

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

## **Relatório Final de Estágio**

CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA POR COVID-19 NA SOBRECARGA E SENTIDO DE VIDA  
DO CUIDADOR INFORMAL

Sandra Maria Ferreira Lopes

Leiria, junho de 2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

## **Relatório Final de Estágio**

CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA POR COVID-19 NA SOBRECARGA E SENTIDO DE VIDA  
DO CUIDADOR INFORMAL

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária  
Área de Saúde Familiar

Sandra Maria Ferreira Lopes  
Estudante nº: 5190233

**Unidade Curricular:** Estágio de Natureza Profissional, em Enfermagem de Cuidados de Saúde  
à Família, em Contexto de USF/UCSP, com Relatório Final

**Professora Orientadora:** Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros

Leiria, junho de 2022

*Foi necessário um vírus para desacelerar o planeta e nos levar a mergulhar no mais complexo de todos os planetas, a nossa mente, e nos encorajar a nos conhecer um pouco mais, incluindo os nossos medos e nossa pequenez! Foi necessário um vírus para causar um terremoto em nosso orgulho e nos lembrar que “a vida é um espetáculo único, irrepetível e imperdível”!*

*Augusto Cury*

## AGRADECIMENTOS

Aproveito este momento para agradecer a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a ultrapassar este desafio.

À Professora Doutora Teresa Kraus pela disponibilidade, apoio, sugestões e pertinência das suas observações, confiança, incentivo, rigor, exigência e conhecimento que demonstrou e partilhou ao longo de todo este percurso, para que esta investigação fosse uma realidade.

À Professora Doutora Clárisse Louro pela cooperação demonstrada e pela sua disponibilidade e confiança.

Às Enfermeiras Mafalda Girão e Madalena Espadana pela partilha de conhecimentos, experiência, além da confiança e incentivo com que sempre me apoiaram ao longo destes períodos.

À minha família pelo amor, compreensão e ânimo que nunca deixaram de demonstrar

Ao André, pelo carinho, confiança e amor com que sempre me apoiou ao longo deste caminho.

Aos meus amigos, pelo interesse que manifestaram, pela compreensão, pela ajuda prestada e pelo tempo que não lhes consegui dedicar.

Aos meus colegas de mestrado, pela partilha de saberes e pelo incentivo demonstrados.

A todas as pessoas que, de uma maneira ou outra, contribuíram para esta etapa.

E, por último, a Quem sempre me acompanha, protege e ilumina...

A todos, um sincero Obrigado!

## RESUMO

Verifica-se, atualmente, uma elevada preocupação no que concerne ao impacto da pandemia por COVID-19 no bem-estar geral da população. Esta pandemia constitui-se como uma crise global, não só ao nível de saúde pública e de estabilidade económica, mas também de bem-estar familiar. Ao evocar questões acerca do sentido de vida, a pandemia constitui-se como uma oportunidade para a (re)descoberta de valores humanos e universais.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, a pandemia por COVID-19 veio acentuar, ainda mais, as dificuldades vivenciadas no quotidiano dos cuidadores a vários níveis, designadamente, profissional, pessoal, financeiro e social. Perspetivada não só como a unidade básica da sociedade, mas também como foco dos cuidados de enfermagem, a família apresenta como função prioritária, o suporte e a proteção dos seus membros.

Pela sua proximidade, o enfermeiro de saúde familiar conhece as singularidades de cada família, o seu potencial, as suas competências e fragilidades. Com o seu saber técnico, científico e humanístico, define estratégias de índole sistémica que potenciam a ação da família, face às necessidades específicas de cada um dos seus constituintes. Todavia, urge compreender quais são os desafios, as respostas e as adaptações que emergiram a partir desta nova realidade, visto o cenário pandémico ter condicionado a interação entre enfermeiros e famílias.

Tendo por base este intuito, efetuou-se uma revisão sistemática de literatura, subjacente à seguinte questão de investigação: *Quais são as consequências da Pandemia por COVID 19 na sobrecarga e sentido de vida do cuidador informal?* Os objetivos definidos para a pesquisa são: 1) Avaliar a sobrecarga do cuidador informal durante o período de pandemia por COVID-19 e 2) Identificar a relação entre o sentido de vida e a sobrecarga do cuidador informal.

A partir da questão PI[C]O, foram definidas palavras-chave e realizada uma pesquisa de artigos científicos na base de dados da plataforma B-On no mês de novembro de 2021.

Na Revisão Sistemática da Literatura, incluíram-se artigos, publicados nos últimos seis anos e disponíveis gratuitamente nas bases de dados *Academic Search Complete*, *Complementary Index* e *Medline*, através dos seguintes descritores: Informal “*caregiver burden*”, “*COVID-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19*”, “*life purpose*” or “*meaning in life*” or “*purpose in life*”, utilizando o operador booleano AND. Da aplicação dos critérios de inclusão, foram identificados, no total, 58 artigos, dos quais, após análise dos títulos e resumos, foram selecionados cinco artigos como elegíveis e incluídos.

Relativamente aos resultados, constatou-se que a sobrecarga do cuidador variava de acordo com a doença da pessoa cuidada, sendo que as evidências comprovaram que os cuidadores de pessoas com demência e doença oncológica relataram uma maior sobrecarga de cuidados, principalmente as mulheres. Também a ansiedade, o *stress* crónico e a depressão (angústia e sofrimento existencial) foram geradores do sentimento de sobrecarga do cuidador, durante a pandemia por COVID-19. Registou-se que a promoção da resiliência reduz significativamente a angústia associada aos cuidados.

Conclui-se que a presença da espiritualidade, da esperança e de um sentido de vida, a par da resiliência, reduzia significativamente a angústia associada aos cuidados. É fundamental que os cuidadores sejam devidamente treinados e capacitados para que alcancem maiores níveis de resiliência como a capacidade de aceitar a situação diariamente, suprimindo a necessidade de a pessoa não perder a sua essência e restaurar a esperança. Torna-se crucial que os enfermeiros desenvolvam competências para identificar e intervir nos processos de transição saúde - doença, orientando os cuidadores para atingirem o nível de mestria, promotor da resiliência e de esperança.

**Palavras-Chave:** Sobrecarga do Cuidador, Sentido de Vida, Pandemia, Enfermagem

## **ABSTRACT**

There is currently a high concern regarding the impact of the COVID-19 pandemic on the general well-being of the population. This pandemic constitutes a global crisis, not only in terms of public health and economic stability, but also of family well-being. By evoking questions about the meaning of life, the pandemic constitutes an opportunity for the discovery of human and universal values.

In an increasingly aging society, the COVID-19 pandemic has further accentuated the difficulties experienced in the daily lives of caregivers at various levels, namely, professional, personal, financial and social. Viewed not only as the basic unit of society, but also as the focus of nursing care, the family has, as a priority function, the support and protection of its members.

Due to their proximity, the family health nurse knows the singularities of each family, their potential, their skills and weaknesses. With his technical, scientific and humanistic knowledge, he defines strategies of a systemic nature that enhance the action of the family, given the specific needs of each of its constituents. However, it is urgent to understand what are the challenges, responses and adaptations that emerged from this new reality, since the pandemic scenario has conditioned the interaction between nurses and families.

Based on this purpose, a systematic literature review was carried out, underlying the following research question: What are the consequences of the COVID 19 Pandemic on the burden and meaning of life of the informal caregiver? The objectives defined for the research are: 1) To assess the burden of the informal caregiver during the COVID-19 pandemic period and 2) To identify the relationship between the meaning of life and the burden of the informal caregiver.

From the PICJO question, keywords were defined and a search for scientific articles was carried out in the B-On platform database in November 2021.

In the Systematic Literature Review, articles published in the last six years and freely available in the Academic Search Complete, Complementary Index and Medline databases were included, using the following descriptors: Informal “caregiver burden”, “COVID-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19”, “life purpose” or “meaning in life” or “purpose in life”, using the Boolean operator AND. From the application of the inclusion criteria, a total of 58 articles were identified, of which, after analyzing the titles and abstracts, five articles were selected as eligible and included.

Regarding the results, it was found that caregiver burden varies according to the illness of the person cared for, and evidence shows that caregivers of people with dementia and cancer reported a greater burden of care, especially for women. Anxiety, chronic stress and depression (anxiety and existential suffering) were also generators of the caregiver's feeling burden during the COVID-19 pandemic. It was found that promoting resilience significantly reduces care-associated distress.

It is concluded that the presence of spirituality, hope and a life purpose, along with resilience, significantly reduces the anguish associated with care. It is essential that caregivers are properly trained and qualified so that they reach greater levels of resilience for the ability to accept the situation on a daily basis, meeting the need for the person not to lose their essence and restore hope. It is crucial that nurses develop skills to identify and intervene in the health-disease transition processes, guiding caregivers to reach the level of mastery, promoting resilience and hope.

**Keywords:** Caregiver Burden, Meaning of Life, Pandemic, Nursing

## INDICE

<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>XI</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....</b>	<b>XII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>PARTE I .....</b>	<b>19</b>
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>20</b>
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE	20
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA USF TERRAS DE CISTER .....	24
<b>1.2.1. Espaço Físico e Recursos Materiais .....</b>	<b>25</b>
<b>1.2.2. Recursos Humanos .....</b>	<b>26</b>
<b>1.2.3. Oferta Assistencial .....</b>	<b>27</b>
<b>1.2.4. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde.....</b>	<b>27</b>
<b>1.2.5. Circuito do Utente.....</b>	<b>28</b>
1.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM .....	33
1.5. PROGRAMAS DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA USF TERRAS DE CISTER.....	34
<b>1.5.1. Programa de Saúde Infantil e Juvenil .....</b>	<b>36</b>
<b>1.5.2. Programa de Saúde do Adulto.....</b>	<b>38</b>
<b>1.5.3. Programa de Saúde da Mulher e Planeamento Familiar .....</b>	<b>38</b>
<b>1.5.4. Programa de Saúde Materna.....</b>	<b>40</b>
<b>1.5.6. Programa de Vigilância de Hipertensos.....</b>	<b>45</b>
<b>1.5.7. Programa de Vigilância da Diabetes .....</b>	<b>46</b>
<b>1.5.8. Programa de Consulta de Hipocoagulação .....</b>	<b>48</b>
<b>1.5.9. Consulta de Enfermagem no Domicílio.....</b>	<b>48</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>52</b>

2.1. A FAMÍLIA COMO FOCO DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM.....	52
2.1.1. Ciclo vital da família .....	55
2.1.2. Saúde Familiar e Enfermagem.....	57
2.1.3. Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar .....	62
2.1.4. Enfermeiro de Família .....	66
2.3 - O CUIDAR E O CUIDADOR INFORMAL .....	70
2.3.1. Sobrecarga do Cuidador Informal .....	78
2.4. ESPIRITUALIDADE E SENTIDO DE VIDA .....	82
2.4.1. Sentido de vida/Propósito de Vida .....	85
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA -</b>	
<b>ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>92</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS.....	93
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal .....	93
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade.....	94
3.1.3. Gestão dos cuidados.....	96
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	97
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES	
DESENVOLVIDAS.....	98
<b>PARTE II .....</b>	<b>102</b>
<b>1. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....</b>	<b>103</b>
1.1. INTRODUÇÃO .....	104
1.2. METODOLOGIA E PROTOCOLO DE REVISÃO .....	106
1.2.1. Formulação da Questão de Investigação.....	107
1.1.2. Objetivos da Revisão Sistemática da Literatura.....	109
1.2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão .....	109
1.2.4. Estratégia e Fontes de Pesquisa e Identificação dos Estudos.....	110
1.2.5. Seleção dos Estudos.....	113
1.2.6. Avaliação da Qualidade dos Estudos.....	115
1.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	118

1.3.1. Apresentação dos Resultados.....	118
1.3.2. Discussão dos Resultados .....	131
CONCLUSÃO INTEGRATIVA .....	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	146

## APÊNDICES

**APÊNDICE I. ESTRATÉGIAS DE PESQUISA NA B-On**

**APÊNDICE II- GRELHAS DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS**

**APÊNDICE III - QUADROS DE EVIDENCIA DOS ESTUDOS SELECCIONADOS**

**APÊNDICE IV – RELATÓRIO DE ESTÁGIO II**

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa Saúde Infantil e Juvenil (Ano 2021).....	37
<b>Tabela 2-</b> Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Saúde do Adulto (Ano de 2021) .....	38
<b>Tabela 3-</b> Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Saúde da Mulher e Planeamento Familiar (Ano de 2021) .....	40
<b>Tabela 4-</b> Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Saúde Materna (Ano de 2021) .....	42
<b>Tabela 5-</b> Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Vacinação no Adulto e Idoso (Ano de 2021) .....	44
<b>Tabela 6-</b> Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Vigilância de Hipertensos (Ano de 2021).....	46
<b>Tabela 7-</b> Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Vigilância da Diabetes (Ano de 2021).....	47
<b>Tabela 8-</b> Indicadores contratualizados relacionados com a Consulta de Enfermagem no Domicílio (Ano de 2021).....	50

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido .....	37
<b>Quadro 2 -</b> Proporção de Utentes com 25 ou mais anos, que têm a Vacina Antitetânica Atualizada .....	38

<b>Quadro 3</b> - Proporção de Mulheres entre 25 e 60 anos, com Rastreamento do Câncer do Colo do Útero Efetuado (Ano de 2021).....	40
<b>Quadro 4</b> -Proporção de Puérperas com 5 ou mais Consultas de Enfermagem em Saúde Materna durante a Gravidez e com Consulta de Revisão de Puerpério.....	43
<b>Quadro 5</b> - Proporção de inscritos com diabetes ou com doença respiratória crônica ou com doença cardíaca crônica ou com idade superior a 65 anos, com a Vacina da Gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses .....	44
<b>Quadro 6</b> - Proporção Hipertensos < 65 Anos e com Pressão Arterial < 150/90mmHg.....	46
<b>Quadro 7</b> - Proporção de Utentes com Diabetes com o último registo de Hgba1c Inferior ou Igual A 8,0% (Ano de 2021) .....	47
<b>Quadro 8</b> -Taxa de Domicílios de Enfermagem por 1.000 Inscritos Idosos .....	50

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Região Oeste Norte – Terra de turismo e tradições .....	20
<b>Figura 2:</b> Área de abrangência do ACES Oeste Norte .....	21
<b>Figura 3:</b> Logótipo do ACES Oeste Norte .....	21
<b>Figura 4-</b> Organograma do ACES Oeste Norte (2017).....	22
<b>Figura 5:</b> Logótipo da USF Terras de Cister.....	24
<b>Figura 6–</b> Edifício da USF Terras de Cister (Alcobaça).....	24
<b>Figura 7-</b> Circuito de Transportes Urbanos CHITA.....	28
<b>Figura 8-</b> Diagrama do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar.....	63
<b>Figura 9</b> -Fluxograma PRISMA com resultados dos estudos pesquisados .....	114

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Pirâmide etária dos utentes do ACES Oeste Norte (2021).....	23
<b>Gráfico 2:</b> Pirâmide etária dos utentes da USF Terra de Cister (2021) .....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

**ACES ON** – Agrupamento dos Centros de Saúde do Oeste Norte

**ACO** – Anticoagulante Oral

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**ADL** – *Activities of Daily Living*

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**AVD** – Atividade de Vida Diária

**B-On** – Biblioteca do Conhecimento *Online*

**BRSC** – *Brief Resilient Coping Scale*

**CADI** – *Carers Assessment of Difficulties Index* (Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador)

**CAMI** – *Carers Assessment of Managing Index* (Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador)

**CASI** – *Carers Assessment of Satisfaction Index* (Índice de Satisfação do Cuidador)

**CB** - Carga do Cuidador Informal

**CBI** – Inventário de Carga do Cuidador

**CI** – Cuidador Informal

**CIPE** – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

**CONSORT** – *Consolidated Standards of Reporting Trials*

**COVID-19** – *Coronavirus Disease 2019*

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DASS** – *Depression, Anxiety, Stress Scale*

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**DM** – *Diabetes Mellitus*

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**EBSCOHOST** – *Elton Bryson Stephens Company*

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EUA** – Estados Unidos da América

**GRADE** – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

**HGBA1C** – Hemoglobina Glicada

**HTA** – Hipertensão Arterial

**IADL** – *Instrumental Activities of Daily Living*

**IC** – Intensidade de Cuidado

**ICN** – *International Council of Nurses*

**IDF** – *International Diabetes Federation*

**IDG** – Índice de Desempenho Global

**INR** – *International Normalized Ratio*

**IPL** – Instituto Politécnico de Leiria

**IST** – Infeções Sexualmente Transmissíveis

**JBI** – *Joanna Briggs Institute*

**JCI** – *Joint Commission International*

**MCAF** – Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

**MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

**NICE** – *National Institute for Health and Care Excellence*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática Baseada na Evidência

**PNV** – Programa Nacional de Vacinação

**RCAAP** – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

**RCT** – *Randomized Controlled Trial*

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RSL** – Revisão Sistemática da Literatura

**SCOPUS** – *Elsevier's Abstract and Citation Database*

**STROBE** - *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*

**SWBS** - Escala de Bem-Estar Espiritual

**UAG** – Unidade de Apoio à Gestão

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UP** – Unidades Ponderadas

**URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**USP** – Unidade de Saúde Pública

**VPN** – *Virtual Private Network* (Rede Privada Virtual)

**ZBI** – *Zarit Burden Interview*

## INTRODUÇÃO

O presente relatório integra-se na Unidade Curricular Estágio e Relatório do 3º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre. Este constitui-se como um instrumento, que permitirá uma introspeção e reflexão das experiências vivenciadas ao longo dos Ensinos Clínicos, permitindo-me aceder a novos contributos no âmbito profissional e pessoal, como futura enfermeira especialista.

Este último estágio decorreu ao longo de 10 semanas, num total de 486 horas, no contexto da Unidade de Saúde Familiar (USF) Terras de Cister de Alcobaça – Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeste Norte.

Verifica-se que o Estágio, integrado no Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar, veio na sequência de todo um processo de ensino-aprendizagem, o que permitiu desenvolver a capacidade de construir e reconstruir conhecimentos científicos, indo ao encontro das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) conforme consta no regulamento nº428/2018 publicado em Diário da Republica, 2ª série – Nº 135 de 16 de julho de 2018. Através da interação com as famílias, a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a Saúde Familiar, vão-se compilando dados sobre cada família, os quais permitem a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este estágio teve como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista
- Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar.

E como objetivos específicos:

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

- Utilizar, em contextos práticos, os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência;
- Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva;
- Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e das competências desenvolvidas;
- Analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem em saúde familiar;
- Redigir um relatório de carácter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde e
- Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica.

Este relatório será constituído por duas partes. A primeira parte, inicia-se com um capítulo onde será feita uma caracterização do local de estágio, bem como o seu funcionamento. No segundo capítulo será apresentado o enquadramento teórico que suporta o desenvolvimento da temática em estudo. No terceiro capítulo, serão abordadas as competências desenvolvidas no âmbito dos ensinamentos clínicos, relacionando as experiências e competências adquiridas, tendo como base a literatura, que, desta forma suporta e sustenta a minha prática. A segunda e última parte deste relatório consiste numa revisão sistemática da literatura (RSL) que abordará as “Consequências da Pandemia por COVID 19 na Sobrecarga e Sentido de Vida do Cuidador informal”.

Verifica-se que, nos últimos dois anos, o mundo teve de aprender a lidar com um vírus designado por COVID-19, vírus esse que já matou mais de 6 milhões de pessoas a nível mundial. Em relação a Portugal, contam-se já mais de 21 mil mortes. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade é tanto maior quanto mais elevada for a idade. Do total de óbitos, 51 % tem idades superiores a 60 anos e 21 % destes, estão acima dos 80 anos (OMS, 2021).

Tendo Portugal um Índice de Envelhecimento elevado, que rondava os 154,4, (em 2017) e que já ultrapassou o número de jovens, tal facto obriga a que se por um lado os idosos tenham de ser cuidadosamente protegidos, por outro lado, sejam o grupo no qual o distanciamento social terá tido maior impacto no que concerne à sua saúde física, mental e cognitiva (Carvalho, 2020).

Com efeito, o aumento da esperança de vida pode ser encarado como um sucesso da ciência, ou seja, como reflexo da evolução dos processos terapêuticos, do desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes bem como da melhoria das condições socioeconómicas da população em geral. A longevidade, que o ser humano tanto espera alcançar, traduz-se num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência, com necessidade de respostas ajustadas (Petronilho 2010).

Neste sentido, verifica-se que, apesar das alterações das funções e estrutura familiar registadas nas últimas décadas, é a família que, na maioria dos casos, suporta e satisfaz as necessidades das pessoas dependentes, dentro da qual, um ou mais elementos assumem o papel de cuidadores informais. Constata-se assim que, numa sociedade marcada pelo aumento do envelhecimento, associado ao aumento das doenças crónicas e incapacitantes, se assiste ao crescimento do número de pessoas dependentes que necessitam de ajuda nas atividades da vida diária, requerendo, por conseguinte, a presença de um Cuidador. Ressalva-se que a pandemia veio acentuar o impacto do processo de cuidar na vida do Cuidadores Informais.

Deste modo, os cuidadores informais apresentam-se como uma força de trabalho paralela, que, muitas vezes, passa despercebida, apesar de preencherem as lacunas do nosso sistema de saúde. Estima-se que, em Portugal, existam entre 230 mil a 240 mil pessoas cuidadas em situação de dependência, pelo que, face ao elevado número de dependentes se veio justificar a criação do Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/ 209 de 6 de setembro), o qual prevê um conjunto de direitos e medidas de apoio, não obstante haver ainda a necessidade de implementação de medidas e políticas que venham colmatar as necessidades dos Cuidadores Informais (Lopes, 2020).

A evidência teórica, prática e a investigação sobre o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência da doença na mesma, implica, necessariamente, que os cuidados centrados na família sejam uma parte integrante da prática de enfermagem, a qual possui a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Na História da Enfermagem, os cuidados à família progrediram, a par da evolução da disciplina de enfermagem, havendo evidência da preocupação em integrar a família como foco de atenção dos cuidados (Wright & Leahey, 2005; Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

A definição de família, segundo a OMS, remete para a promoção da saúde e para a redução da doença, desde a fase inicial da existência humana quando crenças e comportamentos de saúde são assimilados 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 têm ocorrido 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 um pilar face ao impacto que as transformações sociais provocam (Araújo, 2010).

Salienta-se que 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 (Araújo, 2010).

A este respeito, a Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010) 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 enfermeiro de saúde familiar detém um papel fundamental na aplicação do processo de enfermagem, pois não se trata apenas de analisar e compreender as distintas realidades familiares. Os enfermeiros de saúde familiar, em especial, são profissionais privilegiados, pois cabe-lhes a eles efetuarem o diagnóstico, prescreverem intervenções e avaliarem os resultados, sendo capazes de prevenir determinadas situações, diretamente ao utente ou através do cuidador familiar. Ao detetar precocemente os problemas, os enfermeiros podem favorecer a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Contudo, o Cuidador informal ao assumir a responsabilidade de cuidar, para responder às várias solicitações, desencadeia na sua vida uma série de mudanças, podendo levar à situação de sobrecarga, dado que o processo de cuidar pode ser desgastante, afetando os cuidadores informais a vários níveis, designadamente, pessoal, profissional, familiar, económico e social.

É, por isso, fundamental que os enfermeiros privilegiem o apoio, quer em termos de informação e ensino, quer na construção de competências para que o cuidador preste bons cuidados, revelando satisfação no exercício do seu papel. Neste contexto, os enfermeiros de família, pela natureza da sua prática e alvo dos seus cuidados assumem especial relevância na gestão da sobrecarga, através de intervenções dirigidas às necessidades específicas de cada família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No momento atual, importa conhecer a realidade em que as famílias se encontram, no que se reporta às implicações da situação de pandemia (COVID-19) no exercício do papel de cuidador informal.

De facto, a situação pandémica evocou questões acerca do sentido da vida. Este momento, em particular, constituiu-se como uma oportunidade para uma (re)descoberta de valores humanos e universais, tais como a solidariedade, a amizade, a compaixão e a partilha de coisas materiais e espirituais, a fé, a oração, o valor do sofrimento, do trabalho, da criatividade e do amor (Aquino & Oliveira, 2020).

Há uma série de discussões e debates acerca das contribuições da espiritualidade no sentido da vida das pessoas, principalmente em situação de doença, bem como da sua influência na saúde física, mental e social. Porém, observa-se uma lacuna ao nível do conhecimento dos enfermeiros no que se refere à importância dos seus cuidados sobre essa dimensão aos cuidadores familiares de pacientes com dependência (Aquino & Oliveira, 2020).

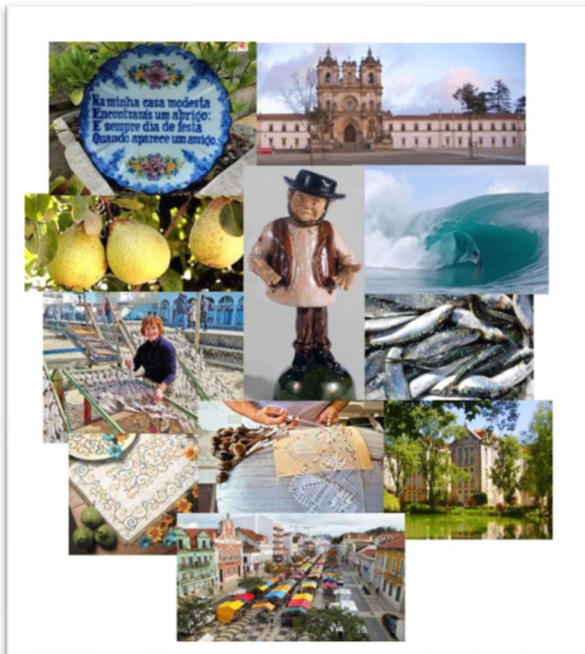
Perante o exposto, surgiu uma inquietação sobre as consequências da pandemia por COVID-19 e sua influência na sobrecarga e sentido de vida do cuidador informal.

Nesta perspetiva, tendo em conta a realidade e a partir dos dados da pesquisa, surgiu este estudo com o objetivo de compreender em que medida a pandemia influenciou o sentimento de sobrecarga e também em medida a presença de um sentido de vida/propósito de vida se constitui com um fator facilitador ao enfrentar novos desafios e o superar de momentos de crise.

## PARTE I

## 1. CONTEXTOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Neste capítulo, irei efetuar uma contextualização do local onde foram desenvolvidos os 3 estágios. Estes decorreram em Alcobaça: num primeiro momento na USF Pedro e Inês, de tipologia modelo B que posteriormente foi reformulada, tendo sido constituídas a USF Terras de Cister e a USF Pedro e Inês. Esta reformulação tem como objetivo o crescimento da “filosofia USF” no concelho de Alcobaça. Assim, as duas USF vão crescendo e integrando as



**Figura 1:** Região Oeste Norte – Terra de turismo e tradições

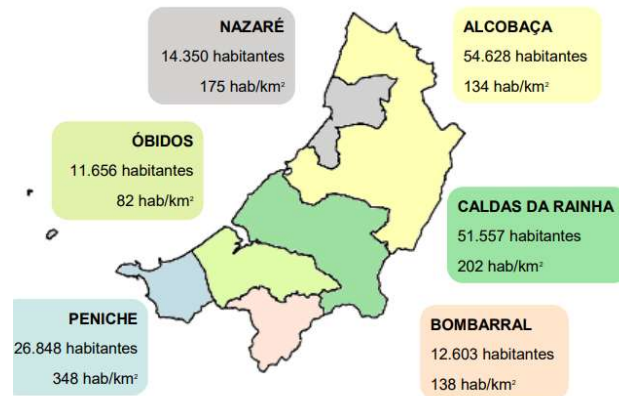
**Fonte:** Costa, Neves e Nunes (2017)

anteriores extensões de saúde como polos da USF. No caso da USF Terras de Cister, esta integrou, ao final de um ano, o polo de Coz e de Aljubarrota.

A USF Terras de Cister no concelho de Alcobaça, é uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACeS-ON) que pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Está situada na freguesia de Nossa Sr.<sup>a</sup> do Pópulo, em Caldas da Rainha, no edifício do Centro de Saúde de Caldas da Rainha.

### 1.1. CARACTERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE

O Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACES-ON) tem a sua sede na Rua do Centro de Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha, sendo a sua missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários, com vista à obtenção de ganhos em saúde para a população, abrangendo os concelhos de Alcobaça, do Bombarral, de Caldas da Rainha, de Nazaré, de Óbidos e de Peniche, num total de cerca de 181.000 utentes inscritos, numa área territorial de 1.052 Km<sup>2</sup>.



**Figura 2:** Área de abrangência do ACES Oeste Norte  
**Fonte:** Costa, Neves e Nunes (2017)

O Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte tem como **missão** garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados aos utentes e à comunidade, visando destacar-se pelo elevado desempenho assistencial, gerando qualidade e eficiência, sem descurar os princípios da equidade e da solidariedade (ACSS, 2017).

No que respeita à sua **visão**, a USF supracitada aposta na promoção e na melhoria da acessibilidade dos utentes aos serviços e à prestação dos cuidados de saúde primários de qualidade em todas as suas vertentes, na procura da excelência, baseada numa gestão mais cuidada dos recursos disponíveis. Neste sentido, privilegia como **valores**: a corresponsabilidade, a acessibilidade, a satisfação, a qualidade e a criatividade / Inovação (ACSS, 2017).

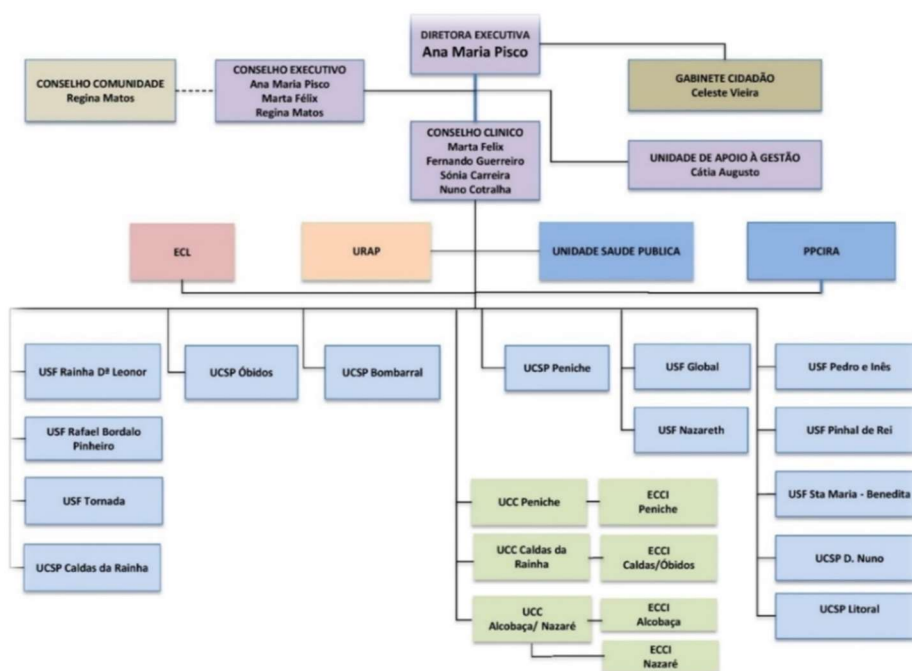
De salientar que o ACES Oeste Norte desenvolve atividades de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e prestação de cuidados na doença, articulando-se com outros serviços para a continuidade dos cuidados. Desenvolve também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados na



**Figura 3:** Logótipo do ACES Oeste Norte  
**Fonte:** ACSS (2017)

população em que se insere, bem como na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases (pré-graduada, pós-graduada e contínua)

Quanto ao organograma do ACES Oeste Norte, destacam-se os seguintes órgãos de gestão: um Diretor Executivo, um Conselho Executivo, um Conselho Clínico e um Conselho da Comunidade. Dispõe ainda de outros serviços de apoio, que funcionam na dependência do Diretor Executivo, nomeadamente a Unidade de Apoio à Gestão (UAG), que engloba o secretariado, o aprovisionamento, a contabilidade, os recursos humanos e informática, bem como o Gabinete do Cidadão, que constitui um recurso para a defesa dos direitos dos cidadãos.



**Figura 4-** Organograma do ACES Oeste Norte (2017)  
**Fonte:** ACSS (2017)

O ACES Oeste Norte organiza-se em vertentes distintas, que desenvolvem a sua atividade como um todo organizacional, constituído pelas seguintes unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP), e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Em termos de unidades funcionais, atualmente o ACES-ON dispõe de 10 USF (sendo 7 Modelo B e 3 Modelo A), 6 Unidade Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), com 4 Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e 1 Unidade de Saúde Pública (USP). Na sua totalidade, o ACES Oeste Norte dispõe

de 95 médicos, 133 enfermeiros, 121 secretários clínicos, 36 internos e 58 outros profissionais. O horário de funcionamento do ACES-ON é das 9h00 às 12h00 e das 14h30 às 16h00, exigindo-se marcação prévia. Os utentes também poderão aceder ao site PORTAL DO UTENTE - PDS (Plataforma de Dados de Saúde) <https://servicos.min-saude.pt> – para criar um registo, e entre outras opções, registar os seus dados de saúde; marcar consultas e pedir receituário crónico (com consentimento do Médico de Família) (ACSS, 2017).

De acordo com os dados do perfil de saúde da região Oeste Norte de 2017, a estrutura demográfica da população da Região Oeste Norte tem sofrido importantes alterações nas últimas décadas. Comparativamente ao início do milénio, verifica-se que há um afunilamento progressivo da base da pirâmide etária da região, traduzindo-se num envelhecimento da população desta região. Deste modo, a Região Oeste Norte apresenta um maior número de população idosa (>65 anos) por população jovem (0-14 anos). O índice de dependência de idosos, isto é, a proporção de idosos por população em idade ativa (15-64 anos), tem vindo a aumentar no ACES Oeste Norte, como resultado de um envelhecimento geral da população residente. Por outro lado, a proporção de jovens tem vindo a diminuir em relação à população ativa na Região Oeste Norte, assim como em Portugal (índice de dependência de jovens) (Costa et al, 2017).



**Gráfico 1-** Pirâmide etária dos utentes do ACES Oeste Norte (2021)  
**Fonte:** ACSS (2017)

## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DA USF TERRAS DE CISTER



**Figura 5:** Logótipo da USF Terras de Cister  
**Fonte:** ACSS (2017)

A USF Terras de Cister nasceu em fevereiro de 2021. Surgiu para permitir um maior crescimento e acessibilidade a todos os utentes do concelho de Alcobaça. Verificou-se que a anterior USF Pedro e Inês estava a abranger um grande número de utentes, principalmente da região mais central e menos da periferia. Deste modo, da anterior USF Pedro e Inês resultaram duas novas USF que pretendem, gradualmente, numa perspetiva de melhoria contínua,

englobar diferentes polos do concelho, sendo mais inclusivas. De destacar que esta USF, apesar de recente, beneficia da experiência dos profissionais que já desenvolvem a sua atividade de acordo com a “filosofia USF” desde 2010, o que constitui uma mais-valia.



**Figura 6–** Edifício da USF Terras de Cister (Alcobaça)  
**Fonte:** Varela (2021)

Nem todas as USF estarão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, bem como o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

A USF Terras de Cister iniciou a sua atividade em fevereiro de 2021, como modelo A.

As USF de modelo A correspondem a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, assim como de desenvolvimento técnico-científico na área da saúde familiar, existindo o primeiro contacto para a contratualização interna. As USF de modelo B, surgem em equipas com maior amadurecimento organizacional em que o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes.

De igual modo, a USF Terras de Cister almeja a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos indivíduos e famílias, potenciando as aptidões e competências de cada profissional e premiando o desempenho individual e coletivo, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

### **1.2.1. Espaço Físico e Recursos Materiais**

A USF Terras de Cister encontra-se localizada no antigo edifício do Centro de Saúde de Alcobaça. Situa-se junto ao Hospital Bernardino Lopes de Oliveira (Centro Hospitalar de Leiria) e apresenta estacionamento nas imediações com rampa de acesso para pessoas com mobilidade reduzida, na entrada principal. O edifício é constituído por dois pisos, sendo que a USF se localiza no piso térreo. No mesmo edifício, situa-se a USF Pedro e Inês, a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Cuidados na Comunidade.

A USF Terras de Cister dispõe de 1 Balcão Administrativo, 1 posto para o Vigilante, 2 Salas de Espera para Adultos e 1 Sala de Espera para Crianças e Pais, 5 gabinetes de Enfermagem, 5 Gabinetes Médicos, 1 Sala de Vacinação e 1 Sala de Tratamento, adequada para servir dois utentes simultaneamente. Apresenta, igualmente, 1 Sala de Reuniões, 1 Copa e 1 Sala de Aprovisionamento (medicamentos e consumíveis clínicos).

Os Gabinetes Médicos e de Enfermagem estão dotados de secretária, cadeiras, computador, impressora, telefone, marquesa, lavatório, armários e material clínico e de enfermagem. Nos gabinetes encontram-se igualmente outros equipamentos mais específicos, necessários às diferentes consultas existentes (ex. Aparelho de Avaliação de INR, Balança Pediátrica).

O Aprovisionamento está equipado com um sistema de controlo de temperatura e humidade, para um correto acondicionamento do material clínico e da terapêutica medicamentosa. Os medicamentos existentes estão devidamente organizados, com nomenclatura adequada, de modo a promover uma prática segura, especialmente nos medicamentos de alerta máximo, segundo a Norma nº 014/2015 da Direção Geral de Saúde de 06/08/2015. A reposição de

material é realizada por níveis, com recurso a serviços avançados de gestão de *stocks*. No Gabinete de Vacinação, encontra-se o frigorífico para acondicionamento das vacinas e a Mala de Emergência devidamente equipada para o Suporte Imediato de Vida em situações de risco, nomeadamente em reações anafiláticas.

O sistema informático na USF Terras de Cister é o “*SClínico*”, que permite o registo e a continuidade dos cuidados, embora sejam ainda identificadas algumas lacunas, especialmente no que se refere à aplicação de instrumentos de avaliação familiar, particularmente importantes na prática do Enfermeiro de Saúde Familiar.

A USF Terras de Cister dispõe de serviços de Esterilização e Lavandaria, que se encontram centralizados na sede do ACES Oeste Norte. Também procede à correta triagem de resíduos, conforme o DL nº 73/2011, sendo sujeito a auditorias internas periodicamente.

### **1.2.2. Recursos Humanos**

Salienta-se que as USF são “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo”. A atividade das USF desenvolve-se com “autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde” (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, artigo 3º).

Neste sentido, a USF Terras de Cister é constituída por uma equipa multidisciplinar experiente de 7 médicos, 7 enfermeiros, 5 secretários clínicos e 3 assistentes operacionais. Tem como coordenador o Dr. José Gabriel Tomás Silva e como enfermeira responsável a Enfª Mafalda Girão.

Tanto a equipa de enfermagem, quanto a equipa médica participam ativamente na formação profissional de estudantes de enfermagem e medicina, respetivamente. A equipa de enfermagem desta USF apresenta elevado grau de diferenciação, sendo a maioria dos elementos detentora de formação especializada.

Cada uma das 7 equipas da USF Terras de Cister é constituída por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, aos quais estão atribuídos um ficheiro de cerca de 1800 utentes, com aproximadamente 600 famílias de diferentes tipologias e especificidades, num total de cerca de 12.507 utentes.

Apesar do forte compromisso de cooperação interpessoal entre os elementos desta USF, a prestação de cuidados de saúde aos utentes é preferencialmente assumida pelo profissional responsável pelo ficheiro no qual o utente se insere. Ainda assim, caso o profissional não se encontre disponível para consulta com o seu utente/ família, a USF dispõe de um procedimento interno de intersubstituição dos profissionais, a fim de satisfazer as necessidades dos utentes e garantir a continuidade dos cuidados.

### **1.2.3. Oferta assistencial**

A USF Terras de Cister tem como oferta assistencial, a Consulta Aberta, a Consulta Domiciliária, a Consulta Programada, que inclui a Saúde do Adulto, a Saúde Infanto-Juvenil, a Saúde Materna, o Planeamento Familiar, a Vacinação, bem como o Acompanhamento de utentes com Patologias Crónicas (Diabetes, Hipertensão e DPOC). Nesta USF decorrem regularmente reuniões de equipa. Todas as quartas-feiras entre as 13h e as 15h, decorre uma reunião geral com os três grupos profissionais, no sentido de avaliar a qualidade, eficiência e acessibilidade dos cuidados de saúde prestados, tendo em conta os objetivos contratualizados pela USF, no sentido de delinear estratégias para aumentar os ganhos em saúde e a qualidade dos cuidados. Também todas as sextas-feiras se realizam reuniões de cerca de 30 minutos para discussão de casos clínicos no âmbito das Consultas de Visitação Domiciliária, e uma vez por mês, cada grupo profissional reúne-se para a discussão de assuntos inerentes à sua atividade profissional.

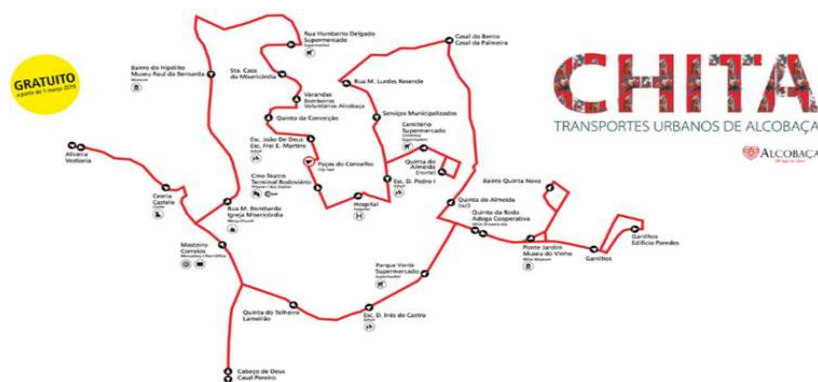
### **1.2.4. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde**

Desde os anos oitenta (século XX), que a OMS demonstra preocupação com a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, tendo contemplado numa das 28 metas da Estratégia da Saúde para Todos, a necessidade da melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde em cada Estado-membro da União Europeia, até ao ano 2000 (Remoaldo, 2003).

Neste contexto, no âmbito do Programa do XIX Governo Constitucional, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) sofreram uma reorganização, a fim de aumentar os ganhos em saúde e melhorar a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde da população portuguesa. Foi neste esforço evolutivo que as USF surgiram, enquanto fator-chave na modernização do SNS (Decreto-Lei n.º 298/2007). A acessibilidade diz respeito à “possibilidade de obter cuidados de saúde em qualquer momento que sejam considerados necessários, nas condições mais

convenientes e favoráveis. Esta possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade (Remoaldo, 2003).

De salientar que a USF Terras de Cister reúne um conjunto de características estruturais e funcionais que asseguram a acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde à população por ela abrangida. Assim, além de se situar no rés-do-chão do edifício do Centro de Saúde de Alcobaça, apresenta uma rampa de acesso, facilitando a passagem a utentes com mobilidade reduzida. Por outro lado, encontra-se numa zona central da cidade com serviço de táxis e com uma boa rede de transportes urbanos, nomeadamente o CHITA - Serviço de Transportes Urbanos de Alcobaça, cuja utilização é gratuita desde março de 2019.



**Figura 7-** Circuito de Transportes Urbanos CHITA  
**Fonte:** Portal do Município de Alcobaça (2021)

A acessibilidade dos cuidados de saúde garantida pelas USF assegura ainda a todos os utentes, e particularmente aos mais vulneráveis ou em situação de risco, o acesso a um conjunto de serviços e especialidades adicionais. Note-se que as USF funcionam com base na contratualização anual de atividades específicas de vigilância, com possibilidade de alargamento do período de cobertura assistencial e com a carteira adicional de serviços (Decreto-Lei n.º 298/2007).

Tem como horário de funcionamento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, e encerra das 12h às 13h todas as terças-feiras, para reunião de equipa.

### 1.2.5. Circuito do Utente

O Circuito do Utente é considerado o conjunto de procedimentos que o utente deve fazer para ter acesso aos serviços de saúde. Qualquer utente que pretenda usufruir dos serviços da USF Terras de Cister deverá proceder ao agendamento de uma consulta que melhor responda às

suas necessidades, quer presencial, quer telefonicamente, sendo então informado da data e hora da marcação. No dia da consulta solicitada, o utente deve chegar à USF cerca de 30 minutos antes da hora marcada, retirar uma senha e aguardar junto do secretariado para efetivação da marcação. O secretariado decorre durante todo o horário de funcionamento da USF (ACSS, 2017).

A USF Terras de Cister dispõe de dois tipos de consulta: a Consulta Aberta (não programada) e a Consulta Programada. Em caso de doença aguda, quando é impossível proceder a uma marcação prévia de consulta e existe necessidade de um atendimento no próprio dia, o utente poderá solicitar uma Consulta Aberta, que lhe garante um atendimento rápido, devido ao surgimento de um problema de saúde ou agudização de outros já existentes. A consulta só pode ser marcada presencialmente junto do secretariado clínico e é realizada por ordem de chegada, se possível, pelo médico/enfermeiro de Família no seu horário de Consulta Aberta. Caso tal não seja possível, o utente é encaminhado para a consulta aberta de outro médico/enfermeiro que esteja disponível (ACSS, 2017).

As situações que podem constituir motivo para Consulta Aberta são: problemas agudos ou de instalação recente; dor; traumatismos ligeiros; febre; problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares; ou outros; ou por decisão de um dos elementos da equipa que identifique necessidade de uma intervenção mais imediata. A solicitação destas consultas deverá ser racionalizada e justificada, pelo que o atendimento será sempre de acordo com a gravidade da situação.

As situações que não constituem motivo para Consulta Aberta relacionam-se com a solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), pedidos de atestados médicos para licença de condução, robustez física e prática desportiva; apresentação de resultados de exames; renovação de medicação crónica e/ou entrega de cartas/informações de outros profissionais de saúde. Para este tipo de solicitação, os utentes devem recorrer junto do secretariado clínico da USF, para orientação dos mesmos, tendo um tempo máximo de resposta garantido de 72 horas úteis (ACSS, 2017).

Por outro lado, as Consultas Programadas são privilegiadas e incentivadas, uma vez que permitem um melhor planeamento do trabalho e dos cuidados a prestar, otimizando o funcionamento e os recursos da USF. São consultas agendadas por iniciativa do utente, médico ou enfermeiro, e realizadas pelo próprio Médico de Família (ou médico interno da especialidade) e/ou Enfermeiro de Família. A consulta programada é destinada a vigiar problemas de saúde subagudos ou crónicos ou atividades de prevenção, englobando

consultas de Saúde do Adulto, Saúde Infantil/ Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Vacinação e Acompanhamento de Patologias Crónicas (Diabetes, Hipertensão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Hipocoagulação) (ACSS, 2017).

Na sala de espera dos utentes, está afixado o fluxograma do circuito do utente no que respeita a consultas de enfermagem, atendimento administrativo e consultas médicas. Após confirmação da sua presença, o utente aguarda na sala de espera, até que seja chamado pelo profissional de saúde. Com a pandemia por Covid-19, muitas consultas foram realizadas através de telefone ou meios informáticos. Sempre que possível, privilegiava-se a utilização de *email* para solicitar medicação crónica.

Na USF Terras de Cister, no âmbito da atividade de Enfermagem, além da prestação direta de cuidados aos utentes, cada enfermeiro é ainda responsável por outras funções essenciais à dinâmica da USF, nomeadamente a coordenação, o aprovisionamento e a formação, entre outras. Apesar das muitas responsabilidades, a Equipa de Enfermagem é diligente e disponível na resposta às necessidades dos seus utentes. Para além de desenvolverem atividades como o tratamento de feridas, avaliação e execução de técnicas invasivas (algaliação, colocação de sondas nasogástricas...), administração de terapêutica, vacinação, ensinamentos e educação para a saúde, os enfermeiros desenvolvem também consultas de vigilância de saúde no âmbito da Diabetes, Hipertensão, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher e Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil e Vacinação (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Nesta USF, existem ainda duas enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar, o que constitui uma mais-valia na qualidade dos cuidados prestados aos utentes e suas famílias. De facto, os enfermeiros de família encontram-se em posição privilegiada para potenciar a (co)criação de projetos de saúde a indivíduos e famílias, quer pela sua proximidade, quer pelas suas competências no âmbito dos cuidados ao longo do ciclo vital e na promoção das respostas adaptativas às transições (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

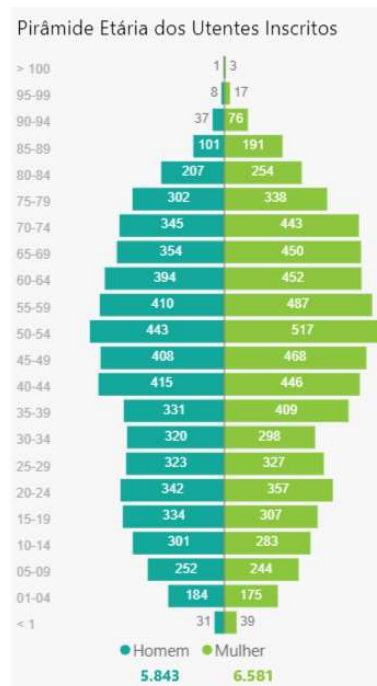
Dado que estas enfermeiras apresentam elevada responsabilidade e prestam cuidados gerais para os quais despendem grande parte do seu tempo, nem sempre é possível uma prática mais ativa no âmbito da Saúde Familiar, a todos os seus utentes. Ainda assim, sob uma ótica sistémica da família, identificam necessidades e antecipam intervenções nas famílias mais vulneráveis e/ou que vivenciam transições normativas ou acidentais. Por estabelecerem uma relação de confiança, proximidade e empatia com os utentes, as enfermeiras apreendem os significados e sentidos atribuídos aos acontecimentos e processos de saúde-doença que as

famílias vivenciam. Além de identificarem as famílias mais desprotegidas e/ou em situações de dependência, mobilizam conhecimentos específicos de Saúde Familiar no sentido da capacitação dos indivíduos e famílias para a gestão dos seus próprios problemas de saúde. Ao identificarem as lacunas nos sistemas familiares, salientam igualmente os recursos e as forças das famílias como meio de ultrapassar as suas dificuldades.

É evidente na prática destas enfermeiras especialistas em saúde familiar o conhecimento dos aspetos espirituais, antropobiológicos, sociais e culturais de cada utente e família, bem como dos seus padrões de comunicação e interação dentro do sistema familiar. Manifestamente, reconhecem as especificidades da comunidade onde estas famílias se inserem, o que lhes facilita a articulação de meios e redes de suporte formais e informais.

De acordo com Friedman (1998), existem 4 níveis de prática em enfermagem de saúde familiar. No quarto nível de intervenção, a família é considerada enquanto sistema interativo, e o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações. Neste nível, a estrutura e funcionamento da família são atentamente considerados pelo enfermeiro, e o relacionamento dos diferentes subsistemas dentro do sistema familiar e deste com o meio envolvente amplamente valorizados (Wright & Leahey, 2005). Neste sentido, no contexto da USF Terras de Cister, verifica-se que as enfermeiras de Saúde Familiar atuam nos diferentes níveis de intervenção apresentados por Friedman, conforme as necessidades de cuidados e os subsistemas com os quais interagem, sendo que privilegiavam, sempre que possível, o quarto nível de intervenção.

### 1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA



**Gráfico 2:** Pirâmide etária dos utentes da USF Terra de Cister (2021)  
**Fonte:** ACSS (2017)

Tendo em conta a constituição da USF Terras de Cister ser muito recente, não é possível obter todos os dados publicados deste último ano. No entanto, a história da construção desta USF permite que os seus profissionais conheçam muito bem a população, bem como os seus problemas, visto que as equipas profissionais transitaram com o seu ficheiro de utentes para a nova USF. Na população abrangida pela USF Terras de Cister, a faixa etária mais predominante é dos 50-54 anos, tanto para o género feminino (517 mulheres), como masculino (443 homens), como é possível observar através da pirâmide etária (ACSS, 2017).

Verifica-se, portanto, uma população maioritariamente em idade ativa, ainda que tendencialmente envelhecida, tendo em conta o índice de dependência total de 59,01%, sendo 18,13% jovens e 40,26% idosos. De salientar que a USF Terras de Cister tem como objetivo crescer, de modo a conseguir abranger uma maior população do concelho de Alcobaça. Neste sentido, englobou recentemente o polo de Coz e de Aljubarrota.

Perante estes dados, depreende-se que a população de Alcobaça apresenta necessidades de cuidados com elevado nível de dependência, não só porque o número de idosos é superior e tende a aumentar, como também constitui uma faixa da população que apresenta múltiplas comorbilidades que deverão ser avaliadas e vigiadas regularmente.

De acordo com os dados da ACSS (2017), as comorbilidades com maior prevalência na população de Alcobaça são: a Hipertensão (HTA), a Diabetes e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), pelo que a USF disponibiliza consultas de vigilância específicas para utentes com estas doenças crónicas.

Neste sentido, o conceito de Unidades Ponderadas (UP) é primordial. As UP constituem critérios cientificamente validados que permitem aferir com rigor a carga de trabalho que os profissionais das USF apresentam nos cuidados desenvolvidos aos seus utentes. Uma lista de utentes induz uma determinada carga de trabalho que varia em função de múltiplos fatores (demográficos, literacia, dispersão geográfica, variáveis de contexto socioeconómico, nacionalidade dos imigrantes e os problemas de comunicação associados, etc.) que obrigam a que a sua dimensão tenha de ser ponderada em função das suas características e do contexto em que se insere (ACSS, 2017).

Quando essa dimensão ponderada é excessiva, verificam-se repercussões negativas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados e também na satisfação dos utentes e profissionais e na saúde destes últimos. As unidades ponderadas referidas no número anterior obtêm-se pela aplicação dos seguintes fatores:

- a) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo fator 1,5;
- b) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo fator 2;
- c) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo fator 2,5.

A USF Terras de Cister apresenta um total de UP de 16752. O valor das UP por grupo profissional encontra-se definido nos termos da lei, a fim de garantir maior equidade e segurança aos utentes e profissionais (ACSS, 2017).

#### 1.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias permite a efetivação de uma prática de enfermagem direcionada para a capacitação funcional das famílias, face às exigências e especificidades inerentes ao seu ciclo vital. Neste contexto, o papel do enfermeiro integrado nas USF evidencia-se de primordial importância, uma vez que está direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014).

O enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde. O enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 118/2014).

Assim sendo, tendo por suporte a metodologia científica, a Consulta de Enfermagem, constitui-se uma atividade autónoma, que permite ao enfermeiro a formulação de um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde gerais e particulares e elaborar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

#### 1.5. PROGRAMAS DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA USF TERRAS DE CISTER

As USF configuram um modelo organizacional leve e flexível que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical. Nestas unidades, as funções de gestão e de execução tendem a fundir-se ao nível operativo (Portaria n.º 1368/2007).

Nem todas as USF estão no mesmo nível de desenvolvimento organizacional; contudo, em todos os modelos de USF existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspetos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira adicional de serviços, contratualizados com os departamentos de contratualização, em sede de candidatura ou nas épocas para tal definidas e revistos anualmente (Portaria n.º 1368/2007).

Independentemente do seu modelo e dos diversos enquadramentos jurídico-institucionais que possam ser atribuídos a cada USF, salienta-se que a carteira básica de serviços é aplicável a todas as USF do SNS (Portaria n.º 1368/2007).

O compromisso assistencial inerente às carteiras de serviços básicas explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de medicina geral

e familiar e de enfermagem: núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista de utentes e formação contínua (Portaria n.º 1368/2007).

A USF Terras de Cister é classificada de Modelo A. De forma a compreender o posicionamento das USF face a uma USF Padrão, foi definida uma metodologia que permite perceber como é que cada USF se posiciona face à USF mediana nacional. Para tal, nos casos em que os indicadores apresentem valores acima da mediana é-lhes atribuído um ponto e, nos casos em que os indicadores apresentem valores abaixo dessa mesma mediana é-lhes subtraído um ponto (para os indicadores de eficiência, encargos com medicamentos e MCDT, a lógica é inversa). O somatório dos pontos obtidos permite posicionar as USF umas em relação às outras, sendo que a pontuação máxima é de 14 pontos para os indicadores para atribuição de incentivos institucionais e de 16 pontos para os indicadores que concorrem à atribuição de incentivos financeiros (ACSS, 2009).

Na USF Terras de Cister, foram contratualizados 109 indicadores sujeitos a avaliação, com um Índice de Desempenho Global (IDG) de 64,20%.

De acordo com ACSS (2017) podemos identificar uma Carteira Básica de Serviços que foi sujeita a avaliação através de indicadores, objetivos, ações, metas e resultados nos vários programas de saúde que se propunham a atingir. Assim, esta USF tem como programas de saúde, consultas de vigilância e promoção de saúde no âmbito:

- ✓ Do recém-nascido, criança e adolescente (Saúde Infantil e Juvenil);
- ✓ Saúde de Adultos;
- ✓ Saúde da Mulher (saúde materna, planeamento familiar, aconselhamento pré-concepcional, pré-natal e puerpério);
- ✓ Vigilância de pessoas com hipertensão, diabetes, DPOC e sob hipocoagulação;
- ✓ Visitação domiciliária;
- ✓ Atendimento em situações agudas (consulta aberta);
- ✓ Acompanhamento de doença crónica;
- ✓ Tratamento de feridas;
- ✓ Vacinação a crianças e adultos.

Serão abordadas mais especificamente cada uma destas áreas seguidamente tendo por base os indicadores disponibilizados relativos ao ano de 2021:

### 1.5.1. Programa de Saúde Infantil e Juvenil

As consultas de Saúde Infantil e Juvenil, desenvolvidas na USF Terras de Cister, constituem um meio de apoio à saúde, o qual promove uma maior igualdade de oportunidades e de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e das comunidades. Nestas consultas, constituem aspetos prioritários, a deteção e apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, com vista à redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde (DGS, 2013).

É da competência dos profissionais reconhecer e capacitar os pais e/ou outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados, uma vez que o aumento do nível de conhecimentos e de motivação melhora as condições de vida das famílias, e favorece o desenvolvimento da parentalidade. As consultas programadas de Saúde Infantil e Juvenil servem para efetuar a avaliação do desenvolvimento global (físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade) das crianças e dos adolescentes, pretendendo apoiar os pais e a criança na prevenção da doença e na promoção da saúde (DGS, 2013).

Estas consultas incluem a consulta de enfermagem e a consulta médica que se complementam. De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, proposto pela Direção-Geral da Saúde (junho de 2013), estas consultas devem realizar-se nas seguintes idades: primeiros 7 dias de vida; 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15 e 18 meses; 2, 3, 4 anos; 5 anos (exame de saúde pré-escolar); 6 ou 7 anos (final do 1º ano de escolaridade); 8 e 10 anos; entre os 12 e os 13 anos e entre os 15 e os 18 anos (DGS, 2013).

É muito importante que se façam sempre acompanhar do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (para registo da avaliação do peso, altura, perímetro encefálico e ensinos realizados), assim como do Boletim de Vacinação (registo da vacina administrada), pois a conciliação destas consultas com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNV) ocasiona a diminuição do número de deslocações aos serviços de saúde.

Na USF Terras de Cister, para além das consultas de enfermagem e médicas descritas acima, é realizado o rastreio das doenças metabólicas (“Teste do pezinho”) até ao 6º dia do nascimento do recém-nascido e efetuada consulta de enfermagem de vigilância todas as semanas até à criança completar um mês de vida. É visível a preocupação por parte dos enfermeiros de família da unidade em esclarecer dúvidas e prestar apoio no que os pais/famílias precisam, assim como é visível a confiança que as mesmas depositam no enfermeiro.

Os 14 indicadores contratualizados pela USF Terras de Cister que dizem respeito a este programa estão, igualmente, associados ao Programa Nacional de Vacinação, conforme a imagem a seguir, sendo esta a área que obteve, até então, um maior sucesso.

**Tabela 1-** Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa Saúde Infantil e Juvenil (Ano 2021)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.014.01 FL	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	FL		N	202112	85,00	95,00	100,00	100,00	90,769	1,00
2013.015.01 FL	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FL		N	202112	30,00	50,00	100,00	100,00	0,000	0,00
2013.016.01 FL	16 - Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 1º ano	FL		N	202112	65,00	70,00	100,00	100,00	0,000	0,00
2013.017.01 FL	17 - Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	FL		N	202112	65,00	70,00	100,00	100,00	23,076	0,00
2013.031.01 FL	31 - Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	FL		N	202112	85,00	90,00	100,00	100,00	86,516	1,00
2013.032.01 FL	32 - Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	FL		N	202112	85,00	90,00	100,00	100,00	13,821	0,00
2013.057.01 FL	57 - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	FL		N	202112	90,00	95,00	100,00	100,00	89,393	0,00
2013.059.01 FL	59 - Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	FL		N	202112	90,00	95,00	100,00	100,00	62,376	0,00
2013.063.01 FL	63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	FL		S	202112	70,00	80,00	100,00	100,00	80,898	2,00
2013.093.01 FL	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202112	95,00	95,00	100,00	100,00	98,000	2,00
2013.094.01 FL	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202112	95,00	95,00	100,00	100,00	97,752	2,00
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		S	202112	95,00	95,00	100,00	100,00	99,180	2,00
2013.269.01 FL	269 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	FL		S	202112	0,80	0,85	100,00	100,00	0,651	0,00
2013.302.01 FL	302 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	FL		S	202112	0,80	0,85	1,00	1,00	0,710	0,00

Fonte: ACSS (2017)

Dos indicadores contratualizados anteriormente mencionados, será analisado um, a título de exemplo.

**Quadro 1:** Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido.

Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	
<b>Descrição do Indicador</b>	Exprime a proporção de crianças com PNV totalmente cumprido na data do 2º aniversário, entre as que completam 2 anos.
<b>Tipo de Indicador</b>	Processo
<b>Área Clínica</b>	Saúde Infantil e Juvenil
<b>Programa Associado</b>	Saúde Infantil e Juvenil
<b>Objetivos</b>	Monitorizar o Programa Nacional de Vacinação (PNV) - corte dos 2 anos.
<b>População Alvo</b>	Crianças que completam 2 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador ou durante o ano civil em curso.
<b>Quem</b>	Enfermeiro
<b>Ações</b>	- Verificar o cumprimento do PNV em todas as consultas; - Realizar a vacinação oportunista em todas as consultas de saúde infantil; - Proceder à marcação da consulta subsequente em todas as consultas de saúde infantil; - Convocar ativamente todas as crianças/ pais que faltem.
<b>Metas</b>	O indicador apresenta como mínimo esperado 98 e máximo esperado 100.
<b>Resultados</b>	98
<b>Avaliação</b>	O resultado deste indicador ficou entre o mínimo aceitável e o máximo esperado, apresentado um score de 2.

Fonte: ACSS (2017)

### 1.5.2. Programa de Saúde do Adulto

Esta consulta destina-se a utentes com idade igual ou superior a 18 anos, isentos de doença crónica, que necessitem de uma avaliação frequente, e visa identificar as necessidades de saúde, quer individuais, quer familiares, intervindo de forma personalizada. Estas consultas visam educar para a saúde e prevenir a doença nas diversas fases da vida.

Nesta USF, foram contratualizados 11 indicadores relativos a este programa.

**Tabela 2:** Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Saúde do Adulto (Ano de 2021)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.034.01 FL	34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	FL		S	202112	45,00	55,00	100,00	100,00	59,748	2,00
2013.046.01 FL	46 - Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	FL		S	202112	47,00	52,00	100,00	100,00	64,631	2,00
2013.053.01 FL	53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	FL		S	202112	60,00	66,00	100,00	100,00	57,955	0,00
2013.054.01 FL	54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	FL		S	202112	55,00	70,00	100,00	100,00	32,592	0,00
2013.098.01 FL	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	FL		S	202112	85,00	92,00	100,00	100,00	93,945	2,00
2013.262.01 FL	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	FL		S	202112	35,00	45,00	100,00	100,00	52,308	2,00
2015.306.01 FL	306 - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	FL		S	202112	9,00	12,00	100,00	100,00	2,523	0,00
2017.381.01 FL	381 - Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	FL		S	202112	70,00	80,00	100,00	100,00	76,677	1,00
2018.395.01 FL	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	FL		S	202112	60,00	70,00	100,00	100,00	58,628	0,00
2018.397.01 FL	397 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	FL	1	N	202112	15,00	22,00	100,00	100,00	2,787	0,00
2018.404.01 FL	404 - Incidência anual de pessoas em abstín. tabág. 12M	FL		S	202112	40,00	60,00	10000,00	10000,00	48,672	1,00

Fonte: ACSS (2017)

**Quadro 2:** Proporção de Utentes com 25 ou mais anos, que têm a Vacina Antitetânica Atualizada

Proporção de Utentes com 25 ou mais anos, que têm a Vacina Antitetânica Atualizada	
<b>Descrição do Indicador</b>	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada.
<b>Tipo de Indicador</b>	Processo
<b>Área Clínica</b>	Saúde do Adulto
<b>Programa Associado</b>	Saúde do Adulto
<b>Objetivos</b>	Monitorizar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nos utentes com inscrição ativa no parâmetro: "vacina antitetânica".
<b>População Alvo</b>	Utentes com idade igual ou superior a 25 anos.
<b>Quem</b>	Enfermeiro
<b>Ações</b>	- Convocar os utentes que não tenham a vacina atualizada; - Administrar a vacina de forma oportunista aos utentes que recorrem à USF por outros motivos.
<b>Metas</b>	O indicador apresenta como mínimo esperado 92 e máximo esperado 100
<b>Resultados</b>	93,945
<b>Avaliação</b>	O resultado deste indicador ficou entre o mínimo aceitável e o máximo esperado, apresentado um score de 2.

Fonte: ACSS (2017)

### 1.5.3. Programa de Saúde da Mulher e Planeamento Familiar

O planeamento familiar é uma forma de assegurar que os utentes têm acesso à informação e métodos de contraceção eficazes e seguros, favorecendo o acesso a serviços de saúde que

contribuam para a vivência da sexualidade, de forma segura e saudável. A prática do planeamento familiar permite que homens e mulheres decidam se e quando querem ter filhos, auxiliando no planeamento da gravidez e na preparação para o parto nas condições mais adequadas (DGS, 2008). As atividades de Planeamento Familiar da USF Terras de Cister são, neste contexto, uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva. A consulta de Planeamento Familiar assegura, também, outras atividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST (Infeções Sexualmente Transmitidas), do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas. (DGS, 2008).

De acordo com a DGS (2008), as consultas de Planeamento Familiar desta USF têm como objetivos:

- 1) Promover a vivência da sexualidade, de forma saudável e segura;
- 2) Regular a fecundidade, segundo o desejo do casal;
- 3) Preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis;
- 4) Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- 5) Reduzir a incidência das ITS e as suas consequências, designadamente, a infertilidade;
- 6) Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

Nas consultas de Planeamento Familiar, estão inscritas mulheres em idade fértil (até aos 54 anos) e homens (de qualquer idade) que as podem acompanhar. Além dos ensinamentos realizados e do esclarecimento de dúvidas, nestas consultas são gratuitamente cedidos métodos contraceptivos orais às mulheres que se encontram inscritas na USF e que frequentam a consulta. Para além desta atividade e em conjunto com o médico de família, é realizada a colpocitologia, sendo esta atividade avaliada através do indicador abaixo referido. Após a análise laboratorial (em laboratório externo à unidade) o resultado é registado no *SClínico*.

Nesta USF foram contratualizados 15 indicadores relativos a este programa com um IDG de 64,20%.

**Tabela 3:** Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Saúde da Mulher e Planeamento Familiar (Ano de 2021)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.008.01 FL	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	FL		S	202112	45,00	60,00	100,00	100,00	59,729	1,00
2013.009.01 FL	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	FL		N	202112	30,00	42,00	75,00	80,00	46,266	2,00
2013.010.01 FL	10 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	FL		N	202112	35,00	45,00	55,00	65,00	51,876	2,00
2013.011.01 FL	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	FL		S	202112	70,00	75,00	100,00	100,00	84,146	2,00
2013.045.01 FL	45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.	FL		S	202112	47,00	52,00	100,00	100,00	65,598	2,00
2013.295.01 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL		S	202112	70,00	75,00	100,00	100,00	51,428	0,00
2013.296.02 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL		N	202112	20,00	35,00	100,00	100,00	1,315	0,00
2015.307.01 FL	307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	FL		N	202112	70,00	75,00	100,00	100,00	80,000	2,00
2015.308.01 FL	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	FL		S	202112	72,00	80,00	100,00	100,00	73,770	1,00
2015.309.01 FL	309 - Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	FL		N	202112	40,00	45,00	100,00	100,00	72,549	2,00
2015.310.01 FL	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	FL		S	202112	0,65	0,72	1,00	1,00	0,767	2,00
2015.311.01 FL	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	FL		S	202112	0,45	0,55	1,00	1,00	0,576	2,00
2015.312.01 FL	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	FL		S	202112	0,33	0,40	1,00	1,00	0,507	2,00
2017.384.01 FL	384 - Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	FL		S	202112	85,00	90,00	100,00	100,00	90,000	2,00
2018.398.01 FL	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ªT	FL	1	N	202112	40,00	60,00	100,00	100,00	0,000	0,00

Fonte: ACSS (2017)

**Quadro 3:** Proporção de Mulheres entre 25 e 60 anos, com Rastreio do Cancro do Colo do Útero Efetuado (Ano de 2021)

Proporção de Mulheres entre 25 e 60 anos, com Rastreio do Cancro do Colo do Útero Efetuado	
<b>Descrição do Indicador</b>	Exprime a proporção entre as mulheres que realizaram colpocitologia nos últimos três anos e as mulheres com idades compreendidas no intervalo 25 a 60 anos.
<b>Tipo de Indicador</b>	Processo
<b>Área Clínica</b>	Saúde Materna
<b>Programa Associado</b>	Programa de Saúde da Mulher e Planeamento Familiar
<b>Objetivos</b>	Monitorizar o programa de rastreio oncológico – parâmetro “rastreio e deteção +precoce do cancro do colo do útero”.
<b>População Alvo</b>	Utentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 25-60 anos.
<b>Quem</b>	Médico e Enfermeiro
<b>Ações</b>	Sensibilizar as mulheres entre os 25-60 anos para a importância da realização do rastreio do cancro do colo do útero; - Realizar a colpocitologia de forma oportunista, em consulta de saúde de adultos ou outras; - Convocar as utentes com colpocitologia em atraso
<b>Metas</b>	O indicador apresenta como mínimo esperado 52 e máximo esperado 100.
<b>Resultados</b>	65,598
<b>Avaliação</b>	O resultado deste indicador ficou entre o mínimo esperado e o máximo esperado, apresentado um score de 2.

Fonte: ACSS (2017)

#### 1.5.4. Programa de Saúde Materna

A gravidez é um processo fisiológico, vivenciado por muitos milhões de mulheres ao longo da história da Humanidade. Apesar de não constituir um estado de doença, a gravidez exige uma adaptação profunda a uma nova realidade (ser mãe, ser pai) e uma modificação fisiológica

corporal e emocional (processo adaptativo da gravidez) que culmina num desfecho: o nascimento de uma ou mais crianças (DGS, 2015).

Assim, os profissionais que acompanham utentes e famílias nesta etapa de vida necessitam estar preparados e sensíveis às inúmeras necessidades, alegrias, tristezas, desconfortos e representações que lhes são colocados ao longo do tempo. A forma como estas transições do ciclo vital são vividas é individual e única, já que todas as gestações são diferentes, mesmo quando experimentadas pela mesma mulher, em diferentes circunstâncias e ao longo do tempo (DGS, 2015).

Neste sentido, as consultas de Saúde Materna, na sua componente multidisciplinar médica, de enfermagem e outras complementares, têm como objetivo acompanhar a mulher grávida, de forma a garantir a segurança e máximo bem-estar possível à mãe e filho, sem demitir a extrema importância do pai, família e/ou outras pessoas significativas.

Na USF Terras de Cister, a vigilância de uma gravidez tem início antes do início da própria gravidez, numa consulta designada por “consulta pré-concecional”, em que as mulheres podem e devem fazer-se acompanhar pelos respetivos companheiros. Nesta consulta, procede-se a uma avaliação inicial e aconselhamento geral, solicitam-se diversos exames complementares de diagnóstico ao casal e procede-se à referência para cuidados préconcepcionais especializados, quando indicado.

De acordo com a DGS (2015), diversos estudos comprovaram que as grávidas que não tiveram acesso a cuidados pré-natais regulares, apresentam uma maior incidência de complicações da gestação.

Deste modo, segundo a DGS (2015) as consultas de saúde materna têm como principais objetivos:

- ✓ Assegurar a vigilância pré-natal da gravidez normal;
- ✓ Promover o diagnóstico pré-natal, com referência a unidades especializadas, segundo as normas em vigor;
- ✓ Referenciar a gravidez de risco e o acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados;
- ✓ Promover comportamentos (saudáveis) de adesão durante a gravidez, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco, álcool e alimentação;
- ✓ Promover a adaptação do casal ao novo estágio de vida familiar e implementação das mudanças necessárias ao ciclo vital;

- ✓ Apoiar as puérperas após a alta hospitalar, assegurar cuidados que promovam a sua adaptação aos novos estádios de vida individual e familiar;
- ✓ Promover o aleitamento materno pelo menos até aos 3 meses de vida;
- ✓ Proceder à revisão do puerpério.

As consultas seguintes de vigilância da gravidez, efetuadas tanto pelo enfermeiro como pelo médico de família, são agendadas e realizadas, mensalmente, até às 32 semanas.

Nestas consultas, é administrada a vacina combinada contra a tosse convulsa, difteria e tétano - Boostrix (vacina administrada a grávidas entre as 20 e as 36 semanas de gestação). Esta baseia-se na passagem transplacentária de anticorpos da mãe para o filho, conferindo-lhe proteção passiva até ao início da vacinação, aos 2 meses de vida.

Posteriormente, as grávidas são encaminhadas para a consulta de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Leiria para seguimento até à data do parto. A vigilância de uma gravidez termina com a Consulta de Revisão do Puerpério, que deve ter lugar até às 6 semanas (42 dias) após o parto. A utente faz-se acompanhar pelo Boletim de Saúde da Grávida e o Boletim de Planeamento Familiar.

Na USF Terras de Cister, os enfermeiros utilizam esta consulta, por exemplo, para a realização de ensinamentos adequados a cada trimestre, avaliar as expectativas sobre a paternidade e o estabelecimento da vinculação Mãe-Filho.

Nesta USF, foram contratualizados 15 indicadores relativos a este programa, sendo 11 especificamente relacionados com a gravidez e puerpério.

**Tabela 4:** Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Saúde Materna (Ano de 2021)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.008.01 FL	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	FL		S	202112	45,00	60,00	100,00	100,00	59,729	1,00
2013.009.01 FL	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	FL		N	202112	30,00	42,00	75,00	80,00	46,266	2,00
2013.010.01 FL	10 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	FL		N	202112	35,00	45,00	55,00	65,00	51,876	2,00
2013.011.01 FL	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	FL		S	202112	70,00	75,00	100,00	100,00	84,146	2,00
2013.045.01 FL	45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.	FL		S	202112	47,00	52,00	100,00	100,00	65,598	2,00
2013.295.01 FL	295 - Propor. puérip. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL		S	202112	70,00	75,00	100,00	100,00	51,428	0,00
2013.296.02 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérip. RN c/ domic. enf.	FL		N	202112	20,00	35,00	100,00	100,00	1,315	0,00
2015.307.01 FL	307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	FL		N	202112	70,00	75,00	100,00	100,00	80,000	2,00
2015.308.01 FL	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	FL		S	202112	72,00	80,00	100,00	100,00	73,770	1,00
2015.309.01 FL	309 - Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	FL		N	202112	40,00	45,00	100,00	100,00	72,549	2,00
2015.310.01 FL	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	FL		S	202112	0,65	0,72	1,00	1,00	0,767	2,00
2015.311.01 FL	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	FL		S	202112	0,45	0,55	1,00	1,00	0,576	2,00
2015.312.01 FL	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	FL		S	202112	0,33	0,40	1,00	1,00	0,507	2,00
2017.384.01 FL	384 - Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	FL		S	202112	85,00	90,00	100,00	100,00	90,000	2,00
2018.398.01 FL	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	FL	1	N	202112	40,00	60,00	100,00	100,00	0,000	0,00

Fonte: ACSS (2017)

**Quadro 4:** Proporção de Puérperas com 5 ou mais Consultas de Enfermagem em Saúde Materna durante a Gravidez e com Consulta de Revisão de Puerpério

Proporção de Puérperas com 5 ou mais Consultas de Enfermagem em Saúde Materna durante a Gravidez e com Consulta de Revisão de Puerpério	
<b>Descrição do Indicador</b>	Exprime a proporção de puérperas que realizaram pelo menos 5 consultas de enfermagem de vigilância da gravidez ou de revisão do puerpério, no período compreendido entre a data da última menstruação e o 42º dia de puerpério
<b>Tipo de Indicador</b>	Processo
<b>Área Clínica</b>	Saúde Materna
<b>Programa Associado</b>	Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco
<b>Objetivos</b>	Monitorização do Programa de Vigilância em Saúde Materna, área de acesso às consultas de enfermagem de saúde materna.
<b>População Alvo</b>	Puérperas
<b>Quem</b>	Enfermeiro
<b>Ações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar para a necessidade de contactar o enfermeiro/médico de família imediatamente após diagnóstico/suspeita de gravidez, durante consultas de planeamento familiar ou outras;</li> <li>- Proceder à marcação da consulta subsequente em todas as consultas de saúde materna;</li> <li>- Convocar ativamente a grávida que falta à consulta sem aviso prévio;</li> <li>- Sensibilizar a grávida para a importância da vigilância em consulta de Saúde Materna e de cumprir as mesmas;</li> <li>- Proceder à marcação da consulta de revisão do puerpério no dia do teste do pezinho/ ou no primeiro contacto da puérpera com a USF, após o nascimento do bebé.</li> </ul>
<b>Metas</b>	O indicador apresenta como mínimo esperado 75 e máximo esperado 100.
<b>Resultados</b>	51,428
<b>Avaliação</b>	O resultado deste indicador ficou aquém do intervalo esperado, não tendo sido cumprido, apresentado um score de 0.

Fonte: ACSS (2017)

### 1.5.5. Programa de Vacinação (Adulto/Idoso)

As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de proteção contra certas doenças. Mesmo quando a imunidade não é total, quem está vacinado tem maior capacidade de resistência na eventualidade de a doença surgir. Não basta vacinar-se uma vez para ficar devidamente protegido. Em geral, é preciso receber várias doses da mesma vacina para que esta seja eficaz. Outras vezes é também necessário fazer doses de reforço, nalguns casos ao longo de toda a vida (DGS, 2017).

A vacinação, além da proteção pessoal, traz igualmente benefícios para toda a comunidade, pois interrompe-se a transmissão da doença, quando a maior parte da população está vacinada. O Plano Nacional de Vacinação é da responsabilidade do Ministério da Saúde e integra as vacinas consideradas mais importantes para defender a saúde da população portuguesa. As vacinas que fazem parte do PNV podem ser alteradas de um ano para o outro, em função da adaptação do Programa às necessidades da população, nomeadamente pela integração de novas vacinas.

A USF Terras de Cister manifesta grande preocupação no cumprimento do PNV. A vacinação pode ser efetuada por iniciativa do utente, quando este se desloca à unidade de saúde, ou

por iniciativa do enfermeiro de família que o contacta telefonicamente, sempre que deteta alguma situação de incumprimento. Nestas situações, a vacinação também pode ser efetuada de forma oportunista, quando o utente recorre à USF por outros motivos, nomeadamente para o recurso a outras consultas.

A vacinação não é obrigatória, mas recomendável a toda a população, conforme o sugerido no PNV. Outras vacinas ou formas de administração não previstas no PNV, também poderão ser realizadas, mas somente mediante prescrição médica.

Na USF Terras de Cister, numa perspetiva de manter e aumentar os níveis de saúde da sua população, no período de cobertura vacinal da gripe, são realizadas campanhas de divulgação junto da população e promovidas oportunidades de vacinação, nomeadamente no contexto das Consultas de Visitação Domiciliária.

**Tabela 5:** Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Vacinação no Adulto e Idoso (Ano de 2021)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	FL		S	202112	40,00	50,00	100,00	100,00	63,992	2,00
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	202112	350,00	475,00	1500,00	1500,00	210,589	0,00
2013.297.01 FL	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	FL		S	202112	77,00	80,00	100,00	100,00	78,695	1,00

Fonte: ACSS (2017)

**Quadro 5-** Proporção de inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a Vacina da Gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses

Proporção de inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a Vacina da Gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses	
<b>Descrição do Indicador</b>	Exprime a proporção de utentes com a vacina da gripe prescrita nos últimos 12 meses, de entre inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos.
<b>Tipo de Indicador</b>	Processo
<b>Área Clínica</b>	Cardiovascular
<b>Programa Associado</b>	Saúde do Idoso
<b>Objetivos</b>	Monitorização do programa de saúde de adultos: Parâmetro "vacina da gripe".
<b>População Alvo</b>	Utentes com mais de 65 anos e/ou doença crónica.
<b>Quem</b>	Enfermeiro
<b>Ações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar a vacina da gripe aos utentes com doenças crónicas (com indicação para realização da vacina da gripe, de acordo com as normas da DGS);</li> <li>- Administrar a vacina da gripe em Centros de Dia ou associações a utentes sinalizados como sendo elegíveis de acordo com as normas da DGS;</li> <li>- Administrar a vacina da gripe aos utentes acamados e seus cuidadores/ familiares diretos;</li> <li>- Avaliar anualmente o indicador e implementação de medidas corretivas, caso o mesmo não seja cumprido;</li> <li>- Contabilizar os utentes que recusam a administração da vacina gripal.</li> </ul>
<b>Metas</b>	O indicador apresenta como mínimo esperado 50 e máximo esperado 100.
<b>Resultados</b>	63,992
<b>Avaliação</b>	O resultado deste indicador ficou entre o mínimo esperado e o máximo esperado, sendo atingido, com um score de 2.

Fonte: ACSS (2017)

### 1.5.6. Programa de Vigilância de Hipertensos

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em Portugal e a Hipertensão Arterial (HTA), o fator de risco mais prevalente na população portuguesa, que, segundo a DGS (2017), afeta cerca de 36% da população adulta. A HTA está associada a diversas doenças e comorbilidades, nomeadamente ao AVC, que é uma das principais causas de morte e incapacidade crónica na população portuguesa (DGS, 2017).

Apesar da HTA constituir uma doença crónica e silenciosa, muitas vezes desvalorizada, o seu diagnóstico é relativamente simples. Neste sentido, a USF Terras de Cister desenvolve esforços no sentido da prevenção e deteção precoce da HTA, além de dispor de Consultas de Vigilância de Hipertensão para todos os utentes já diagnosticados com HTA.

A consulta de vigilância do doente hipertenso é multiprofissional (médico e enfermeiro de família) e pode ser agendada pela equipa de saúde ou pelo próprio utente. A HTA necessita de terapêutica adequada e vigilância continuada ao longo do tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica, embora, num grande número de casos, a HTA evolua de uma forma benigna e seja fácil de controlar (DGS, 2011).

Neste sentido, a periodicidade das Consultas de Vigilância de Hipertensão é variável, conforme o perfil tensional e necessidade de cada utente e família. Contudo, recomenda-se uma periodicidade mínima de 6/6 meses.

NA USF Terras de Cister, a Consulta de Vigilância de Hipertensão visa:

- Vigiar, aconselhar e educar o doente com HTA, seus familiares e outros cuidadores;
- Promover a aceitação do estado de doença;
- Promover a autovigilância;
- Promover a gestão e adesão ao regime terapêutico;
- Apoiar o desenvolvimento de competências de autocontrolo da doença crónica;
- Identificar fatores de risco cardiovascular e atuar no sentido de os minimizar/ eliminar;

A USF referencia para cuidados especializados, sempre que necessário, com acompanhamento simultâneo da situação, assegurando a colaboração entre equipas de saúde e a continuidade de cuidados ao utente.

Nesta USF, foram contratualizados 8 indicadores relativos a este programa com um IDG de 64,20%.

**Tabela 6:** Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Vigilância de Hipertensos (Ano de 2021)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.018.01 FL	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	FL		S	202112	70,00	80,00	100,00	100,00	91,638	2,00
2013.019.01 FL	19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	FL		N	202112	65,00	75,00	100,00	100,00	68,850	1,00
2013.020.01 FL	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	FL		S	202112	50,00	67,00	100,00	100,00	69,023	2,00
2013.023.01 FL	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	FL		S	202112	70,00	80,00	100,00	100,00	79,724	1,00
2015.316.01 FL	316 - Proporção hipert. [18; 65]A, com PA < 140/90	FL		N	202112	30,00	40,00	100,00	100,00	31,673	1,00
2017.352.01 FL	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	FL		S	202112	50,00	50,00	85,00	90,00	85,314	1,00
2017.353.01 FL	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	FL		S	202112	50,00	50,00	95,00	100,00	89,764	2,00
2017.383.01 FL	383 - Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	FL		S	202112	85,00	90,00	100,00	100,00	85,004	1,00

Fonte: ACSS (2017)

**Quadro 6:** Proporção Hipertensos < 65 Anos e com Pressão Arterial < 150/90mmHg

Proporção Hipertensos < 65 Anos e com Pressão Arterial < 150/90mmHg	
<b>Descrição do Indicador</b>	Exprime a proporção de utentes com HTA, com idade inferior a 65 anos, com pelo menos uma medição de pressão arterial nos últimos 6 meses e último resultado inferior a 150/90 milímetro de mercúrio (mmHg).
<b>Tipo de Indicador</b>	Resultado
<b>Área Clínica</b>	Hipertensão
<b>Programa Associado</b>	Saúde do Adulto
<b>Objetivos</b>	Monitorizar o acompanhamento dos utentes com HTA: parâmetro "resultado da pressão arterial".
<b>População Alvo</b>	Utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos.
<b>Quem</b>	Enfermeiro/ Médico
<b>Ações</b>	- Incluir todos os utentes com o diagnóstico de HTA no programa de vigilância de HTA da USF; - Realizar uma programação mínima das consultas de vigilância de HTA a cada 6 meses; - Implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas ao controlo do utente com HTA; - Efetuar auditorias semestrais dos registos clínicos do programa de hipertensão.
<b>Metas</b>	O indicador apresenta como mínimo esperado 50 e máximo esperado 100.
<b>Resultados</b>	69,023
<b>Avaliação</b>	O resultado deste indicador ficou entre o mínimo esperado e o máximo esperado, sendo atingido, com um score de 2.

Fonte: ACSS (2017)

### 1.5.7. Programa de Vigilância da Diabetes

A diabetes é, atualmente, considerada uma doença em expansão endémica, que se tornou num problema mundial de Saúde Pública. Quer pelo número de pessoas afetadas, quer pela elevada mortalidade e morbilidade a ela associada, a diabetes envolve elevados custos sociais e económicos. Em Portugal, existe uma tendência crescente da prevalência da diabetes, estimada pela IDF (*International Diabetes Federation*) para 2025, em cerca de 9,8% (DGS, 2008).

Atendendo à necessidade de inverter esta tendência na população portuguesa, foram definidas estratégias no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, com o intuito de gerir a Diabetes de forma integrada, reduzindo a sua prevalência e incidência,

minimizar as suas complicações e se possível, aumentar os ganhos de saúde da pessoa com diabetes (DGS, 2008).

Neste âmbito, na USF Terras de Cister, a consulta de enfermagem destinada aos utentes com *Diabetes Mellitus* (DM) tem como objetivo vigiar, aconselhar e educar o utente e a sua família, promovendo a autovigilância, o autocuidado nas atividades de vida diárias, bem como a aceitação da doença e uma melhor gestão do regime terapêutico (DGS, 2008).

Neste sentido, segundo a DGS (2008), nesta consulta, o enfermeiro:

- ✓ Recolhe dados clínicos, entre outros: peso; altura; calcula o índice de massa corporal; perímetro abdominal; tensão arterial;
- ✓ Reforça a educação da pessoa com diabetes, particularmente nos aspetos relativos ao autocontrolo e autogestão da diabetes (alimentação; atividade física; cuidados aos pés; vigilância oftalmológica; controlo da pressão arterial; esquema terapêutico);
- ✓ Define, com cada pessoa, as metas e objetivos individuais a atingir.

Nesta USF, foram contratualizados 15 indicadores relativos a este programa com um IDG de 64,20%.

**Tabela 7:** Indicadores Contratualizados relacionados com o Programa de Vigilância da Diabetes (Ano de 2021)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Mín. Aceit.	Mín. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Aceit.	Resultado	Score
2013.035.01 FL	35 - Proporção DM com exame pés último ano	FL		N	202112	80,00	85,00	100,00	100,00	81,977	1,00
2013.036.01 FL	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	FL	S		202112	75,00	85,00	100,00	100,00	77,690	1,00
2013.037.01 FL	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	FL	S		202112	75,00	85,00	100,00	100,00	89,151	2,00
2013.038.01 FL	38 - Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	FL	N		202112	70,00	75,00	100,00	100,00	73,934	1,00
2013.039.01 FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	FL	S		202112	50,00	60,00	100,00	100,00	80,227	1,00
2013.091.01 FL	91 - Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	FL	N		202112	25,00	30,00	55,00	70,00	35,694	2,00
2013.097.01 FL	97 - Proporção DM c/ microalbum. último ano	FL	N		202112	75,00	80,00	100,00	100,00	86,001	2,00
2013.261.01 FL	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	FL	S		202112	75,00	85,00	100,00	100,00	81,977	1,00
2013.274.01 FL	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul. em terap. adequada	FL	S		202112	75,00	85,00	100,00	100,00	80,672	1,00
2013.275.01 FL	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	FL	S		202112	60,00	70,00	100,00	100,00	68,831	1,00
2015.314.01 FL	314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	FL	S		202112	0,00	0,00	15,00	20,00	14,960	2,00
2015.315.01 FL	315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	FL	S		202112	35,00	45,00	100,00	100,00	52,318	2,00
2017.350.01 FL	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	FL	S		202112	120,00	120,00	350,00	570,00	430,667	1,00
2017.351.01 FL	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	FL	S		202112	120,00	120,00	350,00	350,00	413,393	0,00
2017.382.01 FL	382 - Prop. adultos com DM, com diagn.	FL	S		202112	95,00	97,00	100,00	100,00	93,305	0,00

Fonte: ACSS (2017)

**Quadro 7:** Proporção de Utentes com Diabetes com o último registo de Hgba1c Inferior ou Igual A 8,0% (Ano de 2021)

Proporção de Utentes com Diabetes com o último registo de Hgba1c Inferior ou Igual A 8,0%	
<b>Descrição do Indicador</b>	Exprime a proporção de utentes com o último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%.
<b>Tipo de Indicador</b>	Resultado
<b>Área Clínica</b>	Diabetes
<b>Programa Associado</b>	Gestão da Doença - Diabetes <i>Mellitus</i>
<b>Objetivos</b>	Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "resultado da HgbA1c".
<b>População Alvo</b>	Utentes com Diabetes <i>Mellitus</i>

<b>Quem</b>	Enfermeiro/ Médico
<b>Metas</b>	O indicador apresenta como mínimo esperado 60 e máximo esperado 100.
<b>Resultados</b>	80,227
<b>Avaliação</b>	O resultado deste indicador ficou entre o mínimo esperado e o máximo esperado, sendo atingido, com um score de 2.

Fonte: ACSS (2017)

### 1.5.8. Programa de Consulta de Hipocoagulação

O uso da terapêutica anticoagulante oral (ACO) tem aumentado significativamente nas últimas décadas devido à sua eficácia, segurança e variadas indicações. A terapêutica ACO está indicada na prevenção e tratamento de fenómenos tromboembólicos, nomeadamente em situações de fibrilhação auricular, tromboembolismo venoso, em utentes portadores de próteses valvares cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva e enfarte agudo do miocárdio.

Apesar dos seus benefícios, o uso de ACO acarreta alguns riscos, designadamente o risco aumentado de hemorragia, pelo que é primordial a vigilância e controlo analítico regular destes utentes. Na USF Pedro e Inês, as Consultas de Hipocoagulação visam apoiar os utentes sob terapêutica ACO, na prevenção de riscos e na promoção de ganhos em saúde.

Assim, o enfermeiro identifica dúvidas e dificuldades que os utentes possam apresentar, não só no que refere ao processo fisiológico de coagulação, interferências alimentares e medicamentosas, como no que concerne à gestão do regime terapêutico e à prevenção de acidentes. Procede à monitorização do *Internacional Normalized Ratio* (INR) do utente, através de um teste rápido com recurso a um aparelho próprio para o efeito, sendo registado o valor no *SClínico*.

A Consulta de Hipocoagulação da USF favoreceu a promoção da qualidade de vida destes utentes e famílias, garantindo uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde, bem como à redução de custos, à melhoria da prestação de cuidados de saúde e uma gestão mais eficaz do regime terapêutico, quer pelo utente, quer pela equipa de saúde.

Na USF Terras de Cister, o indicador relativo à “Proporção de Doentes Hipocoagulados que são monitorizados na Unidade De Saúde” não foi contratualizado.

### 1.5.9. Consulta de Enfermagem no Domicílio

A Consulta de Enfermagem no Domicílio veio garantir uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde primários, sendo uma das mais importantes áreas de trabalho, uma vez que permite ir ao encontro das reais necessidades de cada indivíduo e família.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, conhecer o ambiente onde o utente e família se encontram inseridos é fundamental para conhecer as suas verdadeiras necessidades e desafios. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), os enfermeiros de família devem investir grande parte do seu tempo junto das famílias, e colaborar com elas, de modo a criar ambientes que promovam a sua saúde e bem-estar, a rápida gestão de sintomas e a prevenção de doenças. Só deste modo, o enfermeiro poderá articular e mobilizar os recursos necessários que melhor respondam às carências de cada família.

Na USF Terras de Cister, a Visitação Domiciliária de Enfermagem e Médica têm critérios bem definidos de marcação e de prioridade, que estão diretamente relacionados com o grau de dependência do utente inscrito.

Deste modo, este tipo de serviço é especialmente dirigido a:

- Utentes inscritos que residam na área geográfica de influência da USF com doença progressiva e/ou incapacitante, com algum grau de dependência, dificuldade de locomoção, acamados, ou com incapacidade temporária (pós-operatório ou acidentados) para deslocação à USF;
- Puérperas primíparas, com gravidez vigiada na USF, e com recém-nascidos até ao 15º dia de vida, bem como a outras puérperas, cujas necessidades justifiquem um acompanhamento de maior proximidade.

A Consulta de Visitação Domiciliária poderá ser solicitada pelo utente, família ou cuidador informal, através de contacto presencial na USF ou via telefone. Esta solicitação será sujeita a uma avaliação pela equipa de saúde da USF e, caso seja aceite, será agendada a visita domiciliária, tendo em consideração a prioridade clínica.

O tempo máximo de resposta garantido ao pedido de Consulta de Visitação Domiciliária será num prazo de 24 horas úteis. Caso sejam identificadas situações de risco e/ou vulnerabilidade que justifiquem cuidados de saúde diários, o Enfermeiro de Família pode proceder à referência do utente/ família para a ECCL (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) (Portaria n.º 1368/2007).

Nas situações em que a prestação de cuidados domiciliários seja superior a uma vez por dia, exceda uma hora e trinta minutos por dia, em pelo menos três dias por semana, ou para além dos dias úteis, fora do horário compreendido entre as 8 e as 20 horas, é efetuada a referência de utentes para RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) (Portaria n.º 1368/2007).

Esta referenciação também poderá ser realizada quando as necessidades de cuidados que os utentes apresentam requeiram um grau de diferenciação que exceda as atividades no âmbito da intervenção médica e de enfermagem, nomeadamente, fisioterapia, psicologia, entre outras. Assim, é garantida a acessibilidade, equidade e continuidade dos cuidados aos utentes e famílias, através da articulação e mobilização das várias unidades funcionais e recursos da comunidade existentes (Portaria n.º 1368/2007).

A visitação domiciliar também se encontra contemplada em indicadores:

**Tabela 8:** Indicadores contratualizados relacionados com a Consulta de Enfermagem no Domicílio (Ano de 2021)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	FL		S	202112	40,00	50,00	100,00	100,00	63,992	2,00
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	202112	350,00	475,00	1500,00	1500,00	210,589	0,00
2013.297.01 FL	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	FL		S	202112	77,00	80,00	100,00	100,00	78,695	1,00

Fonte: ACSS (2017)

**Quadro 8:** Taxa de Domicílios de Enfermagem por 1.000 Inscritos Idosos

Taxa de Domicílios de Enfermagem por 1.000 Inscritos Idosos	
<b>Descrição do Indicador</b>	Exprime o número de domicílios de enfermagem realizados por ano por cada 1000 utentes inscritos.
<b>Tipo de Indicador</b>	Processo
<b>Área Clínica</b>	Transversal
<b>Programa Associado</b>	Saúde do Adulto/Idoso
<b>Objetivos</b>	Monitorizar a produtividade das equipas de enfermagem, na realização de domicílios de enfermagem em pessoas idosas.
<b>População Alvo</b>	Utentes inscritos, com os quais se tem contacto no domicílio, durante pelo menos um dia do período em análise.
<b>Quem</b>	Enfermeiro/ Médico
<b>Ações</b>	-Aplicar as escalas de dependência (Barthel, Katz) aos utentes com mais de 65 anos; - Programar domicílios aos utentes com dependência total; - Promover a autonomia do utente e da família, tanto quanto possível; - Identificar dificuldades reais ou potenciais no domicílio das famílias e desenvolver estratégias para minimizá-las ou debelá-las.
<b>Metas</b>	O indicador apresenta como mínimo esperado 475 e máximo esperado 1500. O mínimo aceitável é de 350.
<b>Resultados</b>	210,589
<b>Avaliação</b>	O resultado deste indicador ficou aquém do intervalo esperado, não tendo sido cumprido, apresentado um score de 0.

Fonte: ACSS (2017)

De facto, as USF enfatizam uma intervenção local, em rede, e com particular atenção para os cuidados centrados na família, ao longo das várias fases do ciclo vital (Decreto-Lei n.º 118/2014).

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, integrado nas Unidade de Saúde Familiar, promove ganhos em saúde para os indivíduos e famílias, e está associado a níveis de satisfação dos utentes mais elevados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O estágio permitiu compreender o funcionamento de uma Unidade de Saúde Familiar, bem como a do Enfermeiro de Família nesta USF e também as dificuldades que enfrenta no seu quotidiano. Além disso, foi possível compreender que a missão da USF só poderá ser alcançável, se existir colaboração e empenho de toda a equipa multidisciplinar. Verifiquei que o modelo de funcionamento da USF, baseado na contratualização de indicadores, requer muita dedicação e iniciativa.

No entanto, estes indicadores nem sempre evidenciam os cuidados à família enquanto unidade de cuidados, nem os resultados obtidos traduzem a qualidade dos cuidados de enfermagem. O agir intencional e crítico dos enfermeiros desta unidade, visa integrar a família de forma ativa. De facto, a prática de enfermagem de família deve assentar em pressupostos que considerem as necessidades da família como um todo e não apenas as necessidades do indivíduo.

É num estilo colaborativo, que o Enfermeiro reconhece as crises interpessoais, o seu impacto na família, dando ênfase às forças da família, prestando-lhe o apoio para que ela própria encontre as soluções para os seus próprios problemas. Além disso, o enfermeiro de família gere os cuidados de forma a garantir a continuidade de cuidados, através da referenciação da família para outras unidades funcionais do Centro de Saúde ou instituições da comunidade, que melhor respondam às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. A FAMÍLIA COMO FOCO DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM

Habitualmente a família é pensada como o lugar onde naturalmente se nasce, cresce e morre. Esta é um espaço privilegiado para a aprendizagem de dimensões significativas da interação, nomeadamente, os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda, o espaço de vivência de relações afetivas profundas como a filiação, a fraternidade, o amor e a sexualidade (Alarcão, 2002).

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, e a palavra “família” evoca diferentes imagens para cada indivíduo ou grupo. Historicamente, a família é o resultado da sociedade. Está estreitamente interligada à sua mudança. Estas mudanças na sociedade determinaram a evolução do conceito de família, fazendo surgir novos tipos de famílias, em que a estrutura, a dinâmica, a cultura, as relações e funções variam, tornando a sua compreensão mais complexa, global e por isso mais difícil de analisar. A família é a matriz de desenvolvimento dos seus membros, é um sistema dentro de outros sistemas inseridos num determinado contexto com uma cultura própria (Dias, 2011).

De facto, cada família tem a sua identidade e unicidade, sendo impensável a sua descrição apenas com base nos indivíduos que a constituem, dado que esta se organiza numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada um, bem como as expectativas sociais, o que significa que a forma como cada família se posiciona é única para aquela família, pelo que não há duas famílias iguais, mesmo que todas sejam família e funcionem como tal (Relvas, 2016).

Segundo Hanson (2005), família diz respeito a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para prestar apoio emocional, físico e económico sendo que os membros da família são autodefinidos.

No que concerne à conceptualização da família, também Alarcão (2002), refere que a família é a estrutura social ou universal fruto da evolução da sociedade humana, que é, provavelmente, o único ajustamento possível a uma série de necessidades básicas.

A família, enquanto sistema social, integra uma diversidade de valores, crenças, conhecimentos e práticas que a tornam singular e única, não obstante a sua rede de múltiplas relações transformam-na sistematicamente mediante processos de coconstrução relativos à sua complexidade e multidimensionalidade (Figueiredo, 2009).

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 família, quando organizada como estrutura na sua globalidade, sofre mudanças e alterações de valorizar quando um dos seus membros tem um problema de saúde, pois as angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes, assim como as incertezas no decorrer do tratamento e prognóstico. A família, como estrutura no seu todo, caracteriza-se fundamentalmente quando estabelece inter-relações entre os seus membros, num contexto específico de estrutura, organização e funcionalidade (Figueiredo, 2009).

Relvas (2016) refere que cada família enquanto sistema se constitui como um todo, mas também como parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra. Por outro lado, dentro da família existem ainda, outras totalidades mais pequenas que são, elas próprias, partes do grupo total. A autora refere que cada elemento da família participa em diferentes sistemas e subsistemas e, portanto, ocupa diversos papéis, funções e tipos de interações com variados graus de autonomia. Salaria ainda que é das relações entre cada um e da organização dos próprios elementos que surge a estrutura da família.

Para Minuchin (1990), a família é um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros da mesma, considerando-a, igualmente, como um sistema que opera através de padrões transacionais. Assim, no interior da família, os indivíduos podem construir subsistemas, podendo estes ser formados por grupos de diferentes gerações, sexos, interesses e/ou funções, havendo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro afetam e influenciam os outros membros.

No fundo, a família é um sistema que é formada por pessoas, que assumem determinado papel e que dão o seu contributo para o funcionamento da mesma como um todo. Assim sendo, a família considera-se um sistema aberto, que integra as influências externas, mas não está dependente delas, não é simplesmente reativa às pressões do meio, pois também está sujeita a forças internas, possuindo uma capacidade auto-organizativa que lhe dá coerência e consistência (Relvas, 2000).

Freitas (2009), considera a família como um subsistema de unidades mais amplas - a família extensa, a vizinhança, a sociedade como um todo.

A família pode ser entendida como um grupo de seres humanos, vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade

emocional ou parentesco legal, sendo vista para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas importantes para o utente, que constituem as partes do grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para Figueiredo (2012), a família é o todo e partes ao mesmo tempo, tendo características próprias, além da soma das partes, em que qualquer alteração afetará quer as partes como o todo. No entanto, ambos tendem a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar. Desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo vital.

O aparecimento do modelo sistémico marca a diferença comparativamente ao modelo médico: de diagnóstico psicopatológico individual passa-se para a avaliação relacional; da designação de doente passa-se à de paciente identificado; e da noção de patologia passa-se à de disfuncionamento familiar. A patologia deixa de ser vista como individual, sem influência do meio cultural ou social. Com esta nova perspetiva, a intervenção também se altera: o objetivo que era de cura passa a ser de mudança; o alvo que era o indivíduo passa a ser a família; e a metodologia utilizada deixa de ser a análise linear e a terapia individual para dar lugar à circularidade e à entrevista familiar conjunta (Alarcão, 2002).

É neste âmbito que a família passa a ser vista como contexto de leitura do valor do sintoma e como contexto de mudança. O sintoma não é mais sinal de disfuncionalidade, mas sim um fator que leva a família a alcançar um novo estado, um nível mais complexo de organização (Alarcão, 2002).

Vários autores são unânimes em denunciar que é preciso afastar o mito da família “normal”, feliz e harmoniosa. As famílias saudáveis (isto é, com um bom funcionamento) também lutam com problemas. Sendo assim, os problemas não são necessariamente sintoma ou causa de famílias disfuncionais; o que verdadeiramente interessa é a maneira como se enfrentam os problemas e a competência para os resolver, ou seja, o que mais importa para o funcionamento familiar saudável e para a resiliência são os processos familiares (Melo & Alarcão, 2011).

Desta forma, o sistema familiar não é estático nem imune a influências externas, permanece em desenvolvimento (enquanto grupo), tal como cada um dos seus elementos individuais sendo que essa mudança ocorre ao nível de três componentes: funcional, interacional e estrutural (Relvas, 1996).

Aliás, a família tem sofrido inúmeras alterações na sua estrutura, mas continua a ser nela que se desenvolvem os vínculos afetivos, as principais transições de vida, os valores, os estilos educativos e de socialização, as relações pais-filhos e as relações entre irmãos (Relvas, 1996).

A família, enquanto um todo, é um sistema autorregulado, cuja abertura é variável de acordo com a sua organização, possui um dinamismo próprio que lhe confere individualidade e autonomia e

possui uma capacidade auto-organizativa (capaz de utilizar a desordem, sem se destruir, e de se alimentar dela, criando a ordem necessária à sua sobrevivência). Isto é, a família no seu funcionamento integra as influências externas e internas num jogo de equilíbrios dinâmicos (Relvas, 1996).

### **2.1.1. Ciclo Vital da Família**

Atualmente, observa-se, em especial nas ciências sociais, uma maior valorização da relação e da organização das famílias, isto devido à adoção de uma abordagem sistémica em detrimento do pensamento linear existente. Esta abordagem sistémica teve por base a Teoria Geral dos Sistemas, do biólogo Von Bertalanffy. Recorrendo a esta perspetiva sistémica, Figueiredo (2012) reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e autoorganização. Refere, igualmente, que o seu percurso identitário emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação, quer entre os membros, quer com o ambiente.

De acordo com Relvas (2016), no seu funcionamento, a família integra as influências internas e externas, num jogo de equilíbrios dinâmicos. Podemos, então, considerar a família como um todo, um sistema autorregulado, cuja abertura varia de acordo com a sua organização. Esta possui um dinamismo que lhe confere individualidade, autonomia e capacidade autoorganizativa no decorrer das diferentes fases do ciclo vital.

A autora considera que as fases do ciclo vital da família são: formação do casal; família com filhos pequenos; famílias com filhos na escola; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos (Relvas, 2016).

Para a autora, a *formação do casal* coincide com o início do tempo de vida da família (nasce a família nuclear), sendo a primeira etapa do ciclo vital, em que o casal, negociando e renegociando, transforma em património comum o que é pertença de dois.

Com o nascimento do primeiro filho, inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital familiar (*família com filhos pequenos*), em que as tarefas postas à família são determinadas pelo nível etário e pelo desenvolvimento da criança. A díade alarga-se à tríade, ocorre uma redistribuição de papéis, funções e imagens identificatórias a três níveis: no seio do próprio par, nas relações entre os esposos e as famílias de origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos (profissional, de amizades, rede de suporte social, etc.)

Para a *família com filhos na escola*, a mudança continua a ocorrer no mesmo sentido: trata-se da reorganização familiar, através da definição de papéis parentais e filiais e de nova redefinição de limites face ao exterior, visando uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade. A

entrada da criança na escola é um momento crucial de abertura do sistema familiar ao mundo que o rodeia, como se se tratasse de um teste à capacidade familiar (através do desempenho escolar da criança e das suas competências para conviver com os outros). A entrada dos filhos na escola é o início da relação com um sistema novo, bem organizado e altamente significativo.

A *família com filhos adolescentes* é marcada pela necessidade de definição de um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e também o social.

Por último, a etapa da *família com filhos adultos*, que se constitui como um período de grande movimentação familiar, marcado por múltiplas saídas (dos filhos) e entradas (dos genros/noras e dos netos) no sistema e por transformações relacionais importantes, onde se inter cruzam gerações. Pode ainda ocorrer a entrada dos pais idosos e a sua saída por falecimento ou institucionalização.

Com o decorrer dos anos, um dos cônjuges desaparece desta família nuclear, acabando por a última saída coincidir com a morte do sistema.

Durante este ciclo, existem transições referentes aos mesmos, derivando daí mudanças que, por sua vez, geram *stress* e crises familiares.

“Crise” pode significar mal-estar, assim como pode significar abertura à mudança, apesar da dificuldade em mudar os seus hábitos. Segundo Alarcão (2002), a diferença está na forma como a família reage à crise: podendo convertê-la numa oportunidade de transformação e crescimento ou num risco de bloqueio.

Neste sentido, verifica-se que as famílias se modificam através de transições, sendo que os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares, podendo derivar de dois tipos de situações causadoras de perturbação: associadas ao ciclo vital da família, designadas por normativas, ou por situações não normativas, decorrentes de situações de *stress* acidentais. As primeiras decorrem das mudanças previsíveis associadas às transições individuais dos seus membros, ou, ao desenvolvimento da família enquanto sistema. As segundas resultam de acontecimentos imprevisíveis, associados aos fatores de *stress* (Relvas, 2000; Hanson, 2005; Figueiredo, 2009).

Em cada etapa, existe uma necessidade de reorganização da família, associada ao impacto que uma crise tem no sistema. Olson (2006), a partir do Modelo Circumplexo, afirma que as famílias mais equilibradas estão mais aptas a perpetuarem as mudanças inerentes a cada etapa do ciclo vital, já que dispõem dos devidos recursos para lidarem com as crises.

Por outro lado, as famílias mais desequilibradas, têm dificuldade em se adaptar a uma crise pela falta de recursos que apresentam. Olson (2006) aponta também para a presença de uma mudança

nos níveis de coesão e flexibilidade familiares, ao longo das etapas do ciclo vital, como resposta a essa necessidade de reorganização do sistema.

Alarcão (2002) afirma que as famílias passam por períodos de maior emaranhamento ou desmembramento, conforme a sua adaptação às etapas do ciclo vital, sendo que as famílias não apresentam, assim, um contínuo no seu funcionamento ao longo do ciclo vital.

A família, como sistema, sofre assim um processo de desenvolvimento. Esta evolução comporta não só as mudanças do todo familiar, mas também as de cada indivíduo, em particular. Neste processo consegue-se definir uma sequência previsível de transformações organizacionais de mudança que decorre no sentido da sua evolução, em função do cumprimento de tarefas bem definidas que caracterizam as suas etapas (Relvas, 1996).

### **2.1.2. Saúde Familiar e Enfermagem**

É inegável a evolução da Enfermagem nas últimas décadas, quer enquanto disciplina, quer enquanto prática clínica, a par das dinâmicas que se geram nos contextos profissionais, em resultado das evoluções político-sociais, científicas, tecnológicas e económicas, sendo perspectivada como uma disciplina humana, que acompanha as pessoas e as famílias nos seus projetos de saúde (Carvalho, 2010).

A enfermagem, como profissão, teve a sua origem nos cuidados de manutenção da vida, indissolavelmente associados à família. Porém, a Enfermagem de Família, como área disciplinar no contexto da enfermagem é mais recente, tendo-se vindo a impor a partir da década de 90. Tem o seu desenvolvimento teórico fundamentado em teorias das ciências sociais, das teorias da terapia familiar e dos modelos e teorias de enfermagem. A importância destes modelos para a Enfermagem de Família reside na valiosa compreensão das relações entre indivíduos, saúde, ambiente e enfermagem (Hanson, 2005).

A integração destas teorias e/ou modelos permitiu o desenvolvimento teórico, prático e de investigação em Enfermagem de Família. A envolvimento das famílias nos cuidados de saúde esteve sempre implícita na enfermagem. Conforme referem Wright & Leahey (2005), a enfermagem surgiu nas casas das pessoas, é natural que envolva os membros da família e forneça cuidados tendo como foco a família.

Neste âmbito, para sustentar o presente trabalho, há necessidade de recorrer a teorias e/ou modelos de enfermagem que contribuam para promover e desenvolver os conhecimentos dos

utentes sobre a problemática da saúde, sendo que os modelos e as teorias de enfermagem fornecem uma perspetiva dos principais conceitos da disciplina, sob a forma de orientação teórica para a investigação e a prática, conduzindo assim ao desenvolvimento de novos instrumentos de investigação (Tomey & Alligood, 2004).

Neste sentido, Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, que engloba três teorias inter-relacionadas:

1. Teoria do Autocuidado;
2. Teoria do Défice de Autocuidado e,
3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

O Autocuidado refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, através de práticas consideradas adequadas. Deste modo, o autocuidado desempenha um papel fundamental na saúde dos indivíduos, uma vez que está diretamente relacionado com os resultados associados à saúde das pessoas (George, 2000).

No essencial, Orem refere na sua teoria que o autocuidado é visto como uma função humana reguladora, não inata, uma vez que necessita de ser aprendida e desenvolvida, de forma a suprir as necessidades reguladoras dos indivíduos. Parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida. Quando os indivíduos não têm esta capacidade de se autocuidarem, necessitam que os cuidados sejam realizados por outras pessoas que assumem a responsabilidade por esses mesmos cuidados (ex. familiares cuidadores).

A Teoria do Défice de Autocuidado é o elemento essencial da Teoria de Orem. Exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. O *deficit* de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral do *Deficit* de Autocuidado por delinear a necessidade da assistência de enfermagem. Quando um indivíduo apresenta necessidade de ações para promover ou manter a sua saúde pessoal e essa necessidade é maior que a sua capacidade de ação, estabelece-se o que Orem chama de “*deficit* do autocuidado”. Tem por base o conceito de que a sociedade deve ser capaz de criar meios e oferecer serviços que proporcionem assistência às pessoas em estado de dependência.

Para tal, Orem identifica cinco métodos de ajuda (George, 2000):

- 1) Agir ou fazer para outra pessoa;
- 2) Guiar e orientar;
- 3) Proporcionar apoio físico e psicológico;
- 4) Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e

- 5) Ensinar, quando as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo a autocuidar-se, surgindo um défice (dependência) de autocuidado.

O défice de autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado. Este conceito é orientador, permitindo a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel dos indivíduos doentes no autocuidado. Perante a avaliação deste défice de autocuidado, o enfermeiro adequa a sua intervenção, uma vez que esta ocorre quando as suas necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo. É nesta altura que os enfermeiros, através da sua ação profissional, intervêm no sentido de minimizar os efeitos desse défice (dependência) (George, 2000).

E, por fim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que define a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem. Nesta teoria, é determinado como é que os enfermeiros, os doentes, ou ambos, dão resposta às necessidades decorrentes da dependência no autocuidado. O sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de autocuidado e no potencial do doente para o desempenho das atividades do autocuidado. Os cuidados de enfermagem são exigidos, quando existe um défice de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (George, 2000).

Verifica-se, então, que a teoria dos sistemas de enfermagem descreve e explica como as pessoas são assistidas através da enfermagem. Os sistemas de cuidados de enfermagem relacionam-se com as ações e interações estabelecidas no autocuidado da pessoa dependente (Hanson, 2005).

A integração de teorias permite que os enfermeiros compreendam as famílias sob diversas formas, proporcionando, assim, uma maior probabilidade de as intervenções selecionadas serem adotadas pelas famílias, porque se adaptam na estrutura, processo e modo de funcionamento daquela família. Orem define a família como a unidade básica, na qual o indivíduo aprende a cultura, os papéis e as responsabilidades. As teorias do autocuidado de Orem concentram-se especificamente no papel que os membros da família desempenham na ajuda ao seu familiar para conseguir cuidar de si próprio (Hanson, 2005).

Também o conceito de “autotranscendência” assume especial relevância na enfermagem. Pamela Reed, autora da teoria de autotranscendência, salienta que a enfermagem é especialmente vocacionada para focar este “potencial criativo”, como reflexo de bem-estar, da pessoa como um todo, no contexto das suas experiências de saúde (George, 2000).

A teoria da autotranscendência de Reed (2008), compreende três conceitos principais

(vulnerabilidade, autotranscendência e bem-estar), entre os quais a autotranscendência se assume como conceito basilar e que a autora define como um importante recurso psicossocial e espiritual. Este recurso implica competência para desenvolver a maturidade, compreendida como a capacidade de expandir os autolimites e se orientar para perspectivas, atividades e finalidades mais compensadoras, para além do *self*, sem, porém, negligenciar no contexto atual. Esclarece ainda que autotranscendência não é necessariamente algo místico ou sobrenatural, que separa o *self* do meio ambiente, mas uma experiência que conecta a pessoa a si própria, aos outros, ao meio ambiente (contexto horizontal), e a algo além dos limites do contexto imediato (contexto vertical). Duas proposições chave estruturam esta teoria:

- 1) A vulnerabilidade pode aumentar a autotranscendência;
- 2) A autotranscendência está relacionada com o aumento do bem-estar.

Deste modo, a teoria da autotranscendência de Reed reconhece a intervenção autónoma de enfermagem no acompanhamento e orientação sistemática da pessoa e sua família, como uma forma de facilitar a sua redefinição de valores, metas e objetivos, na redescoberta de um novo sentido (George, 2000).

De facto, a doença tem impacto na saúde familiar, a nível estrutural, processual e emocional, necessitando de identificar e mobilizar recursos que permitam o fortalecimento da família, face à necessidade de adaptação (Figueiredo, 2012).

Constata-se que os enfermeiros são os profissionais de saúde que lidam com indivíduos que estão em diferentes fases das transições. A enfermagem tem como objetivo facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experienciam ao longo do ciclo vital. A transição é o resultado das mudanças no estado de vida, saúde, relações interpessoais e ambiente, ou seja, é uma passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outro (Meleis, 2000).

Apesar de, desde sempre, as famílias receberem cuidados de enfermagem, os desafios agora colocados ao paradigma individual da enfermagem incluem a família como a unidade de cuidados, ou a família como o contexto dos cuidados.

Neste âmbito, a Teoria de Médio Alcance das Transições fornece uma visão mais aprofundada sobre as transições com relevância para a enfermagem, proporcionando guias orientadores específicos para a prática clínica (Meleis, 2000).

De salientar que a assunção do papel de membro da família prestador de cuidados é uma transição situacional, sendo esta transição de relevância para a disciplina ou profissão, pois exigem cuidados especiais pelas características da situação, que se traduzem em mudanças e diferenças

significativas nas vidas das pessoas, com fortes impactos na sua saúde (Meleis, 2000).

Para Meleis (2000), a caracterização da transição como central na condição humana acarreta implicações na prática de enfermagem, uma vez que fornece aos enfermeiros uma estrutura para descrever as necessidades críticas da pessoa durante a transição.

O papel da enfermagem é relevante nas transições dos seus clientes, orientadas para a saúde e percepção de bem-estar, ajudando-os no processo de aquisição de competências para a mestria, mobilizando os indivíduos para um nível ótimo de funcionamento e conhecimento. A compreensão por parte dos enfermeiros de como ocorrem os processos de transições pelas famílias e seus membros individualmente é crucial para evitar os efeitos negativos marcados pela transição tornando-o mais vulnerável. As intervenções de enfermagem são aquelas que irão ajudar a pessoa a saber gerir a situação, facultando-lhe informação e ajudando-a a desenvolver e mobilizar recursos pessoais (Meleis, 2000).

Hanson (2005) afirma que a enfermagem de família pode considerar a família enquanto objetivo, contexto, como um todo, como um sistema ou como um componente da sociedade. Conclui, ainda, que a estrutura conceitual da enfermagem de família considera estas abordagens de observação da família, envolvendo, simultaneamente, o indivíduo, a família e a comunidade com o objetivo de promover, manter e restaurar a saúde das famílias, sendo esta essencial para a sobrevivência da sociedade.

A família, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, circunscritas essencialmente à dificuldade do sistema familiar em manter um funcionamento adequado, face a transições normativas ou acidentais que implicam alterações na dinâmica familiar (Hanson, 2005).

Segundo Friedman (1998), existem quatro níveis da prática de enfermagem familiar, sendo que no nível IV, 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.

As famílias, como alvo de cuidados, são um contexto relevante para a promoção da saúde e redução da doença e ao ser reconhecida como a mais constante unidade de saúde para os seus membros, os enfermeiros devem ajudar as famílias a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o *stress* e a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo assim para a consolidação de um dos pilares fundamentais da sociedade (Monteiro, 2010).

Lucas (2012) salienta um novo paradigma, a abordagem centrada na família e nas suas forças. Neste, os problemas não são ignorados, simplesmente têm uma função menor, sendo contrabalançados com as competências que também existem. Por isso, os profissionais gastarão menos tempo a tentar compreender a causa dos problemas ou a tentar defini-los, e apostarão mais na identificação das forças e dos recursos e na sua mobilização para a resolução dos problemas. Verifica-se que as abordagens centradas na família e nas suas forças são essenciais para combater a desesperança e a descrença no potencial humano para a mudança, descrença que aumenta com cada caso de insucesso, com possível prejuízo para outras famílias, para os profissionais e para as comunidades em geral. Se os profissionais utilizarem, na sua prática, esta abordagem, que se baseia no empoderamento e na noção de que as pessoas podem crescer e podem mudar, estarão a valorizar as famílias e a ajudá-las a melhorarem as suas vidas.

### **2.1.3. Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar**

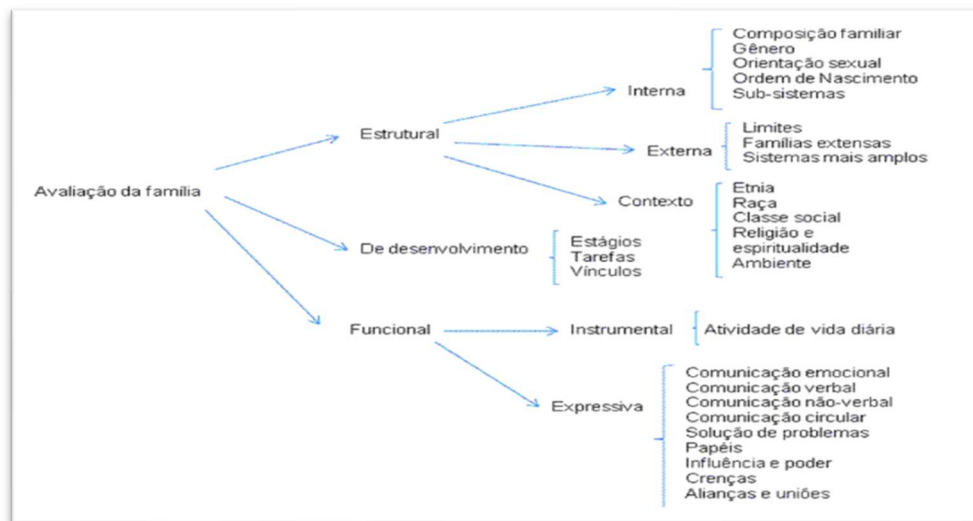
O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAF), é um modelo adotado em enfermagem, a fim de validar, reconhecer e abranger a importância cada vez maior, de certas dimensões da vida familiar que influenciam a saúde e a doença (Wright & Leahey, 2005).

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar tem como influências teóricas o pós-modernismo, a teoria geral dos sistemas, a cibernética, a teoria da comunicação humana, a teoria da mudança e a biologia da cognição. Permite perceber a família como um sistema, identificar os problemas de saúde, os recursos e meios para os enfrentar e os apoios comunitários disponíveis, possibilitando assim uma orientação para intervenção na família (Wright & Leahey, 2005).

Wright & Leahey (2005) defendem que a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde e que para isso, é necessário que os enfermeiros se tornem competentes na avaliação e intervenção na família, por meio de relacionamentos colaborativos entre enfermeiros e famílias.

Este Modelo de Avaliação Familiar realiza o estudo da família como um sistema e 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. É um modelo multidimensional abrangendo os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família (Wright & Leahey, 2005).

É constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2005).



**Figura 8-** Diagrama do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar  
**Fonte:** Wright, L.; Leahey, M. (2005)

Verifica-se que a compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilos de funcionamento da família, permitirá a efetivação de uma prática direcionada para a capacitação funcional da mesma, face às exigências e especificidade do seu ciclo vital (Figueiredo, 2012).

No que se refere à **Avaliação Estrutural**, esta abrange aspetos do conhecimento da estrutura da família, integrando aspetos relativos à estrutura interna, externa e do contexto. Permite uma visão sobre a composição da família e o vínculo entre os seus membros, através da construção do genograma, e entre estes e os outros elementos significativos, como a família alargada, outros sistemas mais amplos, assim como o contexto onde a família se insere, através da construção de um ecomapa. Desta maneira, a avaliação estrutural do modelo de Calgary divide-se em três subcategorias: interna, externa e contexto (Wright & Leahey, 2005).

No que se refere á estrutura externa, é de salientar a utilização do **genograma**. Este é um instrumento utilizado na colheita de dados familiares, que possibilita uma perceção da estrutura familiar e dos seus problemas. Permite identificar a estrutura interna e externa da família, possibilitando a compreensão da composição e vínculos da família (Figueiredo, 2012). No mesmo sentido, o **ecomapa** constitui-se como uma abordagem útil na avaliação das famílias. O objetivo do ecomapa é representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos.

A **subcategoria limites** refere-se às regras para definir quem e como participa cada elemento. Os subsistemas e sistemas familiares têm limites, sendo a função destes proteger a diferenciação desses mesmos sistemas ou subsistemas. Estes limites podem ser claros, difusos ou rígidos. Segundo Alarcão (2002), os limites claros delimitam o espaço e as funções de cada membro ou

subsistema, permitindo a troca de influência entre os mesmos; os limites difusos são marcados por uma enorme permeabilidade, colocando em causa a diferenciação dos subsistemas; e os limites rígidos dificultam a comunicação e a compreensão recíproca. Desta forma, os limites permitem regular a passagem de informação entre a família e o meio, assim como entre os diversos subsistemas podendo facilitar ou restringir o funcionamento familiar.

O grau de abertura ou encerramento dos limites, considerados por Minuchin como normas e que definem quem participa num subsistema e o modo como o faz, é variável, conforme as próprias famílias e o momento da evolução que atravessam, sendo preciso enquadrá-las também no contexto cultural. Ainda segundo Alarcão (2002), as famílias podem ser consideradas emaranhadas (limites difusos) ou desmembradas (limites rígidos). A família emaranhada fecha-se sobre si mesma e desenvolve o seu próprio microcosmos, promovendo e sustentando um exagerado nível de intercâmbios e de preocupações entre os elementos.

Outra subcategoria a destacar diz respeito à avaliação da **Religião/Espiritualidade**. Embora os termos “espiritualidade” e “religião” sejam, frequentemente, usados como sinónimos na literatura, não possuem o mesmo significado. O conceito de “espiritualidade” tem um significado mais vasto do que o de “religião”, e é considerado mais inclusivo. A espiritualidade, geralmente, abrange um sentido de relação ou de ligação com a própria pessoa, os outros, a natureza e Deus, ou com um poder mais elevado, ao qual o indivíduo está ligado. Também inclui uma fé que afirma a vida de modo positivo. Por outro lado, a religião tem sido definida como um sistema organizado de crenças, práticas e formas de culto. Muitos indivíduos, especialmente os mais velhos, exprimem a sua espiritualidade através da sua religião, práticas e comportamentos religiosos. (Hanson, 2005).

Verifica-se que as crenças religiosas dos membros de uma família, bem como os rituais e as práticas podem exercer influência positiva ou negativa sobre a sua capacidade de enfrentar ou tratar uma doença ou preocupação de saúde. As crenças, espiritualidade e transcendência são importantes para a resiliência da família. A espiritualidade e a religião também influenciam os valores, os cuidados de saúde e os hábitos sociais da família (Wright & Leahey, 2005).

Relativamente à **Avaliação de Desenvolvimento**, esta implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso e a identificação dos seus processos de evolução transacional associados a cada família. A compreensão desta trajetória possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família, através do desenvolvimento de tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições, tornando-se a abordagem do ciclo vital fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem centrados na família (Figueiredo, 2012).

A avaliação de desenvolvimento do modelo de Calgary encontra-se dividida em três subcategorias:

Etapas, Vínculos e Tarefas.

Por fim, a **Avaliação Funcional** caracteriza a forma como os membros da família interagem uns com os outros. A categoria do Funcionamento Instrumental centra-se nas atividades do dia-a-dia da vida da família. Por outro lado, a categoria do Funcionamento Expressivo direciona-se para os padrões de interação, sendo estes aqueles que parecem ter maior contributo para o estado de saúde da família.

Portanto, a avaliação funcional da família diz respeito aos detalhes relacionados com o modo sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros. É o aspeto do “aqui e agora” na vida de uma família que é observado e apresentado por ela. Existem dois aspetos básicos do funcionamento familiar: instrumental e expressivo. Cada qual procede de modo diferente (Wright & Leahey, 2005).

A avaliação instrumental reporta-se às atividades quotidianas de vida, enquanto a expressiva enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares que se interligam com as restantes e que permitem a compreensão da família, enquanto sistema complexo e multidimensional (Figueiredo, 2012).

De salientar que a utilização de uma estrutura de avaliação da família ajuda a organizar essa quantidade maciça de informação, aparentemente díspar, proporcionando assim um foco para a intervenção. O Modelo de Calgary de Intervenção Familiar é uma estrutura organizada para a concetualização do relacionamento entre as famílias e o enfermeiro, com o objetivo de efetuar mudanças e promover o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental. As intervenções visam melhorar ou sustentar o funcionamento familiar em um ou nos três domínios, mas a alteração de um deles pode afetar os outros, sendo que as mudanças mais profundas e contínuas são as ocorridas no âmbito das crenças, ou seja, no domínio cognitivo (Wright & Leahey, 2005).

Neste modelo, a interação entre o desempenho dos membros da família e as intervenções sugeridas pelo enfermeiro assumem especial relevância. As autoras reforçam que os enfermeiros só devem “propor intervenções à família e não instruir, dirigir ou insistir sobre um determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar” (Wright & Leahey, 2005).

Por outro lado, referem que a abertura da família à intervenção dos enfermeiros também é influenciada pela relação enfermeiro/família e pela capacidade do enfermeiro em fazer a família refletir sobre os seus problemas (Wright & Leahey, 2005).

Salienta-se que qualquer intervenção com a família deve ter como fim último o apoio aos seus membros, no sentido de se encontrarem soluções alternativas e de se reduzir ou aliviar o sofrimento emocional, físico e espiritual (Wright & Leahey, 2005).

#### 2.1.4. Enfermeiro de Família

O cuidar do indivíduo e da sua família é umas das atividades basilares da enfermagem de família. Assim, incluir as famílias nos cuidados prestados é uma mais-valia e para que isso aconteça, todos os enfermeiros devem possuir formação e competência para avaliar e intervir na família, envolvendo-a nos cuidados prestados (Wright & Leahey, 2005).

Meiros et al. (2012) referem que a prática do enfermeiro de família está intimamente ligada a transições que vão ocorrendo ao longo do ciclo vital, sendo este quem mais se envolve e acompanha este processo. Meiros et al. (2012) mencionam ainda que a posição ocupada pelo enfermeiro é considerada como privilegiada, porque este desenvolve um contacto mais próximo com os clientes/famílias, percecionando as preocupações e necessidades do utente/família. Além disso, o enfermeiro de família desempenha uma função de elo de ligação com os restantes elementos da equipa, funcionando, deste modo, como mediador.

Assim, o enfermeiro de família tem de estar preparado para se deparar com as mais diversas configurações familiares. A formação acompanha o indivíduo ao longo da sua história de vida. Ribeiro (2012) refere que, também na enfermagem, após uma formação inicial que permite a obtenção das qualificações necessárias para o desempenho profissional, seguem-se necessidades de aperfeiçoamento das competências, reciclagem de conhecimentos, seguindo um natural acompanhamento tecnológico e científico, necessários para garantir um desempenho profissional de excelência. Assim, a formação contínua por parte dos enfermeiros constitui uma forma de desenvolvimento, tanto pessoal, como profissional.

A Saúde XXI (2002), enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, vê o **Enfermeiro de Família**, como detentor de um papel crucial, enquanto profissional, ao longo de todo o *continuum* de cuidados, desde o nascimento até à morte, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontrem nos estádios finais de vida, e de agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente, quer em situações de crise, quer em questões de saúde.

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

De igual modo, aos esforços da Ordem dos Enfermeiros está direcionado o contributo decisivo do Ministério da Saúde, com especial ênfase na reorganização dos CSP, nomeadamente a criação das USF que efetivaram, em muitas zonas do país, a implementação do enfermeiro de família, como modelo organizativo de prestação de cuidados de enfermagem.

Neste sentido, em 2010, a Ordem dos Enfermeiros criou o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, designando-o como um profissional integrado numa equipa multidisciplinar de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias em todos os seus processos de vida e nos vários contextos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, o Enfermeiro de Saúde Familiar, desenvolve as suas ações, aos indivíduos e famílias, ao longo de todo o contínuo de cuidados, desde o nascimento à morte, incluindo atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontrem nos estádios finais de vida. É identificado como sendo um agente facilitador, a fim de que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente, quer em situações de crise, quer em questões de saúde, fomentando, através de um trabalho em parceria, a identificação de recursos e potenciais apoios que permitam ao indivíduo e famílias encontrar as suas próprias soluções. Além disso, apresenta-se como um profissional com conhecimento das questões sociais, institucionais e de saúde pública, capacitado para diagnosticar os efeitos socioeconómicos sobre a saúde da família, orientando-a, quando necessário, para as instituições adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

De salientar que os cuidados de enfermagem à família se centram na interação entre o enfermeiro e a família, através de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Dá ênfase às relações e à reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido em conjunto com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas. Tem como finalidade a capacitação da família, a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012).

Reconhece-se, então, que o cuidar da família, como unidade básica de saúde, exige conhecer como essa família cuida, identificando as suas dificuldades e as suas forças. Importa também salientar que as forças são entidades em desenvolvimento que podem ser aprendidas e desenvolvidas

através da aprendizagem. Coexistem com as fraquezas e vulnerabilidades (Gottlieb, 2016).

Gottlieb (2016) salienta que todas as pessoas e famílias têm forças e fraquezas. No entanto, algumas podem não ser tão óbvias, o que leva a que o enfermeiro tenha de as procurar profundamente. Trata-se de encontrar forças e reconhecer que essas forças coexistem com as fraquezas. Trata-se de atingir o equilíbrio vital entre ambos e compreender como forças e fraquezas interagem, de modo a promover a saúde, o restabelecimento e a cura. Um enfoque sobre as forças aprecia e descobre forças humanas no meio dos problemas e das fraquezas. Trabalhar com as forças ajuda a descobrir as fraquezas e a mitigar a sua vulnerabilidade.

Neste âmbito, as forças podem ser a chave para ajudar as pessoas a lidarem com os seus problemas. É focando-se nas forças que a pessoa assume uma postura favorável à resolução de questões mais desafiantes.

Gottlieb (2016) afirma que as forças estão relacionadas com os objetivos. São definidas pelo seu contexto e circunstâncias. São multidimensionais. Podem ser esvaziadas ou reforçadas. São transferíveis e são construções pessoais. Para o cuidado ser baseado nas forças, tal requer que o enfermeiro tenha qualidades essenciais, as quais foram agrupadas em quatro categorias de forças:

- 1- Forças de mentalidade (humildade, abertura de espírito, atitude de não julgar, aceitar);
- 2- Forças de conhecimento e saber (curiosidade, autorreflexão);
- 3- Forças de relação (respeito e confiança, empatia, compaixão e bondade);
- 4- Forças de defesa (coragem, autoeficácia).

Só assim o enfermeiro, com o seu saber técnico, científico e humanístico, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades dos seus membros (Gottlieb, 2016).

Wright & Leahey (2005) dão como sugestão a listagem das forças de uma família, lado a lado com os problemas apresentados, dando assim uma visão equilibrada e evitando que a equipa de enfermagem esteja atenta a ambos os aspetos, tendo perceção que cada família tem as suas forças, mesmo em situações de crise reais ou potenciais, sendo esta vista como uma estratégia importante. Ao longo deste envolvimento, estabelece-se uma relação colaborativa entre o enfermeiro e a família, proporcionando um contexto favorável à mudança, havendo uma possível existência de significados da situação por parte da mesma (Gottlieb, 2016).

## 2.2. A PANDEMIA POR COVID-19

No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou a infeção por SARS-CoV-2, 2019 (COVID-19), como um surto, sendo que nos meses seguintes se verificou uma alteração profunda na prestação de cuidados de saúde a nível global, a que acresceram múltiplas implicações a nível individual, social e económico (OMS, 2022).

Surgiu assim, um problema de saúde pública, inicialmente com uma certa circunscrição geográfica de incidência, para uma propagação da infeção que galgou fronteiras e afetou o mundo no seu todo (Soares, 2020).

Alguns fatores contribuíram para este padrão de evolução: uns, inerentes ao agente infeccioso e outros, às circunstâncias em que a infeção se desenvolveu. O vírus, inicialmente pouco conhecido, encontrou o nosso sistema imunitário com uma fraca capacidade para uma resposta eficaz, sem possibilidade, para reforço através da vacinação (vacina inexistente). Constatou-se que o SARS Cov-2 apresentava uma elevada virulência e capacidade de transmissão, surpreendendo a comunidade científica pelo que encontrou os sistemas de saúde desprevenidos e com enormes limitações para amplitude da resposta exigida (Soares, 2020).

Perante a pandemia, a maioria dos países, adotaram medidas para limitar a propagação local, nacional e internacional, tais como: isolamento da população, triagem de pessoas suspeitas com Covid-19, restrições de viagens, vigilância e quarentena das pessoas expostas ao vírus. Como recomendações foi sugerido: ficar em casa, suspensão de aulas e o isolamento/distanciamento social. Com efeito, o isolamento social é uma das medidas de prevenção durante a pandemia, já que pode reduzir a transmissão dos novos vírus que se transmitem de pessoa para pessoa, de forma rápida e efetiva (Medeiros et al., 2020).

Deste modo, a necessidade de tomar decisões, numa escalada necessariamente modelada pelo próprio desenvolvimento da situação pandémica, confronta-se com princípios, valores e direitos das pessoas e da sociedade, em geral. Algumas das medidas prescritas poderão mesmo colidir com princípios bioéticos tidos como adquiridos, como é o caso do respeito pela autonomia e, através dela, a tutela da liberdade individual (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2020).

De facto, a pandemia causada pelo COVID-19 constitui-se como um dos acontecimentos menos esperados para a maioria das pessoas no mundo, sendo que a sua propagação seguiu o rumo dos países considerados de “primeiro mundo”, a Europa, e os transmissores foram as pessoas de maiores condições socioeconómicas, como turistas, empresários e artistas. Esta pandemia expandiu-se a uma velocidade sem precedentes. As notícias sobre o COVID-19 invadiram os meios

de comunicação, sendo que todos os temas de conversação abordavam a nova doença, o que provocava apreensão e desespero (Medeiros *et al.*, 2020).

De facto, a pandemia da COVID-19 causou mudanças significativas e inesperadas, como o término do convívio social, e transformações no que antes era denominado por “rotina diária”. Neste âmbito, os cuidadores informais, foram igualmente, influenciados por este contexto.

Além dos impactos para a saúde física, surgiram alertas também para as implicações para o funcionamento emocional e social. Por um lado, verificou-se um aumento no estado de ansiedade e, por outro, uma oportunidade para aprofundar a fé religiosa ou um relacionamento pessoal com Deus. Constatou-se um impacto significativo nas práticas de rituais de luto, decorrente da impossibilidade de estar presente com a pessoa doente, antes e depois da sua morte. Perante este cenário de isolamento que afasta a convivência entre doentes e familiares, foi realçada a importância da assistência espiritual, inserindo a dimensão espiritual para dar suporte à perda, através de intervenções terapêuticas que respeitam e permitem emergir as convicções e crenças religiosas dos doentes e seus familiares (Aquino, 2020).

A pandemia por Covid-19 evocou questões acerca do sentido da vida. Constituiu-se assim, uma oportunidade para uma descoberta de valores humanos e universais, como a solidariedade, a amizade, a compaixão, a partilha de bens materiais e espirituais, a fé, a oração, o valor do sofrimento, do trabalho, da criatividade e do amor. Neste âmbito, a espiritualidade e o sentido da vida podem ser elementos transformadores do Homem e do mundo (Aquino, 2020).

É neste contexto de sofrimento e desesperança que se destacam os ensinamentos de Viktor Frankl, um psiquiatra, neurologista e ex-prisioneiro do Holocausto, que assume que nada no mundo contribui tão efetivamente para a sobrevivência, mesmo nas piores condições, quanto o saber que a nossa vida possui um sentido (Ballesteros et al, 2021).

Perante o exposto, no momento atual importa conhecer a realidade em que as famílias se encontram, no que se reporta às implicações da situação de pandemia no exercício do papel de cuidador informal.

### 2.3 - O CUIDAR E O CUIDADOR INFORMAL

O aumento da esperança média de vida é algo de que todos nos devemos orgulhar, visto que espelha o resultado de muitas conquistas, como transformações significativas na melhoria da saúde

pública, além de avanços tecnológicos da medicina preventiva e curativa. Mas, a par do aumento da população idosa, assiste-se ao declínio da fecundidade, o que acentua o fenómeno do envelhecimento (Araújo, 2010).

De acordo com os dados da Fundação Francisco Manuel dos Santos (2020), através da plataforma PORDATA, em 2018, Portugal encontrava-se na 3ª posição a nível europeu, no que concerne aos países que tinham mais idosos por 100 jovens.

O Programa Nacional para as Pessoas Idosas salienta que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (Direção Geral da Saúde, 2006).

Verifica-se que os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram, de forma decisiva, para o prolongamento da vida, ao qual se associa um crescimento da população idosa. Neste sentido, o aumento da longevidade na sociedade atual coloca novos desafios em diversos domínios, sendo de destacar o domínio da saúde e o da prestação de cuidados. O avançar da idade implica um maior risco de doença e conseqüentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira, 2018).

Para Petronilho (2010), o envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos é um facto que por si só implica preocupações sociais, económicas e de saúde das populações, tendo como consequência, o aumento de pessoas em situação de dependência, exigindo assim que as famílias adquiram competências para lidarem com os novos desafios: cuidar dos seus membros dependentes.

De facto, o cuidar constitui uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e atitudes no quotidiano expressam uma preocupação constante com esta atividade. Cuidar não é apenas mais uma função ou tarefa, mas sim uma forma de “estar no mundo”, um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade. Assim, o cuidar está presente em todas as culturas e apenas difere na sua forma de expressão e de realização (Sequeira, 2018).

Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Abrange mais do que um momento de atenção e de zelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boof, 2008).

Medeiro (2020), salienta que cuidar é permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrente dia-a-dia, garantindo a satisfação das suas necessidades indispensáveis à manutenção da vida. Realça ainda que cuidar é um ato individual que cada um presta a si mesmo, desde que se tornou autónomo, mas é igualmente um ato de reciprocidade que cada um presta a alguém, temporária ou definitivamente, que necessita de ajuda para satisfazer as suas necessidades vitais. Tradicionalmente, é uma tarefa associada à mulher, assumindo-se como um sinónimo de “apreciar e amar, ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar”.

Salienta-se que cuidar é ter em consideração a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, sendo essencial refletir sobre as emoções e as atitudes que acompanham processo de cuidar (Medeiro, 2020).

O cuidar de um familiar em situação de dependência é uma realidade que muitas pessoas experienciam ao longo da sua vida, sendo uma experiência única, mas condicionada por múltiplos fatores: uns, inerentes ao cuidador; outros, relacionados com a pessoa de quem se cuida (Rocha, 2019).

Entre os diferentes problemas de saúde que acometem as pessoas idosas, a dependência causa um forte impacto na família e na sociedade onde estão inseridas. Assim, entende-se como dependência a incapacidade da pessoa para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros (Sequeira, 2018).

De salientar que a dependência pode ocorrer em todas as idades, mas aumenta a sua prevalência quando a idade aumenta, pelo aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas que podem conduzir a diferentes tipos e níveis de dependência. Esta não é um fenómeno novo, dado que sempre existiram pessoas dependentes. Contudo, hoje, é um problema com implicações sociais, psicológicas, económicas, políticas e financeiras, não só para a pessoa dependente, mas também para quem tem que dispor do seu tempo para ajudar a cuidar da pessoa dependente (Araújo, Paul, Martins, 2011).

Poder-se-á dizer que o conceito de “dependência” e o conceito de “autonomia” são, de certa forma, conceitos opostos. A “dependência” está relacionada com uma certa necessidade de outro para a realização de tarefas, sejam elas inerentes ao autocuidado, ou à necessidade de se relacionar com o meio, enquanto a “autonomia” diz respeito à capacidade de decidir e deixar comandar-se pelas

próprias ideias. Porém, o estado de dependência, independência e autonomia do idoso não dependem apenas da saúde funcional do organismo, mas também de sanidade psicológica e socioambiental (Martins, 2014).

A necessidade de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosas aumentaram, de forma exponencial, nos últimos anos, em consequência de vários fatores, com destaque para: o envelhecimento demográfico da população; o aumento da esperança de vida; os progressos da medicina e as dificuldades no apoio informal em função da alteração dos modelos de família e da incorporação da mulher no mercado de trabalho (Sequeira, 2018).

O cuidar do outro não é uma tarefa fácil e reveste-se de alguns problemas e dificuldades, com os quais o cuidador informal tem de lidar, tornando-se uma atividade cada vez mais exigente e complicada, à medida que se perpetua no tempo (Dias, 2011).

No entanto, Brito (2002) refere que cuidar de uma pessoa dependente não é obrigatoriamente uma situação geradora de dificuldades, defendendo que a atividade de cuidar também pode vir acompanhada de recompensas de satisfação para algumas pessoas, nomeadamente aspetos positivos relacionados com sentimentos de prazer e de conforto em prestar cuidados, repercutindo-se no ganho de um sentido para a vida.

No âmbito do contexto da prestação de cuidados, Sequeira (2018) identifica dois tipos de cuidados relacionados com o cuidador: cuidado formal, em que a prestação de cuidados é, por norma, executada por profissionais qualificados, podendo estes ser enfermeiros, médicos, assistentes sociais, entre outros, tendo a designação de cuidadores formais, pois têm uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham; e cuidado informal, com a prestação de cuidados no domicílio, que, por norma, ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, designando-se, assim, de “cuidadores informais”.

Os cuidadores informais (CI) são parceiros dos profissionais de saúde no cuidar, e, em particular, dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários. Segundo alguns estudos, estes prestam cerca de 80% dos cuidados; colmatam as falhas do sistema de saúde, evitando a sobrecarga dos serviços de saúde, fazendo com que a pessoa permaneça, o máximo de tempo possível, no seu ambiente; são, maioritariamente, familiares e prestam cuidados cada vez mais complexos (Rocha, 2019).

O grau de incapacidade da pessoa determina o nível de dependência por assistência, sendo, conseqüentemente, um desafio ao cuidador familiar (Bocchi, 2004).

Neste contexto, assume especial relevância o cuidador informal, visto ser a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, que não é remunerada e sobre a qual recai a responsabilidade de cuidar.

O “Estatuto do Cuidador Informal”, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, e agora recentemente regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro, estabelece um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, bem como algumas medidas de apoio e suas variantes. Assim, o cuidador informal corresponde ao cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa. Por sua vez, o cuidador informal principal, é aquele que acompanha e cuida da pessoa de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional, ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. Já o cuidador informal não principal, é o que acompanha e cuida da pessoa de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional, ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Instituto da Segurança Social, I.P, 2020).

Os cuidadores informais assumem, desta forma, um papel de primordial importância na sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos. Em muitas situações, estes cuidados são implementados por uma pessoa sem formação específica no cuidar, pelo que a prestação de cuidados pode não apresentar um rigor técnico e científico adequado, mas representar um valor simbólico e humano elevado, envolvendo vínculos afetivos e peculiares da história de vida de cada família (Sequeira, 2018).

Urge a necessidade social e política de repensar a prestação de cuidados por parte da família e de apoiar os cuidadores informais, enquanto parceiros da equipa de saúde.

Os cuidadores informais colaboram com a pessoa dependente na realização das várias atividades de vida diárias (AVD), tais como: vestir-se, alimentar-se, realizar os cuidados de higiene, administrar medicamentos, preparar alimentos, colaborar para a prevenção de sequelas de diversas patologias existentes e também, tentar manter a pessoa o mais ativa possível, reduzindo os riscos de aumento do grau de dependência funcional (Hanson, 2005).

Para assumir o papel de Cuidador Informal, o cuidador deverá ser detentor de alguns requisitos, tais como: iniciativa (capacidade de iniciar uma ação, identificar a necessidade, selecionar a ação e implementá-la), responsabilidade (assegurar a qualidade da ação) e autonomia (capacidade para implementar e avaliar as ações por si, de modo a requerer serviços de apoio formais de forma adequada) (Sequeira, 2018).

Félix (2008) refere que os cuidados à pessoa dependente são prestados, principalmente, pelos filhos, seguidos dos cônjuges, e por fim, das noras ou genros. Sequeira (2018) acrescenta que os amigos e/ou vizinhos apenas se tornam cuidadores na ausência de familiares, ou como cuidadores secundários.

A proximidade geográfica e a coabitação também têm influência na escolha do Cuidador. Na sua maioria, os cuidadores vivem próximo da pessoa dependente (Figueiredo, 2007). Na opinião de Sequeira (2018), a maioria dos cuidadores informais coabitam com a pessoa dependente, e apenas uma pequena percentagem vive próximo e na mesma terra, a menos de 10 quilómetros da pessoa dependente.

Neste sentido, é no contexto familiar que, normalmente, se processa a assimilação do papel do cuidador. Assim, tradicionalmente, verificam-se algumas diferenças entre o género (sexo masculino/feminino), sendo a mulher a principal responsável pelo cuidar da casa e o homem, o responsável pelo sustento da casa. Apesar desta distinção ser relativa na atualidade, verifica-se que o cuidar continua a ser exercido, preferencialmente, pelo sexo feminino (Sequeira, 2018).

A maioria dos estudos parece confirmar a ideia de que o cuidar se faz essencialmente no feminino, sendo que as mulheres, habitualmente, assumem a responsabilidade pelo cuidar, mesmo em famílias com filhos homens. Por outro lado, o género também influencia a natureza do cuidar, pelo que se verifica que as mulheres prestam mais cuidados pessoais e relacionados com as tarefas domésticas. Já os homens, prestam cuidados mais relacionados com os transportes e a gestão financeira (Sequeira, 2018).

A maioria dos estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidados a idosos dependentes serem prestados pelas filhas, a seguir pelas noras, as esposas, e só depois outro tipo de parentesco. Grande parte dos cuidadores, são pessoas casadas, com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos, com baixo nível de escolaridade, sem emprego remunerado e que vivem no mesmo domicílio da pessoa dependente (Brito, 2002).

Na mesma linha de pensamento, Figueiredo (2012) refere que a tarefa de cuidar de um idoso recai sobre o elemento feminino mais próximo. Contudo, o papel de cuidador é assumido cada vez mais por elementos do sexo masculino.

Relativamente à idade, Figueiredo (2012) menciona que a maioria dos cuidadores são indivíduos entre os 45 e os 60 anos, sendo que quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador.

Deste modo, verificam-se alterações significativas no âmbito da família. Diminui o número de famílias que desenvolvem um contexto alargado, na qual a mulher se assumia como elemento central no cuidar dos filhos, sendo a identidade desta determinada pelas funções de mãe e esposa (Alarcão, 2002).

Consequentemente, o aumento da esperança média de vida, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a idade média elevada dos cuidadores e as famílias cada vez menos numerosas, fazem com que a tarefa de cuidar seja diferente de outrora (Rocha, 2019).

Segundo Félix (2008), as motivações para cuidar de alguém assentam em seis razões: na solidariedade conjugal, filial ou familiar, no cristianismo, nos sentimentos de amor e compaixão, na recompensa material, no evitar a institucionalização e no dever (moral/social).

Na maioria das famílias, a escolha do cuidador é algo muito subtil, influenciada pelas características e escolhas pessoais de cada membro da família e pelo contexto em que se encontra (Sequeira, 2018).

Assim, os cuidadores (formais ou informais) surgem quando ocorre um défice no autocuidado na pessoa próxima, levando a que estes complementem ou assistam a pessoa no autocuidado, descrevendo esta mudança de papéis, como uma transição situacional, a qual é influenciada pelas expectativas, conhecimentos, ambiente e bem-estar físico e emocional dos cuidadores (Meleis, 2000).

A transição para o exercício do papel de cuidador é um processo complexo que envolve muitas variáveis. De acordo com Meleis (2000), existem fatores que podem funcionar com facilitadores ou dificultadores de um processo de transição eficaz, como, por exemplo, os conhecimentos e a capacidade, o significado pessoal, as crenças e atitudes, o *status* socioeconómico, os recursos comunitários e sociais. Assim, os padrões de resposta, o sentir-se envolvido, a confiança e o *coping*, a interação, a mestria são indicadores de processo e de resultado, relativamente a uma transição.

A capacidade de adaptação da família, perante a situação de doença de um dos seus membros, é influenciada por fatores, como a natureza da doença e respetiva duração, os papéis sociais e familiares do membro com doença, o nível socioeconómico da família e a etapa do ciclo vital. A família, através do desenvolvimento de estratégias de *coping* (resiliência familiar), pode influenciar a capacidade de cada um dos seus membros, através da redistribuição dos papéis, promovendo a interajuda (Wright & Leahey, 2005).

Neste sentido, verifica-se que a adaptação de cada pessoa a um problema de saúde, resulta não só das suas características pessoais, mas também do contexto doméstico. As interações familiares estabelecidas em situações de *stress*, proveniente da ocorrência de um problema de saúde, influenciam, por sua vez, a evolução do problema (Sequeira, 2018).

Com efeito, o conceito de saúde familiar, assume especial relevância, dado que está associado à capacidade da família em mobilizar os seus recursos de *coping*, face a situações de doença de um dos seus membros, essencialmente os recursos de natureza relacional e afetiva (Wright &

Leahey, 2005).

Nesta perspetiva, a transição surge associada aos conceitos de adaptação e de crise, em que “crise” é o evento que desencadeia a necessidade de transição e a “adaptação” é a forma com cada um vivencia o processo de transição (Sequeira, 2018).

Meleis (2000) salienta que os enfermeiros são facilitadores na transição de papéis, ajudando na superação de dificuldades dos cuidadores informais, não apenas fornecendo e promovendo o desenvolvimento de competências, mas também permitindo uma eficaz continuidade de cuidados, após o regresso a casa da pessoa dependente.

O papel do enfermeiro torna-se essencial à pessoa dependente e ao cuidador que vivenciam um processo de transição, permitindo-lhes a segurança e confiança necessárias para ultrapassar a crise. Compreender a dinâmica da família, envolvendo todos os seus membros nos cuidados de saúde, será uma vantagem, seja ajudando as famílias a efetuarem as suas transições no desenvolvimento das situações de vida, seja prestando cuidados de excelência, estando incluídas a promoção da saúde e a prevenção de complicações (Hanson, 2005).

A aprendizagem de como fazer a transição de uma perspetiva individualista, “cuidar o indivíduo”, para o pensar “cuidar da família”, pode ser facilitada com a utilização de um suporte conceptual ou teórico que oriente para a avaliação e intervenção, para a promoção da saúde, tratamento e reabilitação nas famílias (Araújo, 2010).

A doença tem impacto na saúde familiar, a nível estrutural, processual e emocional, necessitando de serem identificados e mobilizados recursos que permitam o fortalecimento da família, face à necessidade de adaptação (Figueiredo, 2012).

Neste âmbito, importa realçar o papel dos enfermeiros enquanto profissionais de saúde que lidam com indivíduos que estão em diferentes fases das transições. Para Meleis (2010), o conceito de “transição” é considerado um conceito central em enfermagem, dado que os enfermeiros despendem uma parte significativa da sua prática a cuidarem de pessoas que experienciam uma ou mais mudanças na sua vida, tendo estas mudanças impacto na sua saúde.

Salienta-se que a assunção do papel de membro da família prestador de cuidados é uma transição situacional, sendo essa transição de relevância para a disciplina ou profissão, pois exige cuidados especiais pelas características da situação, que se traduzem em mudanças e diferenças significativas nas vidas das pessoas, com fortes impactos na sua saúde (Meleis, 2000).

O papel da enfermagem é relevante nas transições dos seus clientes, devendo estas ser orientadas para a respetiva saúde e perceção de bem-estar, quer ajudando-os no processo de aquisição de competências para a mestria, quer mobilizando os indivíduos para um nível ótimo de funcionamento

e conhecimento. A compreensão por parte dos enfermeiros, de como ocorrem os processos de transições pelas famílias e seus membros individualmente é crucial para evitar os efeitos negativos marcados pela transição, tornando-os mais vulneráveis. As intervenções de enfermagem são aquelas que irão ajudar a pessoa a saber gerir a situação, facultando-lhe informação e ajudando-a a desenvolver e a mobilizar recursos pessoais (Meleis, 2000).

Na sua globalidade, os modelos conceituais de enfermagem incorporam a perspetiva holística do ser humano, reconhecendo que, além de fatores sociodemográficos e clínicos, a autotranscendência desempenha um papel crucial no seu bem-estar (Reed, 2008).

Verifica-se que a família é um recurso extremamente importante para a pessoa idosa com doença crónica, mas a responsabilidade pelos seus cuidados, tem-se tornado cada vez mais exigente. Deste modo, o enfermeiro de saúde familiar encontra-se numa posição privilegiada para compreender os desafios com que as pessoas idosas se deparam, bem como a dinâmica da prestação de cuidados por familiares e o *stress* associado. É, assim, essencial um trabalho com a família, no sentido de aliviar a sua sobrecarga. Contudo, para que tal ocorra, o enfermeiro tem de construir uma parceria eficaz com a família para maximizar as suas capacidades e minimizar as vulnerabilidades desta, servindo de ponte para o sistema de cuidados formais (Hanson, 2005).

Uma família com um dos seus membros dependentes requer uma avaliação familiar por parte dos profissionais de enfermagem, para se conhecer o impacto que o indivíduo dependente origina no sistema familiar, bem como para determinar o apoio de que necessita para responder às suas necessidades, ou seja, para saber identificar as forças e as fragilidades dessa família. Normalmente, a doença de uma pessoa afeta todos os membros do grupo familiar. Assim, é necessário que os profissionais visualizem esta realidade e prestem cuidados humanizados, holísticos ao idoso e à sua família (Araújo, Paul, Martins, 2011).

Neste sentido, Gottlieb (2016) afirma que os enfermeiros têm o poder de trazer o toque humano para o ambiente dos cuidados de saúde, ao tocar a vida de muitas pessoas. Têm o poder de criar uma nova cultura, uma ética de cuidar, enraizada em valores de compaixão e conhecimento que respeitam o espírito humano e dão dignidade à pessoa.

### **2.3.1. Sobrecarga do Cuidador Informal**

Para abordar a sobrecarga de um cuidador informal, é importante entender o seu significado, pois relaciona-se com os efeitos negativos do papel assumido pelo cuidador. Desde 1946, já se

explorava a questão da sobrecarga provocada pela doença em familiares, referindo-se às consequências naqueles que tinham contacto próximo e por longo prazo, ao cuidar de pessoas com distúrbios mentais. Surge o termo *Burden*, conhecido internacionalmente e traduzido como um sentimento de sobrecarga vivenciado pelo cuidador ao realizar um excesso de atividade geradora de *stress* e efeitos negativos no quotidiano dos cuidadores (Bocchi, 2004).

A palavra inglesa *burden*, segundo Bocchi (2004), é decorrente da introdução da psiquiatria social na década de 50 e 60 do século passado, época esta em que se começou a dar ênfase às discussões das vantagens e sobrecargas nas famílias de doentes tratados no domicílio. Esta sobrecarga relacionava-se com a presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetavam a vida dos cuidadores informais das pessoas idosas.

A “sobrecarga” é um conceito que se refere a desgaste por cansaço, ou seja, pode traduzir a exposição do cuidador a fatores de *stress* significativos e num espaço de tempo relativamente curto ou a uma exposição prolongada a fatores de *stress* pouco significativos, mas que, ao longo do tempo, originam consequências em termos de sobrecarga de quem cuida (Sequeira, 2018).

Numa conceptualização atual, e de acordo com a CIPE (2015), a palavra “sobrecarga” remete para o termo “sobrecarga por *stress*”, e este, por sua vez, remete para o termo “*stress*” que, em linguagem CIPE, significa sentimento de estar sob pressão e ansiedade, ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, à dor, ao sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

De facto, as repercussões negativas constituem um foco de atenção privilegiado na investigação, evidenciado pelos trabalhos desenvolvidos nesta área e pela necessidade de implementação de estratégias preventivas. Por outro lado, a sobrecarga está associada a uma deterioração da qualidade de vida do cuidador e a uma maior morbilidade, pelo que a sua caracterização é fundamental para uma prevenção efetiva (Sequeira, 2018).

O interesse por estas questões vem crescendo como consequência do envelhecimento populacional, sendo cada vez mais a unidade familiar o alvo dos cuidados. A escala de avaliação de sobrecarga é efetuada com recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador, a partir da *Burden Interview Scale* (Zarit e Zarit, 1983) foi traduzida e adaptada para a população portuguesa (Sequeira, 2018)

Esta escala, atualmente constituída por 22 questões, aborda aspetos relacionados com saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e relação com o recetor de cuidados.

Quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida pelo cuidador informal (Sequeira, 2018).

De facto, a tarefa de cuidar do idoso dependente pode produzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspetos da vida familiar e pessoal (Imaginário, 2008).

Neste sentido, Bocchi (2004) refere que a qualidade de vida de familiares cuidadores de pessoas com AVC, é condicionada por fatores adversos que originam sobrecarga física e psicológica. A sobrecarga física está mais relacionada com pessoas com maior grau de dependência, principalmente no transporte e na deambulação. Por outro lado, a sobrecarga psicológica, também chamada de emocional, nem sempre é expressa espontaneamente pelo cuidador cónjuge, em parte pelos sentimentos de culpa, mas também porque a atenção está dirigida para o utente. Verificou-se que os cuidadores se queixavam de *stress* elevado e de dificuldades de adaptação a situações novas, bem como às mudanças físicas e psicológicas dos utentes. Os cuidadores expressavam ansiedade sobre o futuro e apreensão com outros problemas de saúde que pudessem surgir no utente ou neles próprios.

Realça-se também que o facto de se cuidar de alguém pode ter implicações diretas ao nível da sua saúde física e mental, sendo de destacar a ansiedade, a depressão e o recurso a psicofármacos. Ao nível da saúde física, esta pode ser afetada pelo esforço físico associado ao cuidar ou pela agressividade do doente (Sequeira, 2018).

Vários estudos sugerem uma sobrecarga de trabalho em jornadas contínuas e exaustivas, que inevitavelmente podem gerar no cuidador informal consequências graves em sua saúde física e emocional, pela concentração da assistência à pessoa idosa frágil sobre um único familiar. São comuns os relatos de submissão, abnegação, caridade e disciplina dos familiares que cuidam da pessoa idosa frágil (Bocchi, 2004).

Verifica-se que a necessidade de cuidados implica que o cuidador se centre na pessoa dependente, o que pode ter como consequência, uma diminuição dos contactos com a rede social mais alargada e uma diminuição do tempo disponível. Esta procura reduzida da rede social de suporte pode levar ao isolamento social, traduzindo-se negativamente na saúde e no bem-estar do familiar cuidador. (Sequeira, 2018).

Os principais aspetos geradores da sobrecarga, segundo Bocchi (2004), foram definidos em quatro grupos diferentes. O primeiro grupo incluía o isolamento social; o segundo grupo dizia respeito às

mudanças e insatisfações conjugais; o terceiro relacionava-se com as dificuldades financeiras e o quarto, à deficiência da saúde física e do autocuidado do cuidador.

De salientar que as características intrínsecas ao cuidador, como a autoestima e a perceção de autoeficácia, assumem um papel relevante ao nível de desempenho efetivo do papel de cuidador, sendo determinantes para a perceção de sobrecarga (Sequeira, 2018).

Neste sentido, Martins (2006) refere que a sobrecarga física, emocional e social está diretamente relacionada com as características do cuidador, como sejam a idade, o sexo, a escolaridade, os processos simultâneos de doença, as dificuldades económicas, a falta de apoio dos serviços de saúde e a vinculação ao cuidar.

Apesar das alterações das funções e estruturas familiares registadas nas últimas décadas, continuam a ser, na maioria dos casos, os familiares diretos do sexo feminino que desempenham o papel de cuidadores informais. Brito (2002) constata que as mulheres tendem a estar mais envolvidas emocionalmente, manifestando níveis mais elevados de tensão e mais dificuldade em aceitar apoio externo. Menciona também que os cuidadores que apresentam ajuda na prestação de cuidados à pessoa dependente têm menor nível de sobrecarga.

O cuidador pode ser confrontado com duas necessidades antagónicas: por um lado, aumentar o tempo de trabalho para fazer face ao aumento da despesa; e, por outro, diminuir o tempo de trabalho para passar mais tempo com o familiar doente, de modo a proporcionar melhores cuidados (Sequeira, 2018).

A sobrecarga do cuidador informal é resultado das diversas tarefas do papel de cuidar e das mudanças na vida social e profissional, sendo que as necessidades do doente são colocadas em primeiro lugar, deixando as necessidades do cuidador em segundo plano. Verificou-se, também, que a sobrecarga é agravada pela falta de informação, a respeito da doença do doente, do tratamento e das estratégias mais adequadas para lidar com os problemas comportamentais (Azevedo, 2010).

Deste modo, o cuidador confronta-se com um conjunto de dúvidas que, habitualmente, estão relacionadas com o futuro e com a segurança da pessoa. Persistem as preocupações relacionadas com os meios de subsistência, com a saúde e com a capacidade ao nível de assistência. Outras preocupações relacionadas com a natureza da própria doença coexistem com o percurso da doença, com o tratamento e com o prognóstico (Sequeira, 2018).

Imaginário (2008) refere que é complicado quando a família se confronta com uma doença sem cura, sendo quase sempre um desafio devido aos múltiplos fatores desencadeadores de *stress*, ansiedade, medo e sofrimento, e à natureza prolongada que muitas destas doenças apresentam.

Outro problema descrito é o facto de que o cansaço físico e mental transforma o cuidador num doente em potencial. Aumento ou redução de peso, dores diversas, distúrbios do sono, *stress* e fadiga são mencionados frequentes. *Burnout* é descrito em cuidadores de utentes com demência, caracterizada pela presença de sintomas funcionais, psíquicos e comportamentais (irritabilidade, fadiga intensa, exaustão, cefaleia, depressão, postura crítica e pressa em realizar as atividades) (Azevedo, 2010).

Salienta-se que o cuidador pode percecionar maior ou menor sobrecarga em função do tipo de relação existente, ou seja, de acordo com a componente relacional. Assim, a história de vida do cuidador com o familiar constitui um fator relevante para a aceitação do novo papel e para percecionar o cuidar, de forma positiva ou negativa. A existência de conflitos, em termos de relação, potencia a percepção de repercussões negativas (Sequeira, 2018).

Portanto, cuidar de quem cuida deve ser uma prioridade cada vez mais presente no nosso dia-a-dia. Verifica-se que a falta de capacitação dos cuidadores informais gera estagnação ou uma progressão insatisfatória do quadro clínico do utente, causando assim sobrecarga deste cuidador (Azevedo, 2010).

De salientar que a capacitação do cuidador informal merece uma melhor atenção e carece de uma intervenção estruturada, multidimensional e no momento certo, tendo em conta a especificidade de cada situação.

Apesar de a maior parte da literatura relativamente às consequências que advêm da prestação de cuidados se focar principalmente nas consequências negativas, cuidar de uma pessoa idosa também acarreta aspetos gratificantes. A solidariedade, a intimidade que se gera em muitas destas situações, compensando, por vezes, anos passados de falta de proximidade, a felicidade que advém de tornar mais doce o fim da vida de quem nos é querido, são razões de sobra para tornar positiva a eventual sobrecarga e desgaste físico que a prestação de cuidados a uma pessoa idosa acarreta (Martins,2014).

#### 2.4. ESPIRITUALIDADE E SENTIDO DE VIDA

Todos nós, independentemente das nossas raízes e situações que vivemos, nos deparamos com a verdade da nossa finitude, que somos mortais e estamos igualados, e quase sempre, impotentes frente aos fenómenos naturais e àqueles ocorridos pela ação do Homem. Nesse contexto, justifica-

se a importância da espiritualidade como viés para um processo de resignificação, perante o nascimento, a doença, a recuperação, a morte e o luto (Tavares, 2020).

O ser humano, para Frankl (1992), é uma totalidade bio-psico-espiritual e, nesta totalidade, ressalta o espiritual como a sua característica mais especificamente humana. A espiritualidade é considerada uma das dimensões do ser humano que vai além da dimensão religiosa ou do supranatural. O espiritual ou noético é, essencialmente, distinto do psicológico e tanto pode ser consciente como inconsciente (Kraus, 2014).

Deste modo, Frankl (2006) propõe uma visão do Homem distinta das concepções vigentes, reconhecendo-o como uma unidade na totalidade, que inclui corpo, psiquismo e espírito. Elege a componente espiritual, impulsividade inconsciente, ou noética, como determinante para a existência do homem, integrando na espiritualidade não apenas a religiosidade, mas toda a expressão valorativa, intelectual e artística (Kraus, 2014).

Constata-se que a integração da espiritualidade e da religião na prática clínica tem variado ao longo dos séculos. A procura da objetividade na intervenção clínica impôs a necessidade de clarificar as fronteiras entre religião e ciência e entre profissional de saúde e conselheiro espiritual. Assim, a espiritualidade e a religião foram entendidas como áreas externas à saúde, tendo sido excluídas do processo terapêutico (Cardoso, 2012).

Portanto, pode-se afirmar que, até à década de 1990, o diálogo entre espiritualidade e saúde encontrava desarmonia e distanciamento. Contudo, com as pesquisas, surgiram novas evidências científicas com resultados tangíveis para o cuidado, sendo a espiritualidade reconhecida e entendida na sua essência como uma dimensão fundamental do ser humano, pelo que encontra um lugar cada vez mais inquestionável nos cenários de saúde (Tavares, 2020).

Neste sentido, Cardoso (2012) refere, igualmente, que nos últimos anos, vários autores têm sugerido a necessidade de voltar a incorporar a discussão da espiritualidade no processo terapêutico, defendendo que a compreensão das escolhas, comportamentos e sentimentos do doente, exige a exploração das crenças que dão significado à sua vida.

A espiritualidade dimensiona e redimensiona o sentido da vida com um dinamismo interno. Em algumas pessoas, há uma maior sensibilidade e autoconsciência acerca de sua espiritualidade, o que favorece os processos de significação e resignificação dos factos da vida. Deste modo, é essencial que no processo terapêutico se reconheça que a espiritualidade compreende e pode definir as relações terapêuticas (cuidador e ser cuidado). Portanto, a espiritualidade é concebida como uma componente indispensável para a humanização dos cuidados (Tavares, 2020).

Neste sentido, ao abordar crenças espirituais e religiosas, é importante distinguir entre religião e espiritualidade. O conceito de “espiritualidade” refere-se à forma como a pessoa interpreta a sua vida no que diz respeito ao seu significado e propósito, enquanto o conceito de “religiosidade” engloba um conjunto de crenças e rituais que são partilhados pelos membros da mesma fé (Cardoso, 2012).

De salientar que as crenças espirituais e as tradições religiosas podem influenciar a prestação de cuidados, através de duas vertentes: 1) normas morais que impõem restrições ou adaptações ao plano de cuidados; 2) e crenças espirituais que influenciam o processo de adaptação à doença. Deste modo, as perspetivas espirituais e religiosas da pessoa influenciam as suas crenças relativas à saúde. Verifica-se que a vivência espiritual da pessoa poderá justificar decisões éticas e morais que podem condicionar o plano de cuidados e tratamento. Apenas pela compreensão das motivações e crenças pessoais, o profissional de saúde será capaz de realizar uma aliança, com vista à proposta do melhor plano de cuidados, respeitando a autonomia e decisão da pessoa (Cardoso, 2012).

As questões espirituais e religiosas assumem particular importância em situações de grande sofrimento ou de morte. As tradições religiosas sustentam, habitualmente, a aceitação da doença, a definição de um propósito para o sofrimento, a manutenção da esperança e a visão da morte como transição. Contudo, as crenças religiosas também podem condicionar vivências de culpabilidade, de castigo merecido, de injustiça ou de procura de um milagre. No que respeita à espiritualidade, as crenças religiosas positivas sobre a doença ou futuro parecem associar-se a melhores prognósticos, enquanto as crenças negativas associam-se a pior prognóstico (Cardoso, 2012).

A dimensão espiritual é compreendida como uma parte complexa e multidimensional da experiência humana, sendo capaz de levar o indivíduo a procurar o significado e o propósito do sentido da vida, bem como a sua conexão com o Momento, com o Eu, com o Outro, com a Natureza, e/ou com o Sagrado / Transcendente. Sendo assim, a espiritualidade é universal e intrínseca ao ser humano, o que engloba o domínio existencial e se manifesta, geralmente, na presença de uma doença, de uma perda ou quando alguém é confrontado com o sofrimento e a morte (Ribeiro, 2020).

Nas situações de grande sofrimento, perdas e morte, os doentes reconhecem as suas crenças religiosas e espirituais como questões de grande importância no seu processo de adaptação e defendem que estas devem ser abordadas pelos profissionais de saúde que os acompanham (Cardoso, 2012).

A espiritualidade integra várias dimensões do cuidado em saúde. Para tanto, ela deve ser trabalhada, tendo em vista a promoção do bem-estar da pessoa e da família em ambientes

assistenciais e comunitários, uma vez que esta esfera se apresenta como um dos principais recursos dos profissionais e da sociedade para compreender o sofrimento e para fortalecer a Humanidade para os novos desafios do século (Tavares, 2020).

#### **2.4.1. Sentido de Vida / Propósito de Vida**

O Sentido de Vida é, há muito tempo, discutido pela filosofia, mas Viktor Frankl (1905-1997) foi o primeiro a abordá-lo, enquanto construto psicológico. Embora não tenha utilizado definições claras sobre o sentido de vida, Frankl sugere que o mesmo está relacionado com a crença de que a vida do sujeito é plena de significados e que transcende a própria realidade material, estando ligado à crença de um propósito, uma direção, uma razão particular para a existência (Melo *et al.*, 2013).

De facto, a necessidade de compreender o sentido da nossa existência é uma questão profunda e universal, apontando qualidades da mente que são possivelmente essenciais para a existência humana. Neste âmbito, as preocupações centrais incluem questões sobre a existência de um objetivo para a vida, sobre o valor da mesma e sobre a existência de uma razão para viver, independentemente das circunstâncias e interesses individuais (Wolf, 2004).

Qualquer destas questões pode ser aplicada à vida, normalmente à vida humana, mas também às vidas individuais, particularmente à nossa própria vida. Podemos procurar motivações, razões e valores aceitáveis a partir de pontos de vista que nos são exteriores, ou podemos restringir a nossa atenção ao campo dos desejos e objetivos da nossa psique ou da nossa comunidade, indiferentes a possíveis perspetivas que possam existir além da esfera humana (Wolf, 2004).

Frankl foi um psiquiatra e neurologista austríaco, fundador da Logoterapia, uma forma de psicanálise existencial. Sobrevivente dos campos de concentração Theresienstadt, Bergen-Belsen e Dachau usou a sua experiência do Holocausto, como base para a sua conceção de vida e intervenção psicoterapêutica. A sua obra é reconhecida mundialmente (Sommerhalder, 2010).

De acordo com Sommerhalder (2010), Frankl defende que não é possível dar um sentido para a vida do outro, mas sim ajudá-lo a encontrar o seu próprio sentido. Neste âmbito propõe quatro fatores que podem levar a Pessoa a encontrar um sentido para a vida:

- (a) *A valorização do que é importante para a Pessoa*, ou seja, aquilo que teve significado durante a vida, desde os pequenos até aos grandes eventos. As experiências de vida influenciam a forma que cada um tem de lidar com as situações.
- (b) *As escolhas* - o indivíduo é responsável por cada escolha que faz ao longo da vida, inclusive diante de situações adversas. Frankl aborda o sofrimento como uma grande oportunidade de

crescimento pessoal, que, no entanto, depende de como a pessoa o enfrenta. Ela pode sucumbir à dor, ou extrair ensinamentos da situação difícil.

(c) *Responsabilidade* - por tudo o que a Pessoa faz, pelas escolhas e decisões.

(d) *Significado imediato* - dar sentido às coisas que acontecem na vida diária, tanto as experiências positivas, quanto as negativas (Sommerhalder, 2010).

Dessa forma, ao ter a percepção de que o sofrimento tem um sentido, isso leva a que as dificuldades impostas pela incapacidade funcional possam ser vistas como um desafio compreensivo. Frankl destaca que ninguém pode encontrar o Sentido de Vida por outra pessoa, mas pode facilitar a sua descoberta, ao mostrar que é possível encontrá-lo até ao último momento da vida, dado que sempre se poderá mudar de atitude diante de um evento, mesmo que este não possa ser alterado. O Sentido de Vida é uma componente fundamental para o processo de resiliência (Melo *et al.*, 2013).

Frankl contribuiu enormemente na área clínica. Já na área de pesquisa, outros autores somaram novas dimensões ao construto. Reker & Wong (1988) definiram o sentido de vida como uma construção multidimensional, composta por uma componente cognitiva, a qual engloba crenças e interpretações do mundo. Isso ajuda o indivíduo nas suas preocupações existenciais, na organização e na compreensão das experiências. Há também uma componente motivacional, que reúne os sistemas de valores de cada indivíduo, os quais interferem na realização das metas pessoais. Por último, há uma componente afetiva, relacionada com o sentimento de satisfação, que é a convicção de que a vida vale a pena. As experiências pessoais medeiam essas escolhas (Sommerhalder, 2010).

Por outro lado, a falta de sentido para a vida poderia desencadear sintomas como ansiedade, depressão, falta de esperança e declínio físico (Melo *et al.*, 2013).

Segundo Frankl, o Sentido de Vida é a principal força motivadora do ser humano; assim, toda dinâmica da vida estaria ligada à busca de sentido para a sua existência (Melo *et al.*, 2013).

No mesmo âmbito, Reker (1997) afirma que o sentido de vida está associado a ter um propósito, uma direção, uma razão para a existência, ter uma percepção de identidade pessoal e interesse social, além de se sentir satisfeito com a vida, mesmo diante de situações difíceis, quando o "para que viver?" é essencial. Na dimensão individual, as crenças, os valores e as necessidades da pessoa norteiam quais as metas que ela deve perseguir e em quais relacionamentos deve investir (Sommerhalder, 2010).

Para a mesma autora, o sentido de vida, que compreende esquemas conceituais, categorias do *Self* e de interpretação da vida, vai orientando o indivíduo em direção ao viver. É uma rede cognitivo-afetiva que abrange metas, comportamentos e várias classes de padrões de autoavaliação.

Encontrar um sentido está relacionado com o encontrar um equilíbrio entre perdas e ganhos, dar significado às atitudes e ao dia-a-dia, tendo um propósito na vida. Vários fatores influenciam a percepção de sentido na vida. Por um lado, os *fatores internos*, que estão ligados ao desenvolvimento do indivíduo, podem ser: personalidade, estratégias de *coping*, religiosidade, espiritualidade, sentimento de pertença, e história de vida; já os *fatores externos*, que pertencem ao meio e corroboram o significado que as pessoas dão à vida, relacionam-se com: oportunidades sociais, trabalho, renda, lazer, satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e segurança.

Encontrar sentido para as experiências da vida, estar no mundo com um objetivo, em prol de algo, conseguir dar um propósito para as atividades diárias e até mesmo, encontrar significado para as dificuldades são alguns dos caminhos para dar sentido à vida. (Sommerhalder, 2010).

É crescente o número de estudos sobre o sentido de vida, ou seja, sobre o significado atribuído àquilo que é de grande valia para o viver, os quais fornecem importantes informações sobre pontos relevantes do processo de adaptação e de estímulo da vontade de viver. Esses dados contribuem significativamente para o estudo do desenvolvimento humano, promovendo a compreensão da estabilidade e/ou mudança e os fatores associados à adaptação e ao ajustamento. No processo de envelhecimento, são necessários mais recursos internos, dado que os indivíduos estão mais expostos a perdas de todos os tipos, as quais constituem fatores que interferem na vontade de viver (Sommerhalder, 2010).

A teoria de Frankl foi validada vivencialmente pelo próprio autor em campos de concentração nazis, como um prisioneiro comum com o número 119.104. Numa situação limite, Frankl constatou que aquele que tem um para quê viver, conseguia mobilizar um recurso interno que foi denominado “poder de resistência do espírito” e, por conseguinte, conseguiria dizer “sim à vida”, apesar das condições negativas impostas por determinadas situações (Aquino 2020).

Neste âmbito, na sua obra (Frankl, 1985), a importância e centralidade atribuída a uma vida que detenha sentido assume-se clara e evidente, assim como também as implicações e consequências de uma vida que careça de sentido e propósito. Frankl defende que cada pessoa necessita de um sentido, entendendo que cada um de nós deve encontrar um sentido, individual e único, uma vez que compreende este, enquanto variável e conceito de construção subjetiva, que varia de pessoa para pessoa e de momento para momento (Várzea, 2014)

Essa perspetiva teórica e prática foi denominada **Logoterapia** e análise existencial, ou seja, trata-se de uma forma de psicoterapia centrada no sentido da existência. O *logos*, nessa aceção, significa tanto “sentido” quanto “espiritual”. Neste âmbito, verifica-se que a base teórica é constituída por três corolários básicos: uma visão antropológica, derivada da liberdade da vontade; uma ciência de cura,

resultante da vontade de sentido; e uma compreensão filosófica, precedida do conceito de sentido da vida (Aquino 2020).

Nesta ordem, Frankl (1985) entende a procura por sentido como a força motivacional, primária, da existência humana. Desta maneira, a procura ou busca de sentido, é compreendida enquanto parte natural e saudável da vida humana. É neste argumento que Frankl propõe a logoterapia, como abordagem e intervenção psicoterapêutica, que tem como objetivo, ajudar os indivíduos a encontrar um sentido para as suas vidas, quando se deparam com um vazio existencial e uma vida percecionada como carecendo de sentido e propósito. A capacidade em encontrar um sentido para a vida e para a adversidade e sofrimento, contribui para a resiliência individual, face a situações de maior vulnerabilidade (Várzea, 2014).

Deste modo, a logoterapia do sentido da vida pode ser aplicada como uma ferramenta que permite autodescobertas, promovendo o crescimento do ser humano, de maneira plena, em busca do sentimento de realização pessoal. Isto ocorre, pois, a logoterapia parte do princípio de que a busca de sentido da vida é a principal força motivadora no ser humano e a que a sua ausência pode vir a ser causadora de neuroses e desesperança, podendo levar o indivíduo ao suicídio (Ballesteros *et al.*, 2021).

Neste âmbito, a orientação logoterapêutica, em coerência com o seu construto basilar, pressupõe que o próprio profissional de saúde assuma a responsabilidade de, na liberdade que lhe assiste, se empenhar ativamente no processo de construção do seu sentido de vida (Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2009) (Kraus *et al.*, 2009).

A capacidade do indivíduo em atribuir um sentido para as tragédias e sofrimentos pessoais suportam a crença de Frankl, face a uma vida potencialmente com sentido, intrínseco, sobre qualquer situação, já que este é capaz de lhe atribuir um sentido. Assim, se por um lado, o autor defende que o indivíduo procura por sentido quando reconhece a sua ausência, por outro compreende que este não estará motivado a procurar, caso tenha encontrado sentido e percecione a sua vida com sentido e propósito (Várzea, 2014).

Bonino (2007), citado em Kraus *et al.* (2009), chama a atenção para o facto de, frequentemente, pouco sensibilizada para a importância de dar sentido à própria vida, a sociedade contemporânea se surpreender quando as boas condições materiais, aliadas a uma ampla disponibilidade de bens de consumo, possam ser acompanhadas por uma sensação de vazio e fracasso. A autora salienta que a sociedade se esquece que os objetos não podem dar realização, mas sim, apenas as metas significativas. Os objetos, porém, são instrumentos úteis na consecução dos objetivos para atingir essas metas. Realça também que para alcançar a realização pessoal, necessita de atualizar, periodicamente, os seus objetivos para manter sentido.

Para uma vida encontrar sentido, Frankl sugere três categorias de valores: **valor criativo** – que produz algo significativo, fazer uma boa ação; **valor vivencial** – são as experiências de trocas afetivas ou mesmo interagindo com os objetos do mundo, sentido que pode ser encontrado nas experiências da vida; **valor atitudinal** – é aquele que transforma as dores/tragédias pessoais em boas lições que levará ao crescimento (Sommerhalder, 2010).

Dentre estas categorias de valores, Ballesteros *et al.* (2021) referem que, no contexto de pandemia, os valores de atitude se destacaram, por se apresentarem como o modo de comportamento perante as situações que geram sofrimento e que não podem ser mudadas. Neste sentido, apesar de a pessoa não conseguir mudar a situação que causa o sofrimento, ela poderá escolher a sua atitude perante a mesma. Desta forma, é nos valores de atitudes que o *stress* e a sobrecarga dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia, bem como dos cuidadores, estão inseridos. Nesse caso, o *stress* pode ser encarado como uma oportunidade de gerar questionamentos sobre a vida. Assim, o cuidador pode resgatar, na sua essência, a atitude da responsabilidade perante a vida, entendendo que a responsabilidade é uma atitude de responder a questionamentos que a própria vida nos traz e que não podem ser modificados. Em suma, é dizer sim à vida, mesmo diante de sofrimentos que são inevitáveis. Desta forma, Ballesteros *et al.* (2021) afirmam que o sofrimento dos cuidadores na pandemia se constituiu como um sofrimento com sentido.

As autoras referem ainda que, de acordo com Frankl (2016), o que é necessário numa situação de sofrimento, é uma mudança radical nas atitudes perante a vida. Para Frankl, sempre há a possibilidade de realização de valores de atitudes, no entanto, para que o indivíduo possa encontrar um sentido nas dificuldades, faz-se necessário que este se posicione positivamente perante a situação. Portanto, a própria atitude de saber lidar com adversidades extremas, como a pandemia, pode ser um dos propósitos do sentido da vida.

Neste estudo, Ballesteros *et al.* (2021) referem que, para Frankl (1990), até quando passamos por momentos difíceis, como uma doença ou alguma limitação - neste caso, a pandemia, é possível encontrar um sentido. Tendo a possibilidade de transformar o sofrimento numa realização humana, a vida certamente será plena de sentido até ao fim. Assim, a pessoa tem a liberdade de decidir o que vai se tornar, e essa questão torna-se essencial, pois é necessário encontrar um sentido para a vida. Se a vida tem sentido, o sofrimento, necessariamente, também terá; basta deixarmo-nos identificar, e a partir disso, responder o que emana da própria vida, da própria realidade.

As enfermeiras, autoras deste estudo - que pretende propor uma reflexão acerca das contribuições da busca e descoberta/encontro com o sentido da vida do profissional de saúde que atua na linha de frente da COVID-19, salientam que as sensações e sentimentos, como o medo e a frustração,

frequentemente identificados, podem interferir no encontro com o sentido da vida. Consta-se que, no contexto pandémico, a questão do sentido da vida emerge com maior significado. Mediante o sofrimento, o profissional de saúde e/ou cuidador é convocado a mudar-se a si mesmo, sendo que através desse processo, poderá transformar os seus valores transcendentais. Deste modo, o encontro de significado nas tomadas de decisão leva a que o profissional de saúde e/ou cuidador transcenda as adversidades encontradas no ambiente laboral, impostas pela pandemia. A doação em prol do cuidado com o utente, reacende a motivação em superar as adversidades diárias, ampliando a sua capacidade de resiliência e melhorando a sua saúde mental.

Para Frankl (2001), citado em Kraus (2014), a auto-transcendência refere-se à realidade antropológica fundamental e única, através da qual, o Homem descobre um sentido, pelo qual vale a pena lutar. Essa descoberta é realizada quando deixa de focar a sua atenção principal em si próprio e a transfere, para “algo ou alguém”, isto é, outras áreas de investimento pessoal, mais compensadoras, como um serviço, uma causa, um amor, que motive e impulsione, conferindo sentido à vida

Neste contexto, é importante salientar Joyce Travelbee (1979), fundadora do “Modelo de relação Pessoa a Pessoa”. Travelbee foi influenciada e consistente com os argumentos de Frankl, que se tornaram basilares no seu modelo: a pessoa é livre, responsável e apenas ela pode construir o seu próprio sentido de vida. Centra-se, fundamentalmente, na orientação para a promoção dos recursos com vista à criação de sentido, não apenas do sofredor e família, mas também do Enfermeiro. Assume a dimensão espiritual do Homem como complementar à físico-emocional e mobiliza conceitos como o sentido de vida, significado da experiência, a auto-transcendência e o compromisso dos envolvidos, como atitudes virtuosas, indispensáveis na relação interpessoal, única e genuína, capaz de conduzir à realização pessoal. Os seus pressupostos evidenciam a responsabilidade na promoção da cultura de partilha de experiências, como meio eficaz para a construção de significados existenciais, mesmo quando, perentoriamente, a vida diz “Não!” O compromisso é o elemento fundamental da relação Pessoa a Pessoa. Comprometer-se significa transcender-se e empenhar-se no bem-estar do outro. O compromisso autêntico origina surpresa, pois vai muito além do esperado, integra e ultrapassa todas as dimensões da vida do ser humano (Kraus *et al.*, 2009).

De referir que o indivíduo é o único responsável pela construção do seu próprio Sentido de Vida e que a realização pessoal surge quando este sentido é construído através da transcendência de si para algo ou alguém, pela aceitação do inevitável e pelo amor condicional a outra pessoa (Kraus *et al.*, 2009).

Kraus (2009), afirma que os teóricos são unânimes em assumir o sentido de vida como crucial para o desenvolvimento humano e promotor de esperança realçando assim o seu efeito terapêutico.

Neste sentido, a esperança assume-se, para os cuidadores informais, como a força interior que lhes dá a capacidade para ultrapassar as dificuldades. Assume um especial destaque no apoio facultado ao doente, quando mobilizada na parceria com a equipa de saúde e na aquisição de estratégias de *coping* (Querido, Marques, & Dixe, 2011).

Vários autores referem que a esperança é um recurso psicossocial dos cuidadores familiares para lidar com as dificuldades sentidas na experiência do cuidar. É uma força interior que lhes dá a capacidade e coragem para ultrapassar as dificuldades e uma ferramenta efetiva e poderosa que contribui para a aquisição de estratégias de *coping* e de qualidade de vida (Querido, Marques, & Dixe, 2011).

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

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem-se como a base do sistema de saúde, sendo, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, enfatizadas as intervenções em rede e um paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida. Com o atual enquadramento legislativo dos CSP, estamos perante um modelo de proximidade, emergindo o contexto para direcionar o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados. O enfermeiro de família assume-se como o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista deve deter um conhecimento aprofundado, num domínio específico de Enfermagem, e, atentando nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas, relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Considerando as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, a imperatividade de especificar as competências, de acordo com o alvo e contexto de intervenção, identificou-se, para além da área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a de Enfermagem de Saúde Familiar. O papel atribuído ao Enfermeiro de Família deverá, pois, ser o eixo estruturante e funcional, na garantia do Acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O perfil de competências, comuns e específicas, visa enquadrar e regular a certificação das competências, assim como comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados, assegurando-se, por esta via, que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza, para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

No que se refere às competências comuns do Enfermeiro Especialista, estas “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Ainda segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745), as esferas de ação destas competências assentam em quatro domínios fundamentais:

- 1) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- 2) Melhoria contínua da qualidade;
- 3) Gestão dos cuidados;
- 4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), com as respetivas competências, serão, de seguida, enunciadas e associadas às atividades desenvolvidas, tendo por base o seu desenvolvimento/aperfeiçoamento.

#### 3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas na equipa de enfermagem onde está inserido.
  - ✓ Construção de estratégias de resolução de problemas, em parceria com o utente;
  - ✓ Participação na construção da tomada de decisão em equipa;
  - ✓ Seleção das respostas mais apropriadas, a partir de um amplo leque de opções, no julgamento de enfermagem.
- Tomada de decisão suportada em juízo, baseado no conhecimento e experiência, no conhecimento do enquadramento jurídico e orientada na observância da deontologia profissional.
  - ✓ Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;
  - ✓ Aferição dos resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada;

- ✓ Avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

- Promove a proteção dos direitos humanos:
  - ✓ Assunção da defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional;
  - ✓ Manutenção do respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação;
  - ✓ Manutenção da confidencialidade e da segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.
- Fomento do respeito pelo direito do utente à privacidade, à escolha e à autodeterminação, no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, assim como do respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos:
  - ✓ Fomento das práticas de cuidados, com segurança, e no respeito pela dignidade do utente, apoiado numa conduta antecipatória;
  - ✓ Apoio na implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.

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

Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade:
  - ✓ Demonstração e partilha de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua;
  - ✓ Divulgação de experiências avaliadas como sendo de sucesso, nomeadamente implementadas em outras unidades de saúde próximas geograficamente;
  - ✓ Estimulação para a implementação de programas de melhoria contínua da Qualidade e de processos de Certificação;
  - ✓ Identificação de oportunidades, prioridades e estratégias de melhoria;

- ✓ Promoção da incorporação dos conhecimentos na área da Qualidade na prestação de cuidados.

Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

- Avalia a qualidade das práticas clínicas:
  - ✓ Avaliação e análise da qualidade da prática, mediante a evidência científica e as normas necessárias;
  - ✓ Utilização de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas.
- Planeia programas de melhoria contínua:
  - ✓ Identificação de oportunidades de melhoria, com estabelecimento de prioridades.
- Lidera programas de melhoria contínua:
  - ✓ Fomento da normalização e atualização de soluções eficazes e eficientes, no âmbito dos processos de melhoria e desenvolvimento da Qualidade.

Garante um ambiente terapêutico e seguro.

- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo:
  - ✓ Fomento da sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança do utente e grupo;
  - ✓ Envolvimento da família, e outros, no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais;
  - ✓ Aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos alunos de licenciatura;
  - ✓ Aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos utentes.
- Participa na gestão do risco ao nível institucional e de unidades funcionais:
  - ✓ Cooperação na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e de prevenir os riscos ambientais;

- ✓ Colaboração na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos;
- ✓ Colaboração na manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

### **3.1.3. Gestão dos cuidados**

Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão:
  - ✓ Colaboração nas decisões da equipa de saúde;
  - ✓ Apoio na melhoria da informação, para a tomada de decisão no processo de cuidar.
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados:
  - ✓ Otimiza o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados;
  - ✓ Aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;
  - ✓ Colaboração na implementação de métodos de organização do trabalho adequados;
  - ✓ Utilização dos recursos, de forma eficiente, para promover a qualidade.
- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos:
  - ✓ Reconhecimento dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa;
  - ✓ Fomento de um ambiente positivo e favorável à prática;
  - ✓ Formação sobre estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, aberto a inovações na prática especializada, e adaptado à maturidade dos colaboradores e às contingências.

### 3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

- Detém consciência de si, enquanto pessoa e enfermeiro:
  - ✓ Otimização do autoconhecimento e facilitação da identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa doente e/ou a equipa multidisciplinar;
  - ✓ Gestão das idiossincrasias próprias, na construção dos processos de ajuda, consciencializando a influência pessoal na relação profissional;
  - ✓ Reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais;
  - ✓ Desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade.
- Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional:
  - ✓ Otimização da congruência entre auto e heteropercepção;
  - ✓ Gestão de sentimentos e emoções, no sentido de uma resposta eficiente;
  - ✓ Atuação eficaz sob pressão;
  - ✓ Reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade;
  - ✓ Utilização adequada de técnicas de resolução de conflitos.

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

- Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho:
  - ✓ Atuação como formador oportuno em contexto de trabalho;
  - ✓ Identificação das necessidades formativas;
  - ✓ Avaliação do impacto da formação.
- Suporta a prática clínica em evidência científica:
  - ✓ Atuação como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos;
  - ✓ Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;
  - ✓ Desenvolvimento e colaboração em estudos de investigação.

- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho:
  - ✓ Demonstração de conhecimentos de enfermagem, e de outras disciplinas, que contribuem para a prática especializada, também na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;
  - ✓ Rentabilização das oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas;
  - ✓ Utilização das tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;
  - ✓ Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018) regulamenta as 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.

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

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

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

1.1 - *Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas:*

- ✓ Estimulação da família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma;
- ✓ Compreensão da importância do Modelo Cuidar Baseado nas Forças, reforçando os pontos fortes da família no âmbito da saúde;
- ✓ Elaboração com a família as intervenções para os problemas identificados, que permitam o fortalecimento da capacidade funcional da família.

*1.2 - Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família:*

- ✓ Seleção de uma família inscrita na USF para realização da Avaliação Familiar de acordo com o modelo de Avaliação Familiar de Calgary;
- ✓ Identificação no processo familiar do SCLINICO, a tipologia familiar; a fase do ciclo vital em que a família se encontra;
- ✓ Definição em conjunto com a família, estratégias de *coping* possíveis, apoiando os membros na interação com o meio ambiente, maximizando os recursos existentes na sociedade.

*1.3 - Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas:*

- ✓ Reconhecimento da relação entre os níveis de saúde individual e familiar;
- ✓ Reconhecimento dos fatores de *stress* familiares que implicam transições situacionais de saúde/doença, que ocorrem no percurso de desenvolvimento;
- ✓ Análise do histórico familiar, das relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas.

*1.4 - Desenvolve a prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica:*

- ✓ Adoção de decisões fundamentadas qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família com base na evidência científica;
- ✓ Elaboração de atividades de diagnóstico centrados na família;
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica.

*1.5- Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas:*

- ✓ Desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo;

- ✓ Estabelecimento com a família objetivos que permitam a resolução dos problemas identificados no sentido de ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde;
- ✓ Estabelecimento com a família as intervenções para os problemas identificados, que permitam o fortalecimento da capacidade funcional da família.

*1.6 - Facilita a resposta da família em situação de transição:*

- ✓ Discussão regular com a família, sobre o seu progresso, promovendo o alcance dos seus objetivos de saúde, analisando os desafios que a sua realização implica e a partilha de observações sobre o seu crescimento, incentivando ao *feedback* familiar;
- ✓ Avaliação das forças da família e de cada um dos seus membros individualmente;
- ✓ Identificação e análise da dinâmica entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança.

*1.7 - Envolve-se, de forma ativa e intencional, na prática de enfermagem de saúde familiar:*

- ✓ Avaliação contínua da prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho;
- ✓ Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à família nos diferentes programas de saúde, aproveitando as oportunidades de aprendizagem.

*1.8 - Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem:*

- ✓ Consulta da família quanto às suas opiniões e ideias em relação à gestão dos cuidados de saúde;
- ✓ Avaliação com a família do resultado das intervenções propostas para a resolução dos problemas;
- ✓ Reflexão sobre a intervenção, comportamento e condicionantes identificados.

2 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

*2.1 Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família:*

- ✓ Conhecimento e compreensão da dinâmica de organização da USF e a sua articulação com respetivas unidades de interação;
- ✓ Promoção da continuidade de cuidados de saúde, de acordo com as necessidades identificadas com a família, se necessário referenciando a família para outros profissionais de saúde;
- ✓ Promoção da colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde, no que se refere aos cuidados de saúde à família.

*2.2 - Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção:*

- ✓ Participação no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar;
- ✓ Integração de forma pró-ativa na equipa de saúde;
- ✓ Participação em atividades de gestão, com a enfermeira coordenadora da unidade, na monitorização de dados relativamente ao programa de saúde familiar.

Encontram-se descritas no Apêndice IV, relativo ao Relatório de Estágio II (páginas 13-18), de forma mais pormenorizada, as competências adquiridas neste âmbito, assentes nas atividades e estratégias desenvolvidas para a sua efetividade. São, assim, apresentados os resultados esperados, as atividades propostas e o desenvolvimento do processo que permitiu a aquisição de cada competência.

## PARTE II

## 1. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Prática Baseada na Evidência (PBE) acrescenta valor aos cuidados de saúde, dado que melhora a experiência do utente, bem como os resultados e os custos associados a estes cuidados. Verifica-se, deste modo, que a adoção, implementação e sustentabilidade da PBE é cada vez mais importante para uma melhoria da saúde, da confiabilidade das organizações e da qualidade da prática clínica exercida pelos profissionais (Apóstolo, 2017).

Constata-se que, neste contexto, a PBE emerge como eixo estruturante na sistematização do saber produzido, também no âmbito da prática do enfermeiro de família. Com o objetivo de planear e implementar cuidados de saúde que integrem a melhor evidência científica, a PBE constitui uma abordagem fundamental na tomada de decisão clínica, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, bem como os resultados produzidos em saúde e a redução de custos, a eles associados (Apóstolo, 2017).

Neste âmbito, algumas estruturas mundiais têm vindo a desenvolver metodologias para suportar o desenvolvimento da síntese e implementação da evidência. O *Joanna Briggs Institute* (JBI) é uma delas. Deste modo, o JBI e as suas entidades colaboradoras promovem a síntese, a transferência e a utilização de evidência, por meio da identificação de práticas de saúde viáveis, apropriadas e eficazes para promover a melhoria global dos resultados de saúde (Amendoeira, 2021).

A síntese da evidência consiste na organização dos resultados da investigação primária, sendo que, para tal pode recorrer a revisões sistemáticas. Neste sentido, a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é um dos alicerces para a prática baseada em evidência, uma vez que agrega uma grande quantidade de informações num único estudo. Realça-se que estas têm sido cada vez mais utilizadas pelos profissionais de saúde para assimilar os resultados dos estudos, no âmbito dos cuidados de saúde (Sousa *et al.*, 2018).

Nesta perspetiva, a RSL constitui um importante instrumento na síntese da evidência, que por si só é uma metodologia de investigação. Ao permitir uma síntese abrangente e imparcial de muitos estudos relevantes num único artigo, através de métodos rigorosos e transparentes, a revisão visa sintetizar e atualizar o conhecimento existente.

Amendoeira (2021) salienta que a RSL se constitui como um dos instrumentos essenciais à afirmação da Enfermagem baseada na evidência, sendo deste modo, valorizada a

experiência profissional, mantendo o foco na centralidade da pessoa, relativamente às suas preferências e valores.

### 1.1. INTRODUÇÃO

Desde dezembro de 2019, em Wuhan, na China, e desde fevereiro de 2020, na Europa, e em Portugal, a partir de março de 2020, surgiu um surto de pneumonia, provocado pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (Ferreira da Silva et al., 2022).

De seguida, foram tomadas medidas de isolamento das pessoas identificadas e dos seus conviventes, sendo, logo após, imposta uma quarentena obrigatória em larga escala para a população (Ferreira da Silva et al., 2022).

De acordo o Observatório das Desigualdades, os idosos, inicialmente, foram mais atingidos pela doença, devido à sua maior vulnerabilidade à doença e às suas consequências mais gravosas. Este impacto ocorre não só pelos riscos de saúde acrescidos, mas também pelas condições de existência de muitos deles, relacionadas quer com uma situação económica desfavorável, quer com situações de laços sociais fragilizados que envolvem dependência e/ou isolamento (Carmo *et al.*, 2020).

Constatou-se que, em especial para os mais idosos, ficar em casa teve certamente consequências bem diferentes, tanto em termos de exigência, como de crescimento pessoal, dado que, por algum motivo, estão desprotegidos. A instabilidade familiar revelou-se pouco propícia ao bem-estar dos mais velhos e esteve, certamente, bem presente em muitas vidas, deixando as suas marcas, por vezes, vividas, de uma forma silenciosa (Campos, 2020).

Neste contexto, prevenir sequelas psicossociais revelou-se algo fundamental para mitigar o impacto negativo da quarentena, quer nas pessoas diagnosticadas com COVID-19 que ficaram isoladas (mesmo do resto da família), quer nos cuidadores, especialmente quando foi essencial aplicar medidas sem precedentes de quarentena, isolamento e distanciamento social. Verifica-se assim, que houve uma grande preocupação quanto ao impacto agudo da COVID-19 no bem-estar geral da população. A pandemia representou uma crise global não só de saúde pública e de estabilidade económica, mas, revelou-se, em particular, como uma crise de bem-estar familiar (Campos, 2020).

Perante o exposto, torna-se imperativo conhecer a realidade que as famílias vivenciaram, no que se refere às implicações da situação de pandemia por SARS-Cov 2 no exercício do

papel de cuidador de familiar com dependência. De salientar que a sobrecarga do cuidador informal é um problema que compromete o estado de saúde das pessoas, requerendo uma intervenção protetora atempada, de modo a minimizar os danos, não apenas naqueles que desempenharam este mesmo papel, mas também nas famílias e instituições envolvidas.

De acordo com Medeiro (2020), a pandemia por COVID-19 veio acentuar ainda mais as dificuldades vivenciadas no quotidiano dos Cuidadores Informais, sendo que as dificuldades referidas por estes, foram sentidas a vários níveis, nomeadamente profissional, pessoal, financeiro e social. De uma forma geral, demonstraram cansaço face à sua condição de cuidadores, e manifestaram sentirem-se sozinhos e descrentes. Verifica-se que existe uma grande necessidade de apoio na prestação de cuidados, especialmente nas atividades de vida diária.

Neste sentido, o Enfermeiro de Família destaca-se enquanto elemento fulcral no acompanhamento da família e do cuidador informal. Salienta-se que o enfermeiro de família ao conhecer as trajetórias e transições favorece o desenvolvimento do vínculo, da empatia, a confiança, bem como respeito mútuo que são indispensáveis para um relacionamento interpessoal que permita construir uma relação terapêutica eficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No entanto, o cenário pandémico condicionou a interação entre enfermeiros e famílias, tornando-se necessário compreender quais os desafios, respostas e adaptações que emergiram desta nova realidade.

A pandemia evocou questões acerca do sentido da vida. Portanto, constitui-se como uma oportunidade para uma descoberta de valores humanos e universais, como a solidariedade, a amizade, a compaixão, a partilha de bens materiais e espirituais, a fé, a oração, o valor do sofrimento, do trabalho, da criatividade e do amor. Neste âmbito, a espiritualidade e o sentido da vida podem ser elementos transformadores do Homem e do mundo (Aquino & Oliveira, 2020).

Vários estudos sugerem que o sofrimento mental aumentou substancialmente durante a pandemia por COVID-19. Nesse período, foi solicitado às pessoas, um elevado autocontrole no que diz respeito ao comportamento pessoal e social em saúde. Simultaneamente, assistiu-se a um aumento de ações pró-sociais e à partilha de diferentes manifestações criativas que conduziram à procura de um sentido. O Sentido de Vida e autocontrole são recursos psicológicos reconhecidos. Especialmente em tempos de crise, o sentido na vida tem-se mostrado um fator crucial para a resiliência e para a capacidade de enfrentar as

situações. No entanto, as situações ameaçadoras e *stressantes* também podem comprometer a segurança existencial e desencadear crises de sentido na vida (Schnell & Krampe, 2020).

Em sofrimento elevado, estiveram também muitos doentes, receando pela sua vida e pela segurança dos que consigo habitavam. Particularmente dura, foi a situação das pessoas enlutadas, que dolorosamente, questionaram o sentido da vida, até porque o processo de luto, nestas circunstâncias, foi agravadíssimo, tanto pela impossibilidade de proximidade direta e física com familiares e amigos, bem como de realizar os rituais que ajudam a atenuar o capítulo da perda (Campos, 2020).

Este foi um momento histórico em que muitos se questionaram sobre o sentido da própria vida. Neste contexto, faz sentido avaliar a relação entre a sobrecarga do cuidador e o seu sentido de vida.

O interesse pela temática dos cuidadores informais e a sobrecarga dos seus cuidados ao familiar dependente, tal como a relação desta sobrecarga com o sentido de vida do próprio cuidador, conduziu a um questionamento sobre qual a influência que o contexto da Pandemia por COVID-19 exerceu, no seu dia-a-dia, pelo que surge assim, a questão de investigação:

- Quais são as consequências da Pandemia por COVID 19 na sobrecarga e sentido de vida do cuidador informal?

Perante esta questão, foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar a sobrecarga do cuidador informal durante o período de pandemia por COVID-19;
- Identificar a relação entre o sentido de vida e a sobrecarga do cuidador informal.

## 1.2. METODOLOGIA E PROTOCOLO DE REVISÃO

Entre as várias revisões, a RSL é definida como um método sistemático, explícito e reproduzível que permite identificar, avaliar e sintetizar os estudos realizados por investigadores, académicos e profissionais de saúde. Partindo de uma questão claramente formulada, a RSL recorre a métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e

avaliar criticamente os estudos. Possibilita ainda, colher e analisar os dados dos estudos que foram incluídos na revisão (Sousa *et al.*, 2018).

Para minimizar lacunas e assegurar o rigor do estudo, será aplicada a metodologia da JBI, que estabelece uma estrutura organizada e sistemática para a elaboração de uma RSL.

A Joanna Briggs Institute (2014) reconhece oito etapas fundamentais à elaboração de uma RSL:

- 1) Formular uma questão de investigação;
- 2) Definir critérios de inclusão e de exclusão;
- 3) Desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura;
- 4) Selecionar os estudos;
- 5) Avaliar a qualidade dos estudos;
- 6) Extrair os dados;
- 7) Analisar e sintetizar os estudos relevantes;
- 8) Apresentar e interpretar os resultados.

Uma das etapas iniciais da RSL é o desenvolvimento de um protocolo de revisão. Neste âmbito, um protocolo pré-definido os objetivos e métodos da revisão sistemática, garantindo a transparência e integridade do processo de investigação, o qual pode ser analisado e replicado por outros investigadores (Aromataris & Munn, 2020).

De seguida, será apresentado o protocolo para o estudo da temática já identificada, e que se relevou pertinente.

### **1.2.1. Formulação da Questão de Investigação**

Verifica-se que o primeiro passo de qualquer pesquisa científica e particularmente de uma revisão sistemática da literatura (RSL), é formular uma questão de investigação. Esta deverá ser clara, relevante e objetiva, dado que orientará todo o processo de revisão, nomeadamente na definição de critérios de inclusão, na estratégia de pesquisa, na seleção dos estudos e na síntese da informação relevante que lhe dê resposta (Apóstolo, 2017).

Assim, se a questão for muito restrita serão identificados poucos estudos e a generalização pode ser limitativa. Contudo, se a questão for demasiado abrangente, pode ser difícil chegar a conclusões aplicáveis a determinada população (Donato & Donato, 2019).

Habitualmente, as questões de revisão numa RSL são orientadas pela mnemónica PICO

(População, Intervenção/interesse ou exposição, Controlo ou comparador e resultados a serem medidos/*Outcome*) ou respetivo ajustamento que depende do tipo de revisão.

- **Population**- que população? (grupo de pessoas com determinada condição);
- **Intervention** – que intervenção/ interesse? (terapêutica, diagnóstica, preventiva, prognóstica?);
- **Comparison** – com que vai comparar a intervenção? (um controlo, um tratamento usual, outra medicação, um procedimento cirúrgico distinto, ou nenhuma?);
- **Outcome** – Que desfecho se pretende? (o resultado esperado)

(Donato & Donato, 2019).

Neste âmbito, a RSL de associação (etiologia), em que objetivo global de revisões de dados de associação (etiologia), também referidos como correlacionais, consiste em determinar se e até que ponto existe uma relação entre duas ou mais variáveis, assume especial relevância, dado que se pretende realizar uma revisão que inclua estudos quantitativos (Aromataris & Munn, 2020).

Salienta-se que a revisão de estudos de associação (etiologia) segue a mnemónica PEO. Esta deve ser usada para construir um título claro de uma revisão sistemática de associação (etiologia), traduzindo assim a **População**, a **Exposição** de interesse e o resultado/**Outcome**, bem como a identificação da associação entre as variáveis ou fatores específicos, estados de saúde ou condições (Apóstolo, 2017).

**Quadro 9** - Estruturação da questão de investigação a partir da mnemónica PEO

<b>P</b>	<b>População</b>	Cuidadores Informais: cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa, que acompanha e cuida da pessoa de forma permanente ou regular, podendo ou não auferir remuneração por atividade profissional, ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.
<b>E</b>	<b>Exposição de interesse</b>	Sobrecarga e sentido de vida de cuidadores informais durante a pandemia por COVID 19.
<b>C</b>	<b>Comparador</b>	Não existe nenhuma exigência específica.
<b>O</b>	<b>Outcomes</b>	Serão sintetizadas as experiências relativas às consequências da Pandemia no cuidador e suas implicações na sobrecarga e sentido de vida.

Neste sentido, a questão de investigação que se coloca na presente pesquisa é:

- Quais são as consequências da Pandemia por COVID 19 na sobrecarga e sentido de vida do cuidador informal?

### 1.1.2. Objetivos da Revisão Sistemática da Literatura

O interesse pela temática dos cuidadores informais e a sua sobrecarga e sentido de vida, conduziu a um questionamento sobre qual a influência que o contexto de Pandemia por COVID-19 tem exercido no seu dia-a-dia.

Perante o referido, foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar a sobrecarga do cuidador informal durante o período de pandemia por COVID-19;
- Identificar a relação entre o sentido de vida e a sobrecarga do cuidador informal.

### 1.2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

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

Tal como na elaboração da questão de investigação, a descrição dos critérios de inclusão e exclusão assentará na mnemónica PEO: **P**opulação, **F**enómeno de Interesse, **C**ontexto e **O**utcome (Resultado- pode não ser aplicável) (Joanna Briggs Institute, 2014).

Portanto, serão **INCLUÍDOS**:

Estudos de natureza quantitativa sobre:

- ✓ **(P)** cuidadores informais, isto é: cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa, que acompanha e cuida da pessoa de forma permanente ou regular, podendo ou não auferir remuneração por atividade profissional, ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;
- ✓ **(E)** estudos que abordem a sobrecarga e/ou sentido de vida do cuidador;
- ✓ **(O)** consequências da pandemia por COVID -19 na sobrecarga e sentido de vida
- ✓ Artigos em Português, Espanhol e Inglês;
- ✓ Texto completo em PDF.

Por outro lado, serão **EXCLUÍDOS**:

- ✓ Todos os artigos que naturalmente não cumpram os critérios de inclusão, bem como os estudos com metodologia pouco explícita,
- ✓ Todos os artigos, cujo tema se afaste da questão de investigação e dos objetivos definidos para este estudo, serão igualmente removidos da lista de seleção;
- ✓ Os estudos em outras línguas que não o português, inglês ou espanhol;
- ✓ Estudos em que os participantes se encontram em unidades hospitalares, crianças e adolescentes;
- ✓ Duplicação de artigos;
- ✓ Estudos secundários, nomeadamente revisões sistemáticas da literatura.

#### **1.2.4. Estratégia e Fontes de Pesquisa e Identificação dos Estudos**

Esta pesquisa foi realizada através da plataforma da B-On (Biblioteca do Conhecimento Online), sendo apenas considerados os artigos recentes (publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2021), disponíveis em texto integral e redigidos em inglês, português ou espanhol. De salientar, que o acesso a esta plataforma foi efetuado através do portal da Biblioteca José Saramago, com Rede Privada Virtual (*Virtual Private Network* - VPN) do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), com acesso reservado a alunos previamente registados.

De facto, uma RSL exige uma pesquisa minuciosa, objetiva e reproduzível num conjunto de recursos, que permitam identificar todos os estudos relevantes, publicados ou não, sobre um determinado tema (Aromataris & Munn, 2020).

As bases de dados bibliográficas são, habitualmente, a primeira opção, dado que indexam um elevado número de revistas científicas que são, desta forma, facilmente consultadas (Donato & Donato, 2019).

Nesta seção do protocolo, são apresentadas, de forma explícita e claras, todas as fontes de informação pesquisadas, bem como as estratégias utilizadas para a pesquisa.

Com efeito, nesta RSL, numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa preliminar em duas plataformas distintas: a EBSCOHost (*Elton Bryson Stephens Company*), acedida através da área reservada do portal da Ordem dos Enfermeiros e a B-On, com acesso reservado a estudantes do IPL, com acesso através do portal da Biblioteca José Saramago. Ambas permitiram aceder a uma ampla variedade de bases de dados, nomeadamente: *PUBMED/MEDLINE with full Text CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, MEDLatina, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Cochrane with*

*Full Text*, *EMBASE (The Excerpta Medica Database)* e a *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*.

Desta análise inicial, verificou-se o estado da arte e a relevância dada ao tema em pesquisa. Apesar de recente, constatou-se que existem alguns estudos sobre a temática, não obstante esta não se encontrar ainda suficientemente desenvolvida.

De referir que os termos de pesquisa ou descritores definidos foram previamente validados a partir do *MeSH Browser*, os quais constituem listas de vocabulários controlados (*thesauri* ou listas de termos de indexação), os quais trazem uniformidade e permitem encontrar a informação, independentemente da terminologia usada pelos autores dos estudos (Donato & Donato, 2019).

Na análise preliminar de estudos, foi possível identificar as palavras contidas no título, assunto e resumo de artigos relevantes, o que permitiu definir os descritores deste estudo em particular.

**Quadro 10** - Definição de termos de pesquisa

<i>Termo Proposto</i>	<i>Idioma Inglês</i>	<i>MeSH/ DeSH</i>
<b><i>Cuidador informal</i></b>	<i>Informal Caregiver</i>	<i>Caregivers</i>
<b><i>Cuidador familiar</i></b>	<i>Family Caregiver</i>	<i>Caregivers</i>
<b><i>Pandemia por COVID 19</i></b>	<i>COVID -19 or coronavirus</i>	<i>COVID-19 pandemic</i>
<b><i>Sobrecarga do cuidador</i></b>	<i>Burden of caregiver</i>	<i>Cargiver burden</i>
<b><i>Sentido de vida</i></b>	<i>Life purpouse or meaning in life or meaning of life</i>	<i>Life purpose</i>

Também a utilização dos operadores booleanos (delimitadores) AND, OR e NOT permitem realizar combinações entre os termos usados na pesquisa, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação de exclusão. Deste modo, os operadores booleanos permitem juntar termos para alargar a pesquisa ou excluir termos dos resultados (Donato & Donato, 2019).

Neste âmbito, na pesquisa realizada, associou-se às expressões “*caregiver burden*”, o uso das aspas, uma vez que a intenção era pesquisar a citação em si e não as palavras separadamente, o que ocorreria de outra forma.

Adicionalmente, ao combinar ambas as citações com o operador OR, pode-se prevenir

condicionalismos relacionados com o uso do idioma inglês britânico ou americano (estratégia inclusiva).

Por uma questão de disponibilidade, optou-se pela plataforma da B-On, para prosseguir a investigação mais aprofundadamente. As pesquisas foram realizadas no dia 01 de novembro de 2021. As estratégias adotadas encontram-se descritas abaixo.

**Quadro 11** – Estratégias de Pesquisa na plataforma B-On.

Estratégia 1		Estratégia 2	
✓ Informal “caregiver burden”	“Todo o Texto”	✓ “Meaning in life”	“Termos do Assunto”
<b>AND</b>		<b>AND</b>	
✓ COVID-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19	“Título”	✓ COVID -19	“Título”
<b>AND</b>		<b>AND</b>	
✓ “life purpose” or “meaning in life” or “purpose in life”		✓ burden of caregiver or burden of care	
<b>MODO DE PESQUISA:</b>			
✓ Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei			
<b>EXPANSORES</b>			
✓ Pesquisar também no texto integral dos artigos			
✓ Aplicar assuntos equivalentes			
<b>LIMITADORES</b>			
✓ Texto Integral			
✓ Data de Publicação dos Estudos: 2015/01/01-2021/12/31			
<b>44 Resultados</b>		<b>14 Resultados</b>	
<b>58 Resultados</b>			

Iniciei a pesquisa combinando os seguintes descritores «Informal “caregiver burden” » **AND** «COVID-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19» **AND** «life purpose or meaning in life or purpose in life». Os limitadores utilizados foram «texto integral» e «data de publicação entre 2015/01/01-2021/12/31». Como expansores, foram selecionados «Pesquisar também no texto integral dos artigos» e «Aplicar assuntos equivalentes». Desta pesquisa resultaram 44 estudos.

Para enriquecer a investigação, realizei outra pesquisa na B-On, utilizando os seguintes descritores: «“Meaning in life”» **AND** «burden of caregiver or burden of care». Os limitadores utilizados foram «texto integral» e «data de publicação entre 2015/01/01-2021/12/31». Como expansores, foram selecionados «Pesquisar também no texto integral dos artigos» e

«Aplicar assuntos equivalentes». Desta pesquisa, resultaram 14 estudos.

Assim, como resultado, obtive um total de 58 documentos com publicação nas bases de dados *Medline, Complementary Index, Academic Search Complete, Gale in Context: Science e ScienceDirect*.

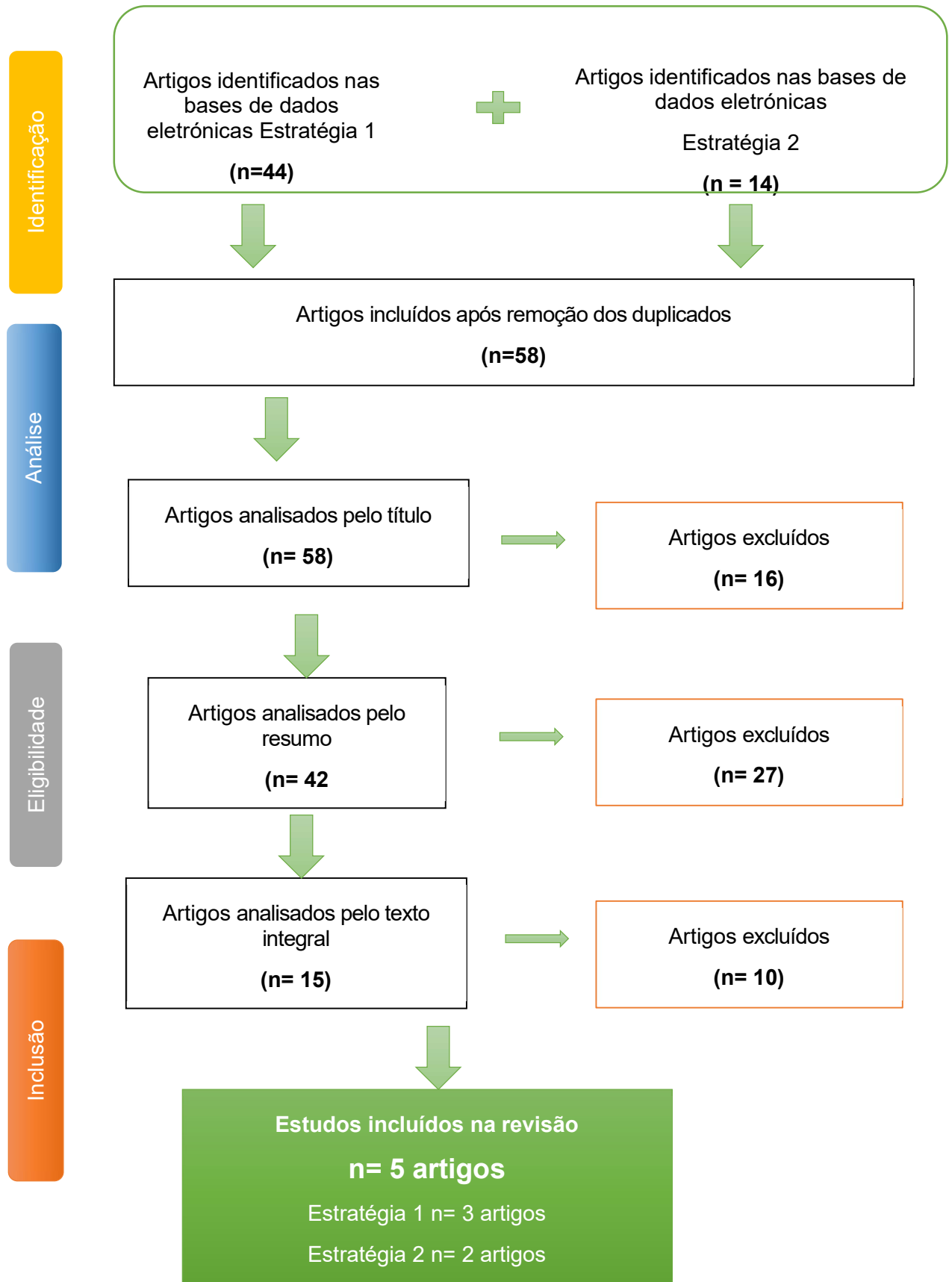
De acordo com a Aromataris & Munn (2020), esta fase de pesquisa finaliza-se com a elaboração de uma lista de referência de todos os estudos relevantes até aqui identificados, quer resultem da pesquisa dos vários bancos de dados, quer derivem da pesquisa manual de ensaios, revistas científicas, estudos de sociedades e grupos de investigação, entre outros. Tal permitirá identificar a necessidade de aprofundar ou alargar o processo de pesquisa (Pesquisa realizada no Apêndice I).

#### **1.2.5. Seleção dos Estudos**

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

Assim, depois de realizada a pesquisa, procedeu-se à remoção dos estudos duplicados e avaliaram-se os títulos e resumos dos restantes resultados, de acordo com os critérios pré-definidos. Os estudos que não tinham relevância para a RSL foram eliminados. Esta avaliação de elegibilidade é lenta e exige pelo menos duas pessoas, para minimizar o viés e garantir que não são excluídos trabalhos importantes. Um terceiro revisor pode ser consultado se existirem discrepâncias ou desacordos (Donato & Donato, 2019).

É conveniente que todas as decisões fiquem registadas, para garantir a consistência e replicabilidade do processo de seleção. Para tal, a elaboração de um fluxograma é essencial para documentar o número de estudos/artigos remanescentes em cada etapa do processo de seleção. O fluxograma PRISMA evidencia esse fluxo de informação nas diferentes etapas da RSL, com o mapeamento do número de registos identificados, excluídos, selecionados para elegibilidade e incluídos na RSL.



**Figura 9** -Fluxograma PRISMA com resultados dos estudos pesquisados

Num primeiro momento, obtive uma lista de 58 artigos, que foram submetidos a uma avaliação crítica. Após remoção dos duplicados, seguiu-se a análise do título e resumo dos mesmos, dos quais resultaram 15 estudos para análise integral do texto. Num segundo momento e após leitura integral dos estudos, foram apenas selecionados 5 artigos, que melhor respondiam à questão de investigação, objetivos do estudo e que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

**Quadro 12** - Artigos incluídos para avaliação da qualidade metodológica

Nº	Referência bibliográfica do artigo	Base de Dados
E1	Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. <i>BMC health services research</i> , 21(1), 353. <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7">https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7</a>	Academic Search Complete
E2	Cohen, S. A., Kunicki, Z. J., Drohan, M. M., & Greaney, M. L. (2021). Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19. <i>Gerontology &amp; Geriatric Medicine</i> , 1–9. <a href="https://doi.org/10.1177/2333721421999279">https://doi.org/10.1177/2333721421999279</a>	Complementary Index
E3	Rajovic, T., Todorovic, N., Vracevic, M., Rajovic, N., Pavlovic, A., Pavlovic, V., Grbic, I., Sapic, R., Krsmanovic, S., Vukmirovic, M., Stanisavljevic, T., Markovic, K., Mostic, T., Stanisavljevic, D., & Milic, N. (2021). From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A Path Analysis. <i>International Journal of Environmental Research &amp; Public Health</i> , 18(18), 9577. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph18189577">https://doi.org/10.3390/ijerph18189577</a>	Complementary Index
E4	Ramos, E. F., Núñez Rodríguez, M. L., & Henao Castaño, A. M. (2020). Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. <i>Revista Latinoamericana de Bioética</i> , 20(2), 91–101. <a href="https://doi.org/10.18359/rlbi.4813">https://doi.org/10.18359/rlbi.4813</a>	Complementary Index
E5	Akkus, Y., Karacan, Y., Unlu, K., Deniz, M., & Parlak, A. (2021). The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. <i>SUPPORTIVE CARE IN CANCER</i> . <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-021-06611-0">https://doi.org/10.1007/s00520-021-06611-0</a>	MEDLINE

### 1.2.6. Avaliação da Qualidade dos Estudos

O objetivo da avaliação crítica é determinar a qualidade metodológica de um estudo e perceber até que ponto foi excluída ou minimizada a possibilidade de viés (Aromataris & Munn, 2020). Assim, durante a leitura integral de cada artigo para inclusão na RSL, devem ser aplicadas escalas de avaliação da qualidade.

Todas as revisões sistemáticas incorporam um processo de crítica ou avaliação das evidências da pesquisa. A avaliação crítica dos estudos no que concerne à validade e aplicabilidade dos seus resultados constitui um passo essencial na base científica para a elaboração deste trabalho (Aromataris & Munn, 2020). De forma a garantir a qualidade metodológica dos estudos que suportam este trabalho, utilizaram-se as grelhas para

avaliação crítica do JBI – *JBI Critical Appraisal Checklist* – orientadas para o tipo de estudo a analisar (Aromataris & Munn, 2020).

A escolha do instrumento está relacionada com o tipo de estudo/metodologia aplicados pelos autores nos seus estudos. Assim, nos estudos selecionados para RSL, foram aplicados o Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Transversais Analíticos.

No apêndice II, encontram-se as grelhas de avaliação crítica dos estudos incluídos e o score obtido. A cada questão das diferentes grelhas de análise, foi atribuída uma de quatro respostas possíveis: “Sim”, “Não”, “Pouco claro” ou “Não aplicável” (Aromataris & Munn, 2020).

Cada estudo foi, então, classificado com um *score*, constituído pelo somatório de respostas afirmativas, sendo a classificação final a razão entre o *score* obtido e o máximo aplicável a esse tipo de estudo. Os estudos que obtiveram até um máximo de duas respostas negativas, classificando-se com uma pontuação superior a 75% foram considerados de boa qualidade, tendo-se excluído os estudos com pontuação inferior (Joanna Briggs Institute, 2014).

O Quadro 15 resume os estudos selecionados e o *score* de qualidade metodológica correspondente.

**Quadro 13** - Resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Referência do estudo	Desenho do estudo	Score de qualidade metodológica, JBI
E1 Budnick <i>et al.</i> (2021)	Estudo transversal	87,5%
Justificação	Os critérios de inclusão e exclusão foram claramente definidos. Os autores descrevem detalhadamente os sujeitos, através de uma caracterização sociodemográfica, assim como a caracterização do contexto, onde o estudo foi aplicado. Os critérios usados para a medição da condição foram objetivos. Neste estudo, os autores aplicam um guião pré-definido. No entanto, referem não ter tido oportunidade de utilizar um instrumento de avaliação de sobrecarga já validado e testado/validado. Contudo, os autores compararam os seus resultados com outros estudos, tendo encontrado semelhanças, pelo que fortalece a sua fiabilidade. Os autores aplicam testes estatísticos para aferir se há diferenças significativas entre as variáveis estudadas.	
E2 Cohen <i>et al.</i> (2021)	Estudo transversal	87,5%
Justificação	Os critérios de inclusão e exclusão foram claramente definidos. Os autores descrevem os critérios usados. No entanto, identificam como limitações do estudo, o uso de uma amostra de conveniência e a dependência de medidas auto-relatadas. Como tal, não foi possível verificar as informações, incluindo a demografia dos cuidadores ou beneficiários do cuidado. Os entrevistados receberam compensação monetária pela participação. Os autores aplicam um questionário e fazem referência à validade da utilização de uma escalas já validada “Inventário de Carga de Cuidador (CBI) e DASS ( <i>Depression, Anxiety, Stress Scale</i> ) com uma validade forte ( $\omega = 0,91$ ). Os autores identificaram	

		fatores de viés, tanto nas “considerações metodológicas” como nas “limitações. Foram utilizadas para todas as análises estatísticas e a significância estatística foi estabelecida em $p < .05$ .	
E3	Rajovic et al. (2021)	Estudo transversal	100%
	Justificação	<p>Os critérios de inclusão e exclusão foram claramente definidos. Os autores descreveram detalhadamente os sujeitos, através de uma caracterização sociodemográfica, assim como a caracterização do contexto onde o estudo foi aplicado. Os critérios usados para a medição da condição foram objetivos. Neste estudo, os autores aplicam “O Inquérito de Saúde em Forma Curta”, de 12 itens, 2. Escala de Severidade da Fadiga (FSS), ADL Atividades do <i>Daily Living</i> e IADL <i>Instrumental Activities of Daily Living</i>, Escala de Zarit <i>burden interview</i> (ZBI), Inventário da Depressão Beck e questões relacionadas com o COVID-19.</p> <p>Os autores compararam os seus resultados com outros estudos, tendo encontrado semelhanças, pelo que se fortalece a fiabilidade. Os autores aplicam testes estatísticos para aferir se há diferenças significativas entre as variáveis estudadas. Os resultados foram medidos de forma válida e fiável, tendo aplicado vários testes estatísticos.</p>	
E4	Ramos et al.(2020).	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	100%
	Justificação	<p>Os critérios de inclusão e exclusão foram claramente definidos. Os autores descrevem detalhadamente os sujeitos, através de uma caracterização sociodemográfica, assim como a caracterização do contexto onde o estudo foi aplicado. Os critérios usados para a medição da condição foram objetivos. Neste estudo, os autores aplicaram a Escala Breve de <i>Coping</i> Resiliência e o índice Barthel.</p> <p>Os autores compararam os seus resultados com outros estudos, tendo encontrado semelhanças, pelo que se fortalece a fiabilidade. Os autores aplicam testes estatísticos para aferir se há diferenças significativas entre as variáveis estudadas. Os resultados foram medidos de forma válida e fiável, tendo aplicado vários testes estatísticos. A normalidade dos grupos foi testada com o teste Kolmogorov-Smirnov. Foi realizado o t-student quando ambos os grupos apresentaram dados com distribuição normal e o teste Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, quando assimétrico.</p>	
E5	Akkuş et al. (2022).	Estudo descritivo transversal	87,5%
	Justificação	<p>Os critérios de inclusão e exclusão foram claramente definidos. Os autores descreveram detalhadamente os sujeitos, através de uma caracterização sociodemográfica, assim como a caracterização do contexto onde o estudo foi aplicado. Os critérios usados para a medição da condição foram objetivos. Neste estudo, os autores aplicaram um formulário para recolha de informação sociodemográfica, um questionário COVID-19, a escala de 7 itens do Transtorno de Ansiedade Generalizada, a Entrevista de Carga do Cuidador Zarit (ZBI) e a Escala de Bem-Estar Espiritual. Como limitação, identificaram que o questionário COVID-19 desenvolvido pelos pesquisadores não era uma ferramenta de medição padronizada.</p> <p>Os autores compararam os seus resultados com outros estudos, tendo encontrado semelhanças, pelo que se fortalece a fiabilidade. Os autores aplicaram testes estatísticos para aferir se havia diferenças significativas entre as variáveis estudadas. Os resultados foram medidos de forma válida e fiável, tendo-se aplicado vários testes. O teste kolmogorov-smirnov foi usado para testar a normalidade das distribuições de dados. A correlação de Spearman e a análise de correlação parcial foram utilizadas para examinar as relações entre as variáveis.</p>	

Após a avaliação, verificou-se que os cinco artigos possuíam uma qualidade metodológica boa ou excelente, pelo que foram incluídos nesta RSL.

### 1.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A recolha dos dados é uma ponte entre o relato dos autores dos estudos primários e o relato final dos autores da revisão (Higgins & Green, 2011). Assim, após a avaliação da qualidade metodológica dos cinco estudos e de acordo com as orientações processuais do JBI, segue-se a etapa da extração dos dados, o que permite realizar uma análise detalhada de cada artigo.

Com efeito, depois de identificada a lista final dos estudos relevantes à RSL, é fundamental a extração dos dados e síntese dos artigos. Este processo envolve uma avaliação descritiva de cada estudo, em que serão descritos os detalhes dos artigos (autores, ano de publicação e título), as características metodológicas (desenho do estudo, participantes, intervenções, incluindo as escalas utilizadas) e os resultados. Os dados extraídos dos estudos, encontram-se sistematizados em tabelas comparativas.

#### 1.3.1. Apresentação dos Resultados

O JBI (2017) preconiza que a secção dos resultados deve apresentar claramente os estudos integrados para a RSL. Desta forma, apresenta-se, de seguida uma descrição sumária de cada um, apresentando-se, posteriormente, uma apreciação crítica individual dos artigos selecionados. Concebeu-se uma síntese descritiva contendo os aspetos relevantes referentes a cada um dos estudos incluídos na revisão no que respeita à metodologia utilizada, participantes, intervenção e objetivos, resultados e conclusões, dando assim resposta à questão de investigação e aos objetivos propostos neste estudo.

No Apêndice III encontra-se os quadros de evidencia que sintetizam as principais informações resultantes da análise dos artigos selecionados.

Os principais objetivos de cada estudo analisado são: (Quadro 14):

**Quadro 14** - Principais objetivos dos estudos analisados

Nº	Autores e artigos	Objetivo(s)
E1	Budnick et al. (2021). - <b>Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany</b> <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7">https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7</a>	Investigar a relação entre os fatores que provocaram sobrecarga no cuidador durante a pandemia por coronavírus com o envolvimento assistencial dos cuidadores informais.
E2	Cohen et al. (2021). - <b>Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19</b>	Explorar as alterações na intensidade assistencial (quantidade e tipo de cuidados prestados pelos cuidadores informais) e na "sobrecarga do cuidador informal" (impactos na saúde física e mental, e a qualidade de vida) devido à pandemia por COVID-19.

<https://doi.org/10.1177/2333721421999279>

Identificar fatores socioeconómicos, demográficos e de saúde que provocaram mudanças na intensidade assistencial e na sobrecarga do cuidador em geral e por género.

**E3** Rajovic et al. (2021).

- **From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A Path Analysis**

<https://doi.org/10.3390/ijerph18189577>

Avaliar a complexa relação entre os múltiplos determinantes do processo de cuidar e a sobrecarga do cuidador com a depressão durante a pandemia COVID-19 na Sérvia.

**E4** Ramos et al. (2020).

- **Resilience In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic.**

<https://doi.org/10.18359/rbi.4813>

Identificar o nível de resiliência em cuidadores domiciliares formais e informais de idosos em Ibagué (Colômbia) durante a pandemia por COVID-19.

**E5** Akkuş et al (2022).

- **The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. Supportive Care in Cancer**

<https://doi.org/10.1007/s00520-021-06611-0>

Determinar o impacto da ansiedade e do bem-estar espiritual sobre a carga assistencial dos cuidadores de pessoas com cancro durante a pandemia COVID-19.

Da totalidade dos estudos identificados, cinco foram selecionados para o *corpus* textual pelo facto de cumprirem os critérios de seleção previamente estabelecidos para a amostra.

O **estudo (E1)** de Budnick et al. (2021), transversal descritivo, teve como objetivo investigar a relação entre fatores que provocam sobrecarga no cuidador durante a pandemia por coronavírus com o envolvimento assistencial dos cuidadores informais.

Para isso, um total de 1000 cuidadores informais, participaram, entre 21 de abril 22 de maio de 2020, em questionários *online* para avaliar as alterações específicas ocorridas na prestação de cuidados (envolvimento assistencial), devido à pandemia por COVID-19 tais como: sentimentos negativos, problemas com a implementação de medidas COVID-19, preocupações excessivas, perda de apoio, mudança no envolvimento dos cuidadores informais no cuidado e problemas com a prestação, compreensão e praticidade das informações sobre a COVID-19. Pretendeu-se, deste modo, relacionar essas questões com cinco indicadores de envolvimento assistencial: ser o cuidador principal, alto gasto de tempo, nível elevado de dependência da pessoa cuidada, demência e sem ajuda profissional.

Os autores colocaram como hipóteses que o envolvimento assistencial está positivamente associado a 1) um agravamento na situação assistencial durante a pandemia; 2) mais preocupações/mais tempo de prestação de cuidados; 3) problemas com a implementação de medidas COVID-19, 4) perda de apoio; 5) problemas com a compreensão e praticidade das informações COVID-19; 6) mais sentimentos negativos e 7) um aumento no cuidar pelos próprios cuidadores informais. Foram aplicadas análises binomiais e de regressão múltipla.

O género, a idade e a escolaridade são variáveis de fundo ou contextuais que foram consideradas nas análises multivariadas. Outras variáveis, como o número de membros da

família, as condições de vida do beneficiário do cuidado, a profissão, o vencimento mensal e a densidade populacional do local de residência são utilizadas apenas para caracterizar a amostra do estudo.

Neste estudo, verificou-se que mais de metade da população atual de cuidadores são mulheres com a idade média de, aproximadamente, sessenta anos e nível médio de escolaridade, o que está muito de acordo com os dados oficiais das estatísticas nacionais alemãs de cuidados de enfermagem. Os resultados atuais indicam que quase um terço (31,1%) dos principais cuidadores referiu um agravamento na situação assistencial devido à pandemia por COVID-19; porém, a situação agravou-se muito para aqueles que cuidam de uma pessoa com demência (39,7%) e também entre aqueles que recebem ajuda profissional (34,8%).

Os cuidadores informais que cuidam de uma pessoa com demência e que, simultaneamente, beneficiam de ajuda profissional sentiram uma carga maior em comparação com os seus pares em diferentes aspetos, nomeadamente na presença de sentimentos negativos, de preocupações excessivas e de perda de apoio. Os cuidadores de uma pessoa com demência também tiveram mais problemas com a implementação de medidas COVID-19, com a compreensão e praticidade das informações relacionadas com COVID-19. Assim, os cuidadores informais de uma pessoa com demência parecem ser um grupo que vivencia uma maior sobrecarga adicional durante a pandemia COVID-19.

Portanto, os resultados deste estudo sugerem que as estruturas de apoio existentes precisam ser mantidas, visto que, entre pessoas com demência e os seus cuidadores se verificou, durante a pandemia COVID-19, uma maior necessidade de apoio. Os autores sugerem que a disponibilização de serviços de assistência específicas para esta pandemia por COVID-19 poderiam proteger os cuidadores de uma sobrecarga de cuidados.

Também se registou que um aumento da duração dos cuidados por parte do cuidador informal pode ser causado pela perda de serviços de apoio. Isso é ainda mais claro no subgrupo daqueles que já passam um grande tempo (ou seja, pelo menos 3 a 6 horas diárias) na prestação de cuidados. O risco de *burnout* ou depressão pode aumentar imediatamente, e as estruturas de apoio devem focar-se em especial bem-estar mental dos cuidadores, em vez de fornecer, somente ajuda financeira.

Os resultados indicam ainda que, a cada ano de idade, um cuidador tem um risco ligeiramente maior de aumentar a duração dos cuidados. Além disso, os resultados indicam que os cuidadores informais que cuidam com demência têm um risco ligeiramente

aumentado para preocupações, jornadas excessivas e problemas com a implementação de medidas COVID-19. O estudo revela assim, a necessidade de estruturas de apoio confiáveis que deveriam ser providenciadas pelo sistema de saúde alemão.

Todavia, refere também que os cuidadores sem ajuda profissional apresentaram menor risco de perda de apoio em geral, provavelmente pois já realizam o principal trabalho diário sem qualquer ajuda.

Este estudo salienta que é uma tarefa essencial para os profissionais de saúde mitigar esses fatores durante a segunda onda da pandemia COVID-19, além de uma melhor abordagem das informações disponíveis sobre a implementação das medidas relacionadas com COVID-19. Sugere-se, por outro lado, que manter contato próximo por telefone ou videoconferência com amigos e parentes pode ser importante para discutir preocupações e reduzir o apoio perdido. Refere ainda que uma estrutura diária que incluía atividades de cuidado e intervalos para recreação física e mental é ainda mais importante durante a pandemia COVID-19.

No que se refere ao **estudo (E2)** de Cohen et al. (2021), este explorou as mudanças na intensidade de cuidado (IC) e na carga do cuidador (CB) entre os cuidadores informais, devido à pandemia COVID-19 em geral e por género. De facto, os efeitos da COVID-19 podem ter um impacto significativo na intensidade assistencial (IC), que se refere à quantidade e o tipo de cuidado prestado pelos cuidadores informais entre os cuidadores informais. Também pode ter afetado a carga do cuidador informal (CB), que é definida como o impacto na saúde física e mental, e na qualidade de vida relacionada com a saúde, que, devido à pandemia, também se pode ter modificado.

Neste contexto, os participantes do estudo *online* são cuidadores informais de pessoas com mais de 50 anos que, em junho de 2020. Estas, forneceram informações demográficas e descreveram as alterações na intensidade do cuidado e na carga do cuidado devido à COVID-19. A elegibilidade baseava-se em ser um cuidador informal de uma pessoa com 50 anos de idade com alguma condição de saúde, incapacidade ou declínio cognitivo, a viver nos Estados Unidos (EUA) e ser capaz de ler inglês.

Com base em modelos de regressão logística polinomial, foram avaliadas mudanças na Intensidade do Cuidado e na Carga do Cuidado atribuídas à pandemia COVID-19 em geral e por género.

A amostra ( $n = 835$ ) foi de 68,5% do sexo masculino e tinha uma idade média de 34 anos.

As principais variáveis de interesse foram a mudança na Intensidade do Cuidado e a Carga

do cuidador atribuídas à pandemia por COVID-19. Para avaliar as mudanças na IC, os participantes foram questionados "Diria que a quantidade de horas que presta assistência ("aumentaram muito", "aumentaram um pouco", "são as mesmas", "diminuíram um pouco", ou "diminuíram muito") desde a pandemia COVID-19?" Da mesma forma, as mudanças na sobrecarga do cuidado foram avaliadas pela resposta do participante a um único item que perguntou "Como sente que a sua carga de cuidado mudou desde a pandemia COVID-19?", com as mesmas respostas possíveis da pergunta anterior.

A Sobrecarga do cuidador global foi avaliada através do Inventário de Carga do Cuidador (CBI) (Novak & Guest, 1989), uma escala multidimensional de 22 itens utilizada para estimar a quantidade de sobrecarga que os cuidadores experimentam.

Os resultados deste estudo exploratório indicam que muitos cuidadores experimentaram, durante os primeiros meses da pandemia por COVID-19, um aumento na intensidade de cuidados bem como na sobrecarga de cuidados. Os resultados do estudo mostram que as mudanças na intensidade do cuidar e na carga do cuidador devido à pandemia COVID-19 são complexas e variam um pouco por sexo. As mulheres são mais propensas do que os homens a serem cuidadoras informais de um idoso, sendo que, entre a população de cuidadores informais, as mulheres frequentemente assumem aspetos mais emocionais e fisicamente intensos de cuidado, em comparação com seus colegas homens.

A maioria dos entrevistados referiu níveis altos de sobrecarga de cuidados globalmente, sendo que, essa informação apoia a necessidade de uma maior assistência para os cuidados, bem como da promoção do descanso para o cuidador de idosos. Os autores consideram que se trata de um resultado importante, embora não surpreendente, dado que que os cuidadores que experimentaram um aumento da sobrecarga do cuidar antes da pandemia relataram posteriormente uma maior sobrecarga geral. O aumento da sobrecarga do cuidador e da Intensidade dos cuidados atribuído à pandemia indica que os cuidadores informais têm recursos insuficientes para recorrer em caso de emergência. Embora a pandemia em curso seja um evento histórico único, é possível que outras emergências, como inundações e furacões, também aumentem a carga de cuidados e a intensidade de cuidados.

Constata-se que a pandemia COVID-19 gerou um impacto em quase todos os aspetos da vida. Desta forma, entender os impactos específicos que a pandemia tem sobre a população de mais de 40 milhões de cuidadores informais nos EUA é de extrema importância para manter essa componente essencial do sistema de saúde dos EUA. A sobrecarga do cuidador é uma das medidas mais importantes e amplamente utilizadas, apresentando-se como uma

medida multidimensional que inclui fatores, como a saúde mental e física, o envolvimento social e a qualidade de vida.

Os resultados deste estudo sugerem que as alterações na carga do cuidador devido à pandemia COVID-19 não foram uniformes entre grupos de género de cuidadores informais. Portanto, compreender e atender às necessidades dos subgrupos individuais de cuidadores à medida que a pandemia evolui é fundamental para proteger a saúde e o bem-estar dos cuidadores.

O **estudo (E3)** de Rajovic et al. (2021), teve como objetivo avaliar a complexa relação entre determinantes do processo de cuidar com a sobrecarga do cuidador e a depressão durante a pandemia por COVID-19 na Sérvia. Neste âmbito, foi realizado um estudo transversal numa amostra representativa nacional (n = 798), de março a setembro de 2020.

Para este estudo, foi concebido um questionário de nove secções que incluía as características dos cuidadores e destinatários dos cuidados, bem como questões relacionadas com a COVID-19. Foram utilizados diferentes instrumentos padronizados, como o Inquérito de Saúde em forma curta de 12 itens (um questionário utilizado para medir a qualidade de vida dos cuidadores informais) e a Escala de Severidade da Fadiga (uma escala de nove itens que medem o nível de fadiga e a sua gravidade). O nível de independência dos beneficiários de cuidados na realização das atividades de vida diária foi medido através da escala "*Activities of Daily Living*" (ADL). A escala mede seis domínios de dependência: na higiene, no vestir, na eliminação, no transferir-se, na continência de esfíncteres e na alimentação.

Os destinatários dos cuidados foram avaliados em "sim" ou "não" pela independência em cada uma destas seis funções. A pontuação total variava de zero (baixo-dependente) a seis (alta-independente). A fim de avaliar as competências de vida instrumentais, foi utilizada a escala *Lawton Instrumental Activities of Daily Living* (IADL). Esta escala mede oito domínios que incluem a capacidade de usar o telefone, realizar compras, confeccionar refeições, efetuar a limpeza, tratar da roupa, usar um meio de transporte, uso de medicamentos e gerir o dinheiro.

A sobrecarga do cuidar foi avaliada através da Escala de Sobrecarga de *Zarit* (ZBI), de 22 itens. As respostas a cada item foram pontuadas numa escala de cinco pontos de Likert, que vai de "nunca" a "quase sempre". Uma pontuação mais elevada foi associada a uma maior sobrecarga do cuidador informal e conseqüente angústia. Foi utilizado também o Inventário de Depressão Beck que consiste numa escala de 21 itens, com múltiplas opções,

concebidos para identificar a presença de depressão. Cada item refere-se a uma categoria específica de um sintoma depressivo. A classificação representa a gravidade do espectro do sintoma de gravidade neutra a máxima. Foi também solicitado aos cuidadores informais que indicassem como a pandemia por COVID-19 afetou a sua saúde e a saúde das pessoas que cuidam.

Neste âmbito, um total de 798 cuidadores informais de 41 municípios da Sérvia participaram no estudo. A maioria era do sexo feminino (70,8%) e tinha entre 35 e 64 anos (72,8%). Quase metade dos cuidadores informais estavam empregados (47,2%), sendo que 59,4% eram casados e 55,8% tinham o ensino secundário. A maioria estava, atualmente, a cuidar de uma pessoa (84,9%) e a prestar cuidados apenas (67,5%).

Constatou-se que os beneficiários de cuidados eram maioritariamente mulheres (60,2%) com mais de 65 anos (80,4%). Mais de metade dos beneficiários de cuidados de saúde recebiam cuidados de saúde entre aproximadamente 2 a 5 anos (54,8%), quase todos os dias (78,5%) e mais de 12 horas por dia (46,3%). Quase todos os beneficiários de cuidados estavam relacionados com o cuidador (90,6%) e 66,6% viviam num agregado familiar comum. Mais de 30% dos inquiridos afirmaram ter meios financeiros suficientes, enquanto 18,3% recebiam ajuda financeira regular.

De realçar que mais de metade dos cuidadores (57,6%) classificou a complexidade dos cuidados como altamente exigente. Por não terem recebido muito apoio dos serviços de saúde e sociais para os múltiplos desafios provocados pelo surto COVID-19 (por exemplo, medidas de isolamento social e de contenção), foi reportado um aumento das seguintes atividades de cuidador: apoio emocional (60,3%), comunicação remota (49,7%), e assistência em atividades básicas e instrumentais de vida diária (44,5%).

Verificou-se assim que, durante a pandemia COVID-19 na Sérvia, quase 90% dos beneficiários de cuidados precisavam de ajuda na limpeza e tratamento de roupa, enquanto 84,8% precisavam de ajuda no transporte e nas compras. A maior assistência para a realização de atividades de vida diárias foi para os cuidados de higiene (61,5%), enquanto a ajuda foi menor na alimentação (32,2%).

Também 61,5% dos cuidadores informais acreditavam que a sua saúde estava mais em risco do que antes da pandemia. Mais de dois terços (68,7%) acreditavam que durante a pandemia, a saúde da pessoa que cuidava estava mais em risco do que antes da pandemia, e 67,3% estavam mais preocupados com a sua própria e também com a saúde da pessoa que estava a ser cuidada.

Os cuidadores expressaram assim a sua preocupação com a capacidade de prestar cuidados em segurança devido à falta de conhecimento, informação ou equipamento relacionado com a COVID-19. Neste contexto, as medidas de apoio, tais como o livre acesso a equipamentos de proteção individual, foram reconhecidas como importantes sendo esta a necessidade mais relatada entre os cuidadores na Sérvia (32,0%), seguido da necessidade de informação relacionada com COVID-19 (29,3%) e serviços de apoio para o descanso do cuidador (21,9%).

Com base nas pontuações da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, 38,7% dos cuidadores informais tinham uma carga leve a moderada, 26,4% tinham uma sobrecarga moderada a grave e 6,0% dos inquiridos tinham uma sobrecarga severa. Com base no Inventário de Depressão Beck, quase 20% dos cuidadores relataram sintomas de depressão leve a moderada, enquanto 7,2% experimentaram depressão severa.

Os cuidadores que se percecionavam com um nível mais elevado de saúde física tinham um nível mais baixo de sintomas depressivos. Aqueles que relataram um nível mais elevado de sobrecarga e necessidade de apoio psicossocial durante o COVID-19 tinham um nível mais elevado de sintomas depressivos.

Segundo os autores deste estudo, os resultados demonstraram que a sobrecarga do cuidador estava relacionada com a saúde física dos cuidadores, onde se provou que uma sobrecarga mais pesada do cuidador estava associada a uma saúde física mais pobre. Este estudo evidenciou que a saúde dos cuidadores era um preditor da carga do cuidador, sendo que era determinante a diminuição da sobrecarga para a prevenção da depressão.

De salientar que o estudo concluiu que os cuidadores informais tinham sintomas depressivos significativos e que precisavam de apoio psicossocial durante a pandemia COVID-19 na Sérvia. Os autores destacaram que era mais do que urgente implementar medidas adequadas para ajudar os cuidadores a superar o *stress* crónico, o sentimento de sobrecarga subjetiva e a depressão. Consideraram também que aumentar o âmbito e a diversidade dos serviços formais para aliviar parte da sobrecarga com os cuidados (serviços formais de cuidados domiciliários, serviços de descanso, formação e aconselhamento psicológico), bem como o acesso a cuidados de saúde preventivos/serviços de saúde mental seriam abordagens possíveis.

Salientam, igualmente, que o apoio psicológico direto aos cuidadores poderia aliviar o *stress* adicional que os cuidadores experimentaram durante a pandemia COVID-19. A prestação de apoio psicossocial foi reconhecida como uma importante oportunidade para reduzir o

risco depressivo nos cuidadores informais.

O **estudo (E4)** de Ramos et al. (2020), teve como objetivo identificar o nível de resiliência dos cuidadores formais e informais de idosos que desenvolveram a sua atividade no domicílio, em Ibagué, na Colômbia, durante a pandemia por COVID-19. Neste sentido, implementaram um estudo quantitativo, descritivo, transversal, com amostra de conveniência de 49 cuidadores domiciliares formais e informais de idosos. A esses cuidadores, foram aplicados instrumentos como um questionário para colheita de informações (sociodemográficas, género, idade, tempo como cuidador, comorbidades da pessoa cuidada e tipo de cuidador) a *Brief Resilient Coping Scale (BRSC)*, instrumento composto por quatro itens. e o índice de Barthel, como instrumento de medida da capacidade da pessoa para realizar dez atividades de vida diária.

Os instrumentos foram preenchidos pelos próprios e, em alguns casos, respondido por telefone. Os dados foram recolhidos em abril de 2020. Participaram, neste estudo, 35 mulheres e 14 homens.

De acordo com os autores do estudo, os cuidadores formais e informais de idosos com diferentes níveis de dependência apresentavam algum grau de sobrecarga. De facto, a pandemia por COVID-19 colocou em risco muitas vidas humanas, principalmente os mais idosos. Estes, em muitos casos, necessitavam de muitos cuidados, pelo que sentimentos de medo e incerteza eram frequentes nos seus cuidadores. Por conseguinte, os cuidadores enfrentaram vários desafios relacionados com a comunicação, compaixão e ausência de respostas na comunidade devido à pandemia. De salientar que o papel do cuidador varia também de acordo com a doença da pessoa cuidada, sendo que as evidências mostram que os cuidadores de pessoas com demência têm uma sobrecarga de cuidados, principalmente as mulheres. Os fatores de risco vivenciados pelos cuidadores de pessoas com demência incluíram *stress*, cuidados desafiadores e exigentes, frustração, falta de apoio social e sentimentos negativos (principalmente, tristeza e raiva).

Segundo os autores, é essencial compreender a resiliência que os cuidadores formais e informais de idosos demonstram diariamente nas suas famílias. A resiliência é entendida como a capacidade de uma pessoa se recuperar de situações adversas, *stress*, ameaça ou luto através de ferramentas individuais saindo restabelecida dessa situação, contribuindo positivamente para o seu contexto sociocultural. A resiliência também é definida como “um processo dinâmico que resulta em adaptação positiva em contextos de grande adversidade”. Essa definição distingue três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência: a noção de adversidade ou ameaça ao desenvolvimento humano, a

adaptação positiva à adversidade e o processo que considera a dinâmica entre os mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais. Os fatores de proteção para a resiliência são reconhecidos como influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa relativamente a algum perigo que a predispõe a um resultado não adaptativo. Entre as condições que promovem a resiliência estão o suporte social, a avaliação de *stressores*, o estilo de enfrentamento utilizado durante o cuidado e a inteligência emocional. Esta última é entendida como a capacidade das pessoas de reconhecer, compreender e regular as suas próprias emoções e as dos outros, discriminá-las e usar as informações para orientar pensamentos e ações.

Os fatores internos de resiliência descritos na literatura relacionam-se com atitudes positivas, espiritualidade e religiosidade. Os fatores externos incluem a premissa teórica de que a resiliência é um processo ecológico expresso e afetado por vínculos de diferentes níveis, envolvendo famílias, escolas e comunidades.

Os autores referem que a resiliência é uma resposta multifacetada ao papel de cuidador e é influenciada por diversos fatores. Está associada ao desenvolvimento de habilidades, como o controle de memórias de uma situação traumática, ao integrar a memória e a emoção, regulando assim as emoções relacionadas com o trauma. Deste modo a resiliência controla os sintomas, a autoestima e a coesão interna. Estabelece, assim, sinais de segurança, ao compreender o impacto do trauma e ao alcançar um significado positivo. Da mesma forma, a resiliência afeta positivamente a saúde física, melhora a sobrevivência e a saúde mental, ao reduzir significativamente o risco de desenvolver depressão, ansiedade e *stress*.

A pesquisa mostrou que, à medida que as pessoas envelhecem e se desenvolvem, elas tendem a aprender a lidar de forma mais eficaz com emoções negativas em situações stressantes. Também foi demonstrado que pessoas mais resistentes tendem a aplicar estratégias de enfrentamento positivas em situações difíceis.

Com efeito, a necessidade de estudo da resiliência em cuidadores formais e informais de pessoas idosas surge da observação da sua situação de confinamento e consequente isolamento social e do que implica a prestação de cuidados a uma pessoa dependente. Esse papel dificulta a realização das atividades diárias, e destaca os aspetos psicológicos negativos de lidar com situações de risco de vida.

No estudo em análise, os cuidadores formais (69,4%) e informais, na sua maioria familiares (30,6%), tinham entre 18 e 30 anos (65,30%). Entre as comorbidades dos idosos, as doenças crónicas não transmissíveis estão em primeiro lugar, seguidas pelas doenças

neurológicas. O Índice de Barthel mostrou 30,6% de idosos apresentam uma dependência grave. Em relação ao tempo como cuidador, verificamos que 30,6% realizam essa tarefa entre 1 a 2 anos.

A relação entre o tipo de cuidador (formal e informal) e o nível de resiliência do cuidador teve um nível de significância de  $p < 0,05$ . Ou seja, estabelece-se uma relação entre o tipo de cuidador e o nível de resiliência, tendo em vista que, neste estudo, 69,4% eram cuidadores formais (profissionais) em idade ativa que atuavam como tal há 1-2 anos. Os cuidadores formais ou profissionais apresentaram assim um nível moderado de resiliência.

Esses elementos combinados refletem a necessidade de que os cuidadores formais, sejam devidamente treinados e capacitados, para alcançar maiores níveis de resiliência. Por outro lado, ser cuidador profissional ajuda a enfrentar situações tensas de forma diferente, em comparação aos cuidadores informais (especialmente familiares) que apresentam muitos fatores de risco, como maior sobrecarga do cuidador e baixa resiliência.

O grau de dependência elevado devido a doenças da pessoa cuidada, as pesadas consequências físicas, psicológicas e emocionais do ato de cuidar e qualquer alteração nas dimensões do cuidador são causadoras de angústia. No entanto, essa condição reduz-se significativamente ao promover a resiliência.

Os autores também verificam que o perfil típico do cuidador familiar é de mulher com mais de 57 anos, cônjuge, doméstica, parente em primeiro grau de consanguinidade, dependente economicamente e com baixa escolaridade. A idade do cuidador é uma variável de grande interesse neste estudo, pois a maioria eram adultos em idade produtiva e cuidadores profissionais que recebiam remuneração por essa atividade; este grupo apresentou um nível de resiliência moderado. Além disso, pesquisas que caracterizam a resiliência em diferentes fases do ciclo de vida, apoiadas pela psicologia, relatam que os adultos são o grupo mais resiliente em relação à sua regulação emocional e habilidades de resolução de problemas, somados à autoestima e à inteligência emocional, que têm sido bem documentados como fatores moduladores da resiliência. Esses fatores podem influenciar diretamente a forma como os cuidadores enfrentam situações desafiadoras que exigem uma identificação precoce bem como o tratamento das necessidades emocionais e físicas dos pacientes.

O contexto dos cuidadores durante a pandemia por COVID-19 mudou. Embora se reconheça a importância dos serviços hospitalares, não são menos importantes os esforços de promoção da saúde, principalmente dos idosos e seus cuidadores. Neste âmbito, a enfermagem tem dado contribuições vitais para a construção do conhecimento com teorias

de médio alcance para abordar o cuidado em situações de risco de vida, como a que enfrentámos muito recentemente. Essas teorias identificam fatores ameaçadores da resiliência, seja no cuidador ou no idoso, para obter melhores respostas de cada pessoa diante da adversidade e, assim, fortalecer as suas capacidades, garantindo melhores resultados nas intervenções diárias. Esta pandemia destacou como prioridade a necessidade de se fortalecerem os fatores externos de proteção da resiliência, através de programas de apoio social bem desenhados.

Devido às situações stressantes causadas pelo isolamento social e o risco de morte de idosos por COVID-19, devem ser consideradas estratégias para melhorar a resiliência, nomeadamente intervenções emocionais, cognitivas e socioculturais com o foco no cuidador.

O **estudo (E5)** de Akkuş, et al. (2022), teve como objetivo determinar o impacto da ansiedade e do bem-estar espiritual na sobrecarga dos cuidadores de pessoas com cancro, durante a pandemia por COVID-19. Nesse âmbito, desenvolveram este estudo descritivo transversal que incluiu 250 cuidadores de utentes das unidades de hematologia e oncologia registados numa associação de apoio ao cancro. Todos os participantes preencheram os seguintes questionários: escala de bem-estar espiritual (SWBS), desordem de ansiedade generalizada numa escala de 7 itens e a Escala de sobrecarga de Cuidador de Zarit (ZBI).

Ao nível do perfil demográfico, 56,0% dos participantes do estudo eram do sexo feminino, 70,4% eram casados, 60,4% tinham filhos, 51,2% moravam em centros urbanos, 31,6% tinham uma doença crónica, 91,6% tinham um plano de saúde, 28,8% não trabalhavam e 55,2% afirmaram que o seu ordenado era suficiente para suportar as suas despesas. Quase todos (92,8%) os cuidadores viviam com as famílias, 67,2% viviam no mesmo domicílio com a pessoa com cancro, 28,8% eram os pais da pessoa com cancro e 26,8% referiam-se ao cônjuge da pessoa com cancro. A maioria dos cuidadores (80,4%) afirmou ter um bom relacionamento com a pessoa cuidada, enquanto 18,8% descreveram a sua relação como má. A média de idade dos cuidadores foi de 40,21 anos, que cuidavam da pessoa com cancro numa média de  $\pm 7,5$  meses, sendo que a duração média dos cuidados diários foi de  $\pm 9,7$  h por dia. A pontuação média da ZBI indica que os cuidadores de uma pessoa com cancro têm uma sobrecarga de cuidados leve, ansiedade severa e um alto nível de espiritualidade.

Quando questionados sobre as suas opiniões relacionadas com o COVID-19, 75,6% dos cuidadores referiram que tinham medo de o contrair. A maioria dos cuidadores (89,2%) considerava que a pessoa com cancro tinha um risco mais alto de contrair COVID-19. Neste

sentido, 44,0% dos cuidadores referiram que existia uma relação entre o tipo de cancro e o COVID-19. Também 36,0% dos cuidadores afirmaram que a pandemia tinha afetado os tratamentos, sendo que 15,6% dos utentes foram hospitalizados durante esse período. Os cuidadores referiram, como problemas mais comuns, a dificuldade de chegar ao hospital (42,0%), seguida pela dificuldade de atendimento/contacto com o médico (40,4%), dificuldade para adquirir equipamentos de proteção, como máscaras (38,0%) e dificuldade para continuar o tratamento (33,2%). O medo foi a emoção mais frequentemente expressa em relação à pandemia por COVID-19.

Neste estudo, 56,8% da carga assistencial dos cuidadores de pessoas com cancro, durante a pandemia por COVID-19, foi explicada especialmente pela ansiedade, enquanto outras variáveis são necessárias para explicar os 43,2% restantes. Esses dados indicam que a ansiedade aumentou significativamente a carga assistencial dos cuidadores, durante o período em apreço. No presente estudo, 36% dos cuidadores afirmaram que a pandemia afetou o tratamento da pessoa com cancro e 33,2% afirmaram ter dificuldade em continuar o tratamento.

Neste estudo, o problema mais comum vivenciado pelos cuidadores o acesso aos hospitais e aos médicos. Esses problemas podem estar relacionados com o facto de que os centros de oncologia na Turquia estão localizados em grandes centros urbanos, e durante a pandemia, houve restrições a nível de transportes e na mobilidade entre regiões.

No estudo em análise, os autores encontraram uma relação significativa entre o resultado da escala de Zarit e o nível de escolaridade. Da mesma forma, estudos realizados na Turquia mostraram que o *score* da escala de Zarit aumentava com um nível de escolaridade mais baixo

Ainda de acordo com o referido estudo, verificou-se que os cuidadores de pessoas com cancro experimentaram ansiedade severa. Isso pode ser atribuível à natureza crónica do cancro, aos cuidadores sendo relativamente jovens e à incerteza no início da pandemia por COVID-19.

Os autores referem que não há estudos na literatura que avaliaram o bem-estar espiritual entre os cuidadores de pessoas com cancro durante o período da mais recente pandemia.

No presente estudo, observou-se que o bem-estar espiritual explicava a carga assistencial até certo ponto e que os cuidadores tinham alta espiritualidade. Esses resultados sugerem que o bem-estar espiritual foi eficaz na redução da carga de cuidado e no enfrentamento da

ansiedade durante a pandemia COVID-19.

Os autores do estudo concluem que os resultados sugerem que a ansiedade explicou a maior parte da sobrecarga do cuidador durante a pandemia por COVID-19. Portanto, pode ser benéfico implementar práticas para promover a espiritualidade e reduzir a ansiedade nos cuidadores de pessoas com cancro. Este estudo fornece implicações importantes para a prática clínica, ao concluir que as necessidades espirituais dos cuidadores de pessoas com cancro, podem reduzir a ansiedade e a sobrecarga assistencial no ambiente clínico.

### **1.3.2. Discussão dos Resultados**

Os estudos incluídos nesta revisão sistemática resultaram de uma pesquisa criteriosa realizada em bases de dados científicas, com o objetivo de identificar o maior número de estudos publicados relacionados com a temática abordada e tendo em conta a questão de investigação. Os estudos selecionados são de natureza quantitativa, observacional (descritiva ou analítica). As publicações datam a partir de 2020.

Com efeito, tendo-se efetuado a síntese descritiva dos estudos selecionados, em que foram evidenciados os principais resultados e conclusões, pretende-se agora analisar e refletir sobre esses resultados e a sua aplicabilidade, objetivando a questão de investigação inicialmente enunciada:

- Quais são as consequências da Pandemia por COVID 19 na sobrecarga e sentido de vida do cuidador informal?

No que dizia respeito ao perfil sociodemográfico dos utentes abrangidos nas várias publicações incluídas na revisão, constatou-se que, de um modo geral, a maioria são do sexo feminino e adultos (conforme definido como critério de seleção). Esta situação encontra-se no estudo (E1) de Budnick, et al. (2021), em que mais de metade da população atual de cuidadores eram mulheres com uma média de idades de cerca de sessenta anos e com o nível médio de escolaridade, o que está muito de acordo com os dados oficiais das estatísticas nacionais alemãs de cuidados de enfermagem. Também o estudo (E3) de Rajovic et al. (2021), realizado na Sérvia, refere que a maioria dos cuidadores (70,8%) era do sexo feminino, 72,8% tinha entre 35 e 64 anos, 86,6% tinha um nível de ensino secundário ou superior e 84,9% cuidava de uma pessoa. Dois terços viviam num agregado familiar comum (66,6%) com os beneficiários de cuidados de saúde para os quais se preocupavam, entre os 2 e os 5 anos (54,8%). No estudo (E5) de Akkuş et al. (2022), verificou-se uma

relação significativa entre a sobrecarga e o nível de escolaridade, mostrando que a sobrecarga do cuidador aumentava com um nível de escolaridade mais baixo.

O estudo (E4) de Ramos et al. (2020), realizado na Colômbia, refere que o perfil típico do cuidador familiar era constituído por uma mulher com mais de 57 anos, esposa, doméstica, parente em primeiro grau de consanguinidade, economicamente dependente e com baixo nível de escolaridade. A idade do cuidador é uma variável de grande interesse neste estudo, pois a maioria deles eram adultos em idade de trabalho e também cuidadores profissionais.

Já o estudo (E5) de Akkuş et al. (2022), realizado na Turquia, em que a população em estudo são os cuidadores de pessoa com cancro inscritos numa associação de apoio, refere que 56,0% dos participantes do estudo eram do sexo feminino, 70,4% eram casados, 60,4% tinham filhos, 51,2% moravam em centros urbanos, 31,6% tinham doença crónica, 91,6% tinham plano de saúde, 28,8% não trabalhavam e 55,2% afirmavam que sua renda era suficiente para suportar as suas despesas. Quase todos (92,8%) os cuidadores viviam com familiares, sendo que 67,2% viviam no mesmo domicílio com a pessoa com cancro e 28,8% eram os pais e 26,8% eram o cônjuge da pessoa com doença oncológica.

Neste âmbito, Sequeira (2018), refere que, quanto ao parentesco, o cuidador informal é geralmente um familiar ou alguém muito próximo e que quando a pessoa dependente é casada, o cônjuge surge como o principal cuidador. O mesmo autor sublinha que muitas vezes o cônjuge é um idoso com alguma incapacidade, simultaneamente prestador e beneficiário de cuidados. Na ausência de cônjuge, Sequeira (2018) refere que o papel de CI é assumido pelos filhos, com predomínio do sexo feminino, sublinhando que a decisão por parte dos filhos, depende da necessidade e recursos dos pais dependentes, bem como da sua disponibilidade e situação laboral.

O E1 de Budnick et al. (2021) afirma que a sua investigação comprova que os cuidadores principais tinham mais do que o dobro de probabilidades de aumentar as atividades assistenciais durante a pandemia por COVID-19. Este aumento da necessidade de cuidados por parte do cuidador informal pode ser causado pela perda de serviços de apoio ou ausência da rede individual. Isso é ainda mais claro no subgrupo de cuidadores que já passam um grande tempo (ou seja, pelo menos 3 a 6 horas diárias) em atividades de prestação de cuidados, sendo que o seu esforço aumentou cerca de cinco vezes. Verificou-se que o cuidador informal pode ser, habitualmente, apoiado por outros membros da família. Durante a pandemia, esses familiares reduziram os seus contactos voluntariamente para evitar a transmissão do vírus ou para reduzir o seu risco de infeção. Isto traduziu-se numa menor rede de apoio e numa maior responsabilidade para o cuidador informal.

Rajovic et al. (2021) (E3) acrescenta que desde o início da pandemia COVID-19, os cuidadores informais têm assistido a um aumento da intensidade dos cuidados que carecem de ser prestados. O número médio de horas semanais que o cuidador informal passou na prestação de cuidados, aumentou de 46,6 (antes da pandemia) para 54,5 (+17%), com as mulheres a assistirem a um aumento maior do que os homens. No contexto de não ter recebido muito apoio dos serviços de saúde e sociais e dos muitos desafios colocados pelo surto COVID-19 (por exemplo, medidas de isolamento social e de contenção), foi reportado um aumento das seguintes atividades de cuidador: apoio emocional (60,3%), comunicação remota (49,7%), e assistência em atividades básicas e instrumentais de vida diária (13,1-44,5%). Durante a pandemia COVID-19 na Sérvia, os beneficiários de cuidados precisavam de mais assistência com atividades instrumentais do que com as atividades básicas do quotidiano. Quase 90% dos beneficiários de cuidados precisavam de ajuda na limpeza, gestão das finanças, tratamento da roupa, enquanto 84,8% precisavam de ajuda no transporte e nas compras. Foi necessária assistência no respeitante à preparação de alimentos em 81,5% dos beneficiários de cuidados. Foi necessária uma maior assistência para a realização de atividades básicas de vida diária, como os cuidados de higiene (61,5%), enquanto a ajuda foi menor na alimentação (32,2%).

Relativamente à carga do cuidador informal, os investigadores identificaram uma maior sobrecarga relacionada com o cuidar em contexto de pandemia. Neste sentido, Budnick et al. (2021), referiu que os resultados indicam que quase um terço (31,1%) dos cuidadores principais relataram um agravamento na situação assistencial devido à pandemia por COVID-19; no entanto, a situação piorou ainda mais para aqueles que cuidam de uma pessoa com demência (39,7%) e entre aqueles que recebem ajuda profissional (34,8%)". Estes cuidadores afirmaram ter tido uma carga maior em comparação com seus pares em diferentes aspetos, nomeadamente no que se refere a sentimentos negativos, preocupações excessivas e perda de apoio. Há referência também a mais problemas com a compreensão, praticidade a implementação de medidas COVID-19. Esta sobrecarga adicional relacionou-se, assim, com o comprometimento cognitivo inerente à demência, exacerbada pelo contexto de pandemia, sendo que qualquer mudança na rotina diária, por exemplo, a implementação de medidas de higiene, mudança no apoio ou outras mudanças, pode conduzir a um maior *stress* para pessoas com demência e até mesmo para os cuidadores.

Cohen et al. (2021), (E2), corrobora este aspeto, salientando que os resultados indicam que muitos cuidadores experimentaram um aumento na intensidade do cuidar e na sobrecarga durante os primeiros meses da pandemia por COVID-19. O risco de *burnout* ou depressão pode aumentar significativamente, pelo que as estruturas de apoio devem se concentrar

especialmente no bem-estar mental dos cuidadores.

De facto, no estudo E3 de Rajovic et al. (2021), verificou-se que, na Sérvia, 61,5% dos cuidadores informais acreditavam que a sua saúde estava mais em risco do que antes da pandemia. Constatou-se que 67,3% estavam mais preocupados com a sua própria saúde ou com a saúde da pessoa que estava a ser cuidada. Neste estudo, destacou-se também que mais de dois terços (71,9%) dos cuidadores informais na Sérvia sofreram uma sobrecarga ligeira a grave, e mais de um quarto (27,1%) apresentava sintomatologia de depressão, classificada de leve a grave.

Neste âmbito, a sintomatologia depressiva também era influenciada pelos encargos do cuidador, verificando se consequentemente, que o nível de independência dos beneficiários de cuidados na realização de atividades básicas do dia-a-dia, a duração dos cuidados diários, o nível de complexidade dos mesmos, o apoio financeiro insuficiente e a autoperceção da saúde física dos cuidadores tiveram efeitos indiretos importantes.

Rajovic et al. (2021), afirmou que os resultados do estudo mostravam que a carga do cuidador estava relacionada com a saúde física dos cuidadores, tendo se demonstrado que a perceção de uma carga mais elevada do cuidador estava associada a uma saúde física mais pobre. Assim sendo, a saúde dos cuidadores era a determinante-chave tanto para a sobrecarga como para a depressão.

Salienta-se também o estudo E5 de Akkuş et al. (2022), que refere que, durante a pandemia por COVID-19, 56,8% da carga assistencial dos cuidadores de pessoas com cancro foi explicada especialmente pela ansiedade. Verificou-se que 75,6% dos cuidadores receavam contrair COVID-19 e 82,4% temiam que a pessoa cuidada ficasse infetada com COVID-19. No presente estudo, 36% dos cuidadores afirmaram que a pandemia afetou o tratamento da pessoa com cancro e 33,2% afirmaram ter dificuldade em continuar o tratamento. Esses resultados indicam que a ansiedade aumentou significativamente a carga assistencial dos cuidadores durante a pandemia.

Verificou-se, igualmente, que os cuidadores deste estudo experimentaram mais medo do que a pessoa com cancro. Segundo os autores, os cuidadores podem sentir mais medo devido à possibilidade de perder a pessoa com cancro, à incerteza percecionada no início da pandemia e ao insuficiente apoio social. Além do medo, os cuidadores do estudo também descreveram ter sintomas psicossomáticos como tristeza, baixa concentração, infelicