cumprir, não dê falsas esperanças, não faça julgamentos do que o doente diz ou faz e tente não mudar de assunto para ele não se sentir desvalorizado.

O dependente necessita de afeto e compreensão: o toque, o abraço, o segurar da mão e acariciar, são formas de o demonstrar.

Mais do que cuidar do corpo, essas pessoas precisam também de apoio moral, para que não se sintam um “peso” para seus familiares e cuidadores. Trabalhar a autoestima pode ajudar muito na melhoria do estado do paciente. Por isso, é função de todos que convivem com ele garantir que se sinta sempre querido e sempre que possível, integrá-lo nas atividades da família.

Cuidar de um familiar pode ser avassalador. Em muitos casos, é um trabalho a tempo inteiro e um desafio que requer a sua atenção em todos os momentos. Mas, para um cuidador informal, deverá ser tão importante saber cuidar do familiar ou pessoa próxima, como de si mesmo.

## 2 APOIOS SOCIAIS

### 2.1 ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

O Estatuto do cuidador informal foi aprovado pela Lei nº 100/2019 de 6 de setembro é um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio.

Existem dois tipos de cuidadores:

- o cuidador informal principal que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma permanente, que coabita com ela e que não tem qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta;
- o cuidador informal não principal que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta.

A diferença entre um e outro está no facto de acompanharem o doente a tempo inteiro ou não.

O reconhecimento do Estatuto de Cuidador informal depende de o requerente cumprir:

- ✓ requisitos genéricos (possuir residência legal em território nacional, ter idade superior a 18 anos, apresentar condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada, ser cônjuge ou unido de fato, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta);
- ✓ requisitos específicos (viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada, prestar cuidados de forma permanente, não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados, não se encontrar a receber prestações de desemprego e não auferir remuneração pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

---

E a pessoa cuidada deve encontrar-se numa situação de dependência de terceiros e necessitar de cuidados permanentes, não se encontrar acolhida em resposta social ou de saúde pública ou privada em regime residencial, deve ainda ser titular das seguintes prestações: subsídio por assistência de terceira pessoa, complemento por dependência de 2º grau e complemento por dependência de 1º grau se se encontrar acamado.

#### Como se pede o estatuto de cuidador informal?

Para pedir o estatuto é necessário apresentar um requerimento nos serviços de segurança social ou através do portal da Segurança Social Direta.

O reconhecimento é da responsabilidade do Instituto de Segurança Social, sendo da competência dos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde ou dos serviços de ação social das autarquias sinalizar as pessoas cuidadas e os respetivos cuidadores informais, encaminhando-os para os Serviços de Segurança Social.

#### Quais os apoios que o cuidador informal recebe?

Os cuidadores informais – principal e não principal - podem participar de forma muito ativa nas decisões e no seguimento médico da pessoa cuidada podendo, entre outros, acompanhar a definição de planos de intervenção ou a receber formações específicas.

Podem ainda ter apoio psicossocial, apoio domiciliário e acesso a internamento em unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a custo mais baixo, assim como têm direito à promoção da integração no mercado de trabalho quando o período de cuidados termine.

Ao nível fiscal, além de beneficiar do que está previsto na lei, os benefícios diferem consoante o tipo de cuidador.

No caso dos cuidadores informais principais, podem ainda ter direito ao “subsídio de apoio”, que tem em ponderação os recursos, a composição e o rendimento do agregado familiar, bem como acesso ao regime de seguro social voluntário que lhe garante prestações de doenças profissionais, maternidade, reforma por invalidez, reforma por velhice e subsídio por morte

#### Direitos do cuidador informal

Um cuidador informal tem direito a ser reconhecido no desempenho das suas funções, assim como receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades, usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde sempre que necessário, ter tempo de descanso que vise o seu

bem-estar e equilíbrio emocional.

O cuidador informal não principal tem direito à “conciliação entre a prestação de cuidados e a vida profissional”.

### Deveres do cuidador informal

O grande dever do cuidador informal é prestar todo o apoio necessário à pessoa cuidada, incluindo garantir-lhe a alimentação adequada assim como os cuidados de higiene pessoais e da casa, assegurar o cumprimento dos tratamentos, promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo e períodos de lazer.

Cabe ainda ao cuidador informar os médicos das eventuais alterações do estado de saúde da pessoa cuidada e ainda comunicar à Segurança Social alguma mudança da situação em função da qual lhe foi reconhecido o direito ao estatuto.

### Existe um período pré-definido de descanso para o cuidador informal principal?

O cuidador informal pode beneficiar de um período de descanso, de acordo com o definido no PIE (Plano de Intervenção específico ao cuidador), o qual tem, como objetivo, diminuir a sobrecarga física e emocional do mesmo. Está previsto que esse descanso, na tipologia de longa duração e manutenção, dure até 90 dias por ano, seguidos ou interpolados. No entanto, a partir do 30.º dia de descanso, o subsídio de apoio ao cuidador informal principal é suspenso

## 2.2 PRODUTOS DE APOIO

Os produtos de apoio, anteriormente designados como ajudas técnicas, destinam--se a compensar a deficiência ou atenuar as suas consequências. Podem prescrever esses produtos de apoio os centros de saúde (nível 1), os hospitais distritais (nível 2), os hospitais centrais e os hospitais distritais e centros especializados (nível 3). Quanto mais elevado o nível de prescrição maior a quantidade e especificidade dos produtos de apoio que podem ser prescritos pela instituição.

Depois de obtida a prescrição, pode existir a possibilidade de obter financiamento do produto de apoio através do Instituto de Solidariedade e Segurança Social.

---

Pode consultar a lista homologada de produtos de apoio do Instituto Nacional para Reabilitação disponível em [www.inr.pt](http://www.inr.pt).

Alguns exemplos de produtos de apoio são:

- Cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas;
- Almofadas para prevenir úlceras de pressão, colchões ortopédicos, camas articuladas;
- Materiais e equipamentos para alimentação (garfos, colheres, pratos, copos adaptados);
- Materiais e equipamentos para higiene (barras de apoio, assentos de banheira, cadeiras e bancos para o banho, banheiras, material antiderrapante);
- Adaptações para carros (assentos e almofadas especiais, adaptações personalizadas para entrar e sair do carro, adaptações para os comandos do carro);
- Elevadores de transferência;
- Próteses (sistemas que substituem partes do corpo ausentes);
- Ortóteses (sistemas de correção e posicionamento do corpo).

## 2.3 APOIO DOMICILIÁRIO

No caso de necessitar de apoio para as atividades de vida diária do dependente, deve dirigir-se à Junta de Freguesia da sua área de residência e/ou ao centro de saúde para falar com assistente social e informar-se quais as instituições que prestam serviço de apoio domiciliário serviços estes que podem abranger o apoio em higiene pessoal, o apoio em higiene no domicílio, o fornecimento de refeições e tratamento de roupa.

O valor a pagar pelo apoio domiciliário depende dos rendimentos e das despesas (renda, água, luz e medicação) que apresente.

## 2.4 ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO

---

O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso determina o grau de incapacidade do doente. Para obter este atestado deve requisitar uma Junta Médica de Verificação de Incapacidade, na sua unidade de saúde.

Este atestado é necessário para que a pessoa com incapacidade tenha facilidades nas seguintes situações:

- Aquisição de viatura própria;
- Cartão de estacionamento modelo comunitário para pessoas com deficiência com mobilidade condicionada;
- Aquisição ou construção de habitação;
- Benefícios fiscais em sede de IRS;
- Produtos de apoio;
- Isenção do imposto único de circulação;
- Prioridade no atendimento nos serviços públicos;
- Quota de emprego na Administração Pública;
- Incentivos do Instituto de Emprego e Formação Profissional à contratação de pessoas com deficiência no setor privado;
- Contingente especial para o ensino superior;
- Disposições do Código do Trabalho para trabalhadores com deficiência.

## 2.5 PRESTAÇÕES SOCIAIS

A Segurança Social tem uma linha de atendimento para pessoas com necessidades especiais que pode contactar através do *site* [www.seg.social.pt](http://www.seg.social.pt) ou através do número 808 266 266. Toda a informação referente às prestações sociais remete para a legislação em vigor em 2015, estando sujeita a alterações.

---

### Pensão por Invalidez

Atribuída ao beneficiário com incapacidade para o exercício da sua profissão antes de atingir a idade normal de acesso à pensão de velhice. A invalidez é classificada como absoluta ou relativa.

### Complemento por Dependência

Atribuído em situações de dependência de terceiros, poderá ser de primeiro grau quando as pessoas não podem praticar autonomamente os atos indispensáveis à satisfação das necessidades da sua vida quotidiana. Será de segundo grau quando para além do verificado anteriormente, se encontram acamadas ou sofrem de um quadro de demência grave.

Este subsídio não é atribuído nos casos em que a assistência permanente é prestada em estabelecimentos de saúde ou de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos, financiados pelo Estado ou por outras pessoas coletivas de direito público ou de direito privado e de utilidade pública.

De acordo com a legislação em vigor constitui condição de atribuição do complemento por dependência do primeiro grau, o facto de o pensionista receber uma pensão de valor inferior 600 euros, considerando-se para este efeito a soma de todas as pensões recebidas pelo pensionista com a mesma natureza.

## 2.6 ISENÇÃO DE TAXAS MODERADORAS

A isenção de taxas moderadoras é solicitada através do Portal da Saúde, [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)). Posteriormente a este registo, o cuidador poderá dirigir-se ao centro de saúde que emitirá um documento que comprova a isenção do pagamento da taxa moderadora e a sua validade. Podem beneficiar de isenção de taxas moderadoras:

- Pessoas com um grau de incapacidade superior a 60%;
- Pessoas com insuficiência de rendimentos, isto é, cuja média do rendimento do agregado familiar não ultrapasse os 628,83 euros;
- Pessoas desempregadas.

### **3 MEIO ENVOLVENTE**

O local mais importante para o doente é onde este permanece a maior parte do tempo e onde lhe são prestados os cuidados, sendo essencial que seja um lugar seguro e confortável:

- Deve ser cómodo, arejado e espaçoso;
- Sem móveis, tapetes ou objetos que possam ser obstáculos para a prestação de cuidados;
- Com uma zona onde o doente possa ter os seus objetos pessoais;
- Deve haver uma mesa próxima do doente, que este consiga alcançar, permitindo-lhe alguma autonomia;
- Ter junto do doente uma campainha ou sineta para que este possa pedir auxílio.

## 4 HIGIENE

A higiene é um dos fatores mais importantes para o conforto e qualidade de vida de uma pessoa, deixe que o paciente escolha a melhor hora para o seu banho.

É importante que o cuidador avalie o grau de dependência do doente em relação à higiene pessoal, tendo em conta a sua segurança.

O cuidador deve auxiliar o doente apenas o necessário, estimulando ao máximo a sua participação, se ele puder fazê-lo sozinho, organize todo o material necessário e coloque-o próximo dele, não o deixe completamente só, pois ele pode precisar de sua ajuda, se algo errado acontecer.

A higiene pessoal é decisiva no que respeita a fatores pessoais e ambientais que incidem na saúde física e mental dos clientes. Por este motivo, os cuidados de higiene exigem uma atitude que valorize as condições físicas, psicológicas, sociais e funcionais de cada cliente. Quando os cuidadores apoiam os clientes nos cuidados de higiene devem proceder de forma tranquila e calma.

Verifique a temperatura da água. O paciente pode não se aperceber da temperatura, se alguma parte do corpo dele estiver menos sensível. Aproveite para, depois do banho, massajar a pele com um creme hidratante e observe se há lugares onde a pele aparece ruborizada (ombros, nádegas, calcanhar etc.), caso observe essas regiões avermelhadas, talvez seja necessário providenciar um colchão anti escaras, peça orientações e sugestões à equipa de enfermagem.

### 4.1 HIGIENE ORAL

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

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

### Quando realizar?

- Ao acordar pela manhã, após as refeições e antes de dormir;
- Deve ser realizada sempre, tenha o doente dentes naturais ou prótese e mesmo que não se alimente pela boca (uso de sonda).

### Qual o material necessário?

- Toalha de rosto;
- Pasta dentífrica ou solução antisséptica e fita dentária;
- Escova de dentes ou espátula para que se possa colocar gaze na extremidade;
- Copo com água;
- Recipiente para desprezar água suja;
- Hidratante para os lábios (vaselina líquida ou batom de cieiro);
- Escova de unhas sem uso anterior para limpeza de próteses ou coroa.

### Procedimento:

- Ajude o doente a sentar--se ou a levantar a cabeça (nunca efetue a higiene oral com o doente deitado, pois existe o risco de sufocar) ;
- Coloque uma toalha seca por baixo do queixo;
- Dê um pouco de água ao doente para humedecer a boca;
- Utilize a escova de dentes com dentífrico e escove suavemente os dentes, bochechas, gengivas e língua;
- Limpe com fita dentária nos espaços entre os dentes, onde a escova não chega;
- Se o doente usar prótese dentária (dentadura), retire-a e lave com água morna e pasta de dentes ou produto próprio. Não use água muito quente pois pode deformar a dentadura. Se o doente apresentar feridas na boca, colocar a dentadura apenas na hora das refeições;
- Dê um pouco de água fria ao doente para bochechar e cuspir para a bacia (se o utente

colaborar);

- Se o doente estiver inconsciente passe suavemente nos dentes, gengivas e língua uma compressa embebida em elixir;
- Se o utente morder a escova, não tente retirá-la à força, o maxilar acabará por descontrair;
- Evite elixires com álcool.

## 4.2 O BANHO

O banho é um dos aspetos mais importantes no cuidar da higiene uma vez que proporciona conforto físico e emocional e reforça a relação entre doente e cuidador. Um bom banho evita as irritações de pele e previne o corpo contra o aparecimento de infeções futuras.

Se o movimento do corpo causar dor, pode-se administrar um analgésico ao doente 30 minutos antes do banho.

### Quando realizar?

O banho deve ser diário, a higiene íntima e das mãos deve ser realizada sempre que necessário; Pode ser dado a qualquer hora do dia, no entanto de manhã é quando o doente tem mais energia. Pode-se também escolher os horários mais quentes do dia e respeitar sempre a preferência do doente.

### Cuidados especiais:

Utilizar um sabonete neutro que deve ser completamente removido;

Fazer movimentos suaves e secar todo o corpo com especial atenção para as pregas do corpo (mamas, axilas e entre os dedos);

Secar bem os cabelos, usando secador quando necessário;

Observar e avaliar o estado da pele e cabelo;

Manter as unhas limpas e cortadas a direito para evitar que encravem, para isso pode usar-se corta-unhas ou uma lima.

No final do banho massajar todo o corpo com creme hidratante com movimentos longos e suaves para ajudar a ativar a circulação. Deve incidir nas zonas de maior pressão (ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares).

#### Onde realizar?

O cuidador deve optar sempre pelo banho de chuveiro deixando o banho no leito apenas para os doentes totalmente dependentes.

#### Banho de chuveiro

Dar muita atenção à deslocação do doente até à casa de banho, podem ser necessárias algumas adaptações do ambiente para prevenir quedas e acidentes no percurso ou durante o banho;

Caso haja dificuldade na mobilidade, usar uma cadeira para apoio durante o banho;

Se o doente permanecer muitas horas deitado, é importante deixá-lo sentado por alguns minutos antes de o levar ao quarto de banho;

Ajudar sempre o doente a entrar e a sair do chuveiro/banheira.

#### Banho no leito

Explicar sempre ao doente o procedimento que se vai realizar. Antes de iniciar, oferecer sempre a possibilidade de fazer as suas necessidades fisiológicas (quando existe controlo);

Elevar a cama, se possível, para diminuir o esforço nas suas costas;

Ter em conta a privacidade do utente, usando um lençol para o cobrir, destapando e lavando uma parte de cada vez;

Preparar o seguinte material:

Dois recipientes com água morna, um deles com sabonete ou gel de banho dermoprotetor e com pH neutro;

- Esponja;

- Toalhas;
- Creme hidratante;
- Roupa de dormir;
- Fralda se necessário;
- Escova de dentes macia, copo e bacia;
- Pasta dentífrica e elixir;
- Pente ou escova do cabelo;
- Saco plástico;
- Forro de plástico e de pano para proteger a cama.

É importante manter a temperatura agradável no quarto e assegurar--se que não há correntes de ar. Lave as mãos antes de prestar qualquer cuidado.

### Procedimento

Inicie o banho pelo rosto (sem esquecer olhos e orelhas) e prossiga até aos pés (lavar o cabelo sempre que necessário);

Lave uma parte do corpo de cada vez, destapando apenas essa zona;

Seque o corpo à medida que vai lavando, com especial atenção às pregas da pele (mamas, axilas e entre os dedos);

Ajude o doente a voltar--se de lado para lhe lavar as costas;

A zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho, da frente para trás e, se o doente for homem, puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque.

Troque a água das bacias sempre que esta estiver suja ou fria, deixando o doente numa posição confortável e segura.

Vista o doente, e coloque-o numa posição confortável.

Quando não for possível o banho completo lave pelo menos a cara, as mãos, as axilas e os genitais do doente diariamente.

### 4.3 CUIDADOS A TER COM A SONDA VESICAL

Os rins produzem a urina que se acumula na bexiga, sendo esvaziada para o exterior através de um canal chamado uretra.

A sonda vesical é um tubo ou sistema de tubos utilizado para esvaziar e recolher a urina da bexiga. É utilizada quando o doente não consegue urinar, porque a saída está obstruída ou porque existe uma alteração nos nervos que controlam o esvaziamento da bexiga, é utilizada caso ocorram perdas de urina que determinam problemas graves de higiene ou então para ajudar na cicatrização de úlceras de pressão. Por último, podem também ser usadas para introduzir medicamentos na bexiga, obter amostras de urina ou controlar a quantidade de urina produzida.

A sonda é introduzida, após a aplicação de um gel lubrificante, pela uretra até à bexiga, e aí é insuflado um balão existente na ponta do tubo para que este não saia.

As sondas vesicais de longa duração necessitam de alguns cuidados para prevenir infeções, manter a permeabilidade, prevenir a ocorrência de traumatismo dos tecidos e formação de úlceras e providenciar o conforto do doente.

#### Cuidados a ter com a sonda vesical

- O doente deve beber pelo menos 2L de água diários;
- O cuidador deve lavar as mãos antes e depois de manipular a sonda;
- A sonda vesical, o saco coletor e os genitais devem ser mantidos limpos, para evitar infeções;
- Sempre que lavar os genitais do doente, o tubo visível da sonda vesical deve também ser lavado com água e sabão;
- Evitar puxar ou empurrar a sonda vesical, para não causar traumatismo na uretra;
- O saco coletor deve ser colocado abaixo do nível da bexiga, sem colocar no chão;
- O saco coletor com válvula deve ser retirado unicamente para ser esvaziado, sendo esvaziado através desta. Deve ser usado um avental e luvas de proteção;
- O saco coletor sem válvula deve ser substituído quando estiver cheio;
- A substituição dos sacos coletores de rotina e a intervalos fixos não está recomendada,

senão nas seguintes situações (prazo de validade ultrapassado, sinais exteriores de degradação e infeção trato urinário há mais de 7 dias ou obstrução ou compromisso do sistema fechado.

#### Quando contactar a equipa de saúde?

- Na presença de febre, urina espessa ou turva ou com cheiro intenso;
- Se observar sangue dentro ou fora da sonda;
- Quando não urinar ou o volume de urina diminuir acentuadamente apesar da ingestão abundante de líquidos;
- Se perder urina em grande quantidade por fora da sonda;
- Na presença de dor na bexiga.

#### 4.4 ROUPA DA CAMA

Para quem passa longos períodos de tempo numa cama, convém que esta esteja sempre limpa e cómoda. Utilize lençóis 100% algodão – evitam a transpiração do doente e podem ser lavados a altas temperaturas. No verão, coloque uma manta de algodão leve e, no inverno, um cobertor de lã mais quente.

Se necessário, mude diariamente os lençóis da cama. Se não, mantenha-os sempre bem esticados e livres de migalhas ou outros vestígios de comida. Os lençóis enrugados são desconfortáveis, podem restringir a circulação e contribuir para a formação de feridas.

O doente deve sair da cama para que esta possa ser mudada, permitindo-lhe também realizar algum exercício e distrair-se. Caso não seja possível sair da cama, mudar os lençóis requererá alguma destreza.

Se a cama tiver rodas certifique-se que está travada e coloque a cabeceira na horizontal (se isso não prejudicar o doente).

- Retire a almofada e o lençol de cima;
- Com uma mão no braço ou ombro e outra na perna dobrada, rode o doente para o bordo da cama, puxando-o na sua direção;
- Certifique-se que o doente está seguro e numa posição fixa;

- Retire o lençol de baixo e liberte-o até às costas do doente;
- De seguida, coloque o lençol limpo, aproximando-o das costas do doente;
- Agora, desloque o doente para o outro lado da cama, utilizando a mesma técnica;
- Retire o lençol sujo e estique o lençol de baixo completamente;
- Mude a fronha da almofada;
- Posicione o doente novamente e certifique-se que está confortável;
- Coloque um lençol dobrado ao meio no meio da cama para permitir o posicionamento do utente,
- Termine com o lençol de cima e a manta ou cobertor.

## 5 VESTUÁRIO

Deve-se observar a diferença entre vestir e ajudar a vestir. Essa postura vem ao encontro do objetivo maior, quanto aos cuidados a serem dispensados ao paciente, que consiste em manter o máximo possível as capacidades ainda existentes.

Estimule-o a escolher a roupa que quer vestir; Opte por adquirir roupas práticas e com poucos botões, fechos etc. que dificultam a sua colocação.

Estar bem arranjado e vestido proporciona segurança e autoconfiança. Deve manter sempre a privacidade do doente quando o estiver a despir e/ou vestir.

O vestuário deve ser:

- Confortável;
- Largo;
- De algodão;
- Sem fechos;
- Sem botões (para fechar utilize o velcro) ;
- Os fatos de treino são uma boa solução porque são quentes, confortáveis e práticos;
- Em doentes acamados os pijamas ou camisas devem ser abertos, de preferência nas costas.

---

## COMO DESPIR/VESTIR UM DOENTE ACAMADO

### Despir

Se o seu familiar/doente puder ajudar, oriente-o nos procedimentos. Parte de cima:

- Coloque o doente de lado, virando-o para si;
- Dispa a manga do membro que se encontra por cima;
- Enrole a roupa nas costas;
- Vire o doente para a parte oposta e retire a outra manga. Para retirar as calças:
- Desaperte os botões;
- Flita as pernas;
- Coloque um braço por baixo do joelho;
- Eleve o joelho e com a outra mão puxe as calças.

Sempre que o doente apresentar um dos lados paralisado deve começar a despir pelo membro que ajuda.

### Vestir

Repetem-se na mesma ordem os passos anteriores.

Se um dos lados do corpo estiver paralisado, deve começar a vestir pelo membro que **não** ajuda. Só depois se veste o lado são.

Verifique sempre se a roupa fica bem esticada, para evitar originar zonas de pressão.

## 6 MOBILIZAÇÃO

O doente com limitações físicas que permaneça muito tempo na mesma posição tem um risco aumentado de feridas e problemas de circulação.

Para diminuir este risco:

- Assegure que o doente permanece alternadamente entre a cama e a cadeira;
- Mude a posição do doente na cama com frequência (idealmente de 2 em 2 horas), posicionando-o sobre o lado esquerdo e o direito e de costas, evitando que este esteja muito tempo na mesma posição dando origem a zonas de pressão;
- Contacte a equipa de saúde se verificar que a pele do doente tem zonas avermelhadas;
- Utilize um colchão ou almofadas que evitem a pressão, conforme as indicações da equipa médica ou de enfermagem.

### **É muito importante:**

- **Deslocar o doente na cama sem o arrastar**
- **Manter os lençóis da cama secos e sem rugas**
- **Movimentar regularmente o doente mesmo que ele sinta algum desconforto**

### 6.1 COMO POSICIONAR O DOENTE ACAMADO

Sempre que posicionar o doente deve ter em atenção a sua coluna e, se possível, peça ajuda. Quando deslocar ou levantar um doente reduza o esforço exercido sobre as costas dobrando os joelhos para evitar inclinar--se para a frente ou para trás.

### Levantar o doente acamado

Aspetos a ter em conta no levante:

- Verifique se todos os obstáculos e barreiras foram retirados do caminho;
- Antes do levante, sente o doente na beira da cama e verifique se apresenta tonturas;
- Dê indicação para onde se vai mobilizar o doente para que os movimentos sejam iguais e conte até três para que todos se mexam ao mesmo tempo;
- Ao rodar para fazer a mobilização do doente, rode os seus pés ao mesmo tempo que o corpo, de modo a prevenir lesões na coluna e joelhos;
- Se o doente começar a cair não resista à queda. Acompanhe-o suavemente e proteja-se a si e ao doente para não se magoar. Proteja a cabeça do doente para que não bata no chão.

### Posicionar o doente acamado

Quando o doente é parcialmente ou totalmente dependente os posicionamentos devem ser alternados no mínimo de 2/2 horas

Os posicionamentos permitem:

- Promover o conforto e bem-estar;
- Estimular a circulação, respiração, regular o trânsito intestinal e exercício;
- Prevenir a perda muscular;
- Facilitar a mobilidade das secreções;
- Prevenir posições viciosas;
- Prevenir lesões na pele (úlceras de pressão).

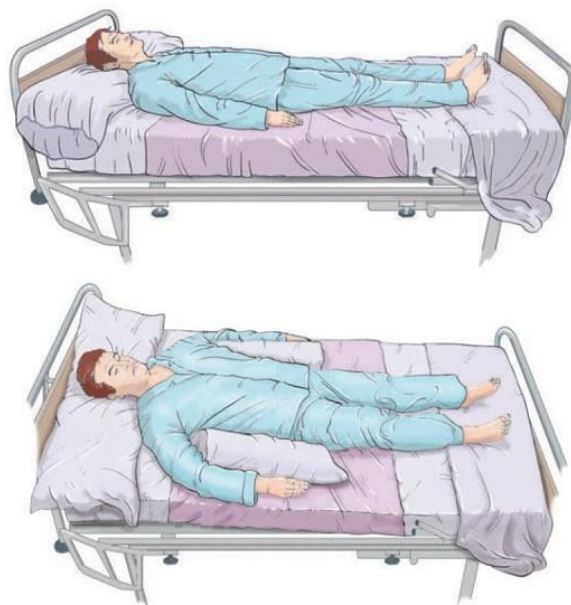
Quando o doente se encontra numa posição confortável existe a tentação de não se querer

mobilizar. Poderá ter que insistir para que mude de posição.

Aspetos a ter em conta no posicionamento do doente:

- Se o doente ajudar deve pedir a sua colaboração;
- Baixar a cabeceira da cama se possível;
- Respeitar o alinhamento do corpo;
- Aproveitar este momento para observar o estado da pele nas zonas de pressão;
- Fazer massagem, com creme hidratante, para ativar a circulação e prevenir úlceras de pressão;
- Utilizar almofadas para apoiar o corpo nos posicionamentos;
- Proteger as zonas avermelhadas com almofadas, protetores de cotovelos e calcanhares, pele de carneiro;
- Manter os lençóis bem esticados.

Posição de decúbito dorsal (deitado de costas):



- Firme os seus pés, bem separados;
- Dobre os joelhos do doente;
- Coloque uma mão nas costas e outra nas coxas do doente e eleve no sentido da cabeceira da cama;
- Proteja os calcanhares com uma almofada, de maneira a que não toquem no colchão.

Posição de decúbito lateral (deitado de lado):



- Retire as almofadas suplementares;
- Utilize o resguardo para mobilizar o doente, tendo o cuidado de o levantar e não arrastar pois provoca feridas por fricção;
- Coloque a sua mão no ombro e na anca do doente e faça rolar o corpo na sua direção. Deste modo o doente começará naturalmente a virar-se para si;
- Coloque uma almofada nas costas do doente e dobre confortavelmente contra a pessoa para lhe dar mais apoio e conforto;
- Verifique se o braço e o ombro de baixo estão numa posição confortável. O braço e a mão de cima podem ficar mais confortáveis se forem colocados sobre uma almofada;
- Posicione a perna que fica por cima ligeiramente para a frente para evitar que fique pousada sobre a de baixo e coloque uma almofada ao longo da coxa;
- Coloque outra almofada ao longo da perna para evitar zonas de pressão na pele e para apoiar bem. A almofada deve ir um pouco além do pé, para que o tornozelo e o pé não fiquem desapoitados.

## 7 ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de pressão surgem quando os doentes não se conseguem movimentar e permanecem por longos períodos na mesma posição.

Existem fatores que condicionam o aparecimento e agravamento das úlceras de pressão, nomeadamente: se a pessoa é muito magra ou tem excesso de peso, se não controla a urina e fezes ou se transpira muito, se tem dificuldade na circulação.

### 7.1 MEDIDAS PARA PREVENIR AS ÚLCERAS DE PRESSÃO

- Manter a pele bem limpa e seca;
- Aplicar creme hidratante na pele e massajar;
- Se o doente apresentar uma zona da pele vermelha que não desaparece após alívio da pressão, poderá indicar o início de uma úlcera de pressão e, neste caso, a massagem pode causar danos. Massageie apenas a zona envolvente;
- Quando mobilizar o doente, deve levantá-lo e nunca o arrastar na cama (a fricção causa lesões na pele);
- Mudar o doente de posição de 2/2 h;
- Usar almofadas nos pés, entre os joelhos, para aliviar a pressão do corpo na cama.

**Se, apesar de todos os cuidados, o doente apresentar lesões na pele, o prestador de cuidados deverá contactar a equipa médica ou de enfermagem para observar e avaliar as lesões.**

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

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

- Calcanhares.



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

- Orelha;
- Ombro;
- Anca;
- Joelhos;
- Tornozelos.



Estas zonas devem ser vigiadas com regularidade, por exemplo durante o banho.

## 8 ALIMENTAÇÃO

Em situação de doença é frequente a perda de apetite, assim como a perda de peso, independentemente da variedade e quantidade dos alimentos ingeridos. A alimentação do doente é essencial para a recuperação física e manutenção do seu bem-estar.

### 8.1 CUIDADOS A TER NA ALIMENTAÇÃO

Lembre--se que o doente se pode esquecer de comer pois muitas vezes não tem a noção das horas. Ofereça-lhe as refeições a horas, em vez de esperar que ele se lembre de as pedir;

O doente na hora da refeição deve estar bem acordado e sentado;

Sempre que for possível deve permitir que o doente se alimente sozinho, nem que tenha que lhe cortar os alimentos;

Após as refeições, deve manter o doente sentado, durante cerca de 30min, para facilitar a digestão;

Se o doente tossir ou se engasgar frequentemente quando come ou bebe, não insista e pergunte à sua equipa de saúde se é seguro continuar a alimentá--lo.

### 8.2 COMO PROPORCIONAR UMA ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA

- Escolha os alimentos favoritos do doente e apresente-os de forma apelativa;
- Sirva cinco ou seis pequenas refeições ao longo do dia;
- Os alimentos devem ser servidos em pratos pequenos, em pequenas quantidades;
- Faça do pequeno-almoço uma refeição reforçada, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;
- Prefira alimentos fáceis de mastigar;
- Se o doente estiver muito magro dar alimentos calóricos: sumos de fruta, batidos, leite-creme, gelados e pudins;

- Privilegie líquidos ligeiramente espessos se o doente tiver dificuldade em engolir, tais como batidos de leite, de fruta ou iogurtes;
- Utilize uma colher na alimentação do doente para evitar ferimento com os dentes do garfo;
- Procure que o doente beba cerca de 6 a 8 copos de água por dia, oferecendo-a nos intervalos das refeições;
- Refresque e lave a boca do doente antes e depois das refeições.

### 8.3 CUIDADOS A TER COM A ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA

A entubação nasogástrica consiste na introdução de uma sonda através de uma narina até ao estômago e realiza--se para permitir a administração de alimentos, líquidos e medicamentos aos doentes que se encontrem incapacitados de deglutir.

#### Preparação dos alimentos

Os alimentos devem ser triturados e de consistência líquida para não obstruir a sonda;

Os alimentos devem estar mornos para não provocar queimaduras.

#### Antes da refeição

O doente deve ficar na posição de sentado (elevar a cabeceira da cama ou apoiar com almofadas). Se não for possível deve deitá--lo de lado (para evitar aspiração dos alimentos para os pulmões);

Verificar se a sonda está bem posicionada, se o adesivo está bem colocado e se a sonda é visível no interior da boca;

Se a sonda estiver mais de 5 cm deslocada da medida estabelecida, contacte a equipa de saúde.

Verifique se a sonda está no estômago: com uma seringa, tente aspirar a sonda e, se fluir conteúdo, é porque esta está bem colocada e pode alimentar o doente;

Verifique o volume de conteúdo aspirado: se este for igual ou superior à última refeição administrada, introduza novamente o conteúdo e espere cerca de 1 hora. Recomeçar a

---

alimentação com um chá e verificar se foi bem tolerado ao fim de 1 hora; depois pode progredir para alimentos mais consistentes.

Sempre que tirar a tampa da sonda deve fechar (clampar) a sonda com a mão para não entrar ar nem sair líquido.

#### Durante a refeição

Dê a refeição lentamente. Suspenda a seringa de alimentação acima da cabeça do doente para facilitar a descida dos líquidos.

Depois de alimentar o doente por sonda, esta deve permanecer sentado cerca de 30 minutos para facilitar a digestão.

No fim da refeição introduza uma seringa de água para lavar a sonda.

Ao longo do dia deve ir administrando água (6 a 8 copos) pela sonda para manter a hidratação do doente.

O intervalo entre as refeições não deve ser superior a 3 horas.

#### Cuidados especiais com a sonda

O adesivo do nariz deve ser mudado preferencialmente todos os dias, tendo o cuidado de não retirar a sonda do sítio. Ter o cuidado de limpar o nariz do doente diariamente;

Mesmo que o doente seja alimentado apenas por sonda nasogástrica é importante fazer os cuidados de higiene à boca do doente.

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

## 7 CONSELHOS FINAIS AO CUIDADOR

- Considere sempre o doente como um adulto válido, que possui sentimentos, que pensa, que ri e que chora, que tem necessidades e vontades;
- Disponha de tempo para ele;
- Encoraje-o a falar, não o censure;
- Seja positivo e otimista, viva a vida e acredite 100% nela;
- Estimule-o a participar nas atividades familiares e no seu autocuidado;
- Proporcione o seu conforto e bem-estar;
- Seja corajoso/a, forte e determinado/a, pois assim servirá de exemplo para ele;
- Reserve ainda algum tempo para si e preocupe--se com a sua saúde;
- Aproveite a sugestão das seguintes figuras (1, 2, 3 e 4) mencionadas em baixo, para registos, com o intuito de estruturar e organizar os cuidados prestados ao utente dependente.

Figura 1-Registos de Cuidados no Domicílio

Nome do utente: _____
NOP: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Morada: _____
Estado Civil: _____ Contacto telefónico: _____
Médico de Família: _____ Enf. de Família: _____
Principal Cuidador: _____ Parentesco: _____
Contacto telefónico/e--mail: _____/_____.@_____._____

Fonte: Adaptado do Manual do Cuidador Informal de utentes dependentes (2014)

Figura 2-Registo de Medicação

Medicamento	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

Fonte: Adaptado do Manual do Cuidador Informal de utentes dependentes (2014)

Figura 3-Evolução da Autonomia Funcional

Avaliação da Autonomia Funcional*		/ /	/ /	/ /	/ /
Higiene e Arranjo	Higiene corporal				
	Vestir e calçar				
Mobilidade	Deslocar-se com ou sem meios				
	Mobilidade no leito				
Eliminação	Controlo vesical				
	Controlo fecal				
Alimentação	Ingestão				
	Preparação das refeições				
Expressão e Comunicação					

Fonte: Adaptado do Manual do Cuidador Informal de utentes dependentes (2014)

\*Classificação: **A** – Autónomo; **AP** – Autónomo Parcialmente; **D** – Dependente

Figura 4-Plano de Cuidados

DATA	Finalidade Visita	Médico / Enf <sup>a</sup>

Fonte: Adaptado do Manual do Cuidador Informal de utentes dependentes (2014).

## 8 CONTACTOS ÚTEIS



**USF Condestável : 244 769 920**

- **Bombeiros Voluntários de Leiria :244 881 120**
- **PSP: 244 573 500**
- **INEM: 112**
- **Serviço de Urgência HDA 244 817000**
- **Linha saúde 24: 808 24 24 24**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Departamento de prestações e Contribuições (2021), Guia prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não principal. Instituto da Segurança Social, I.P.;
- ✓ Manual do Cuidador Informal de utentes dependentes (2014) Unidade Saúde Familiar Anta. ACES Espinho/ Gaia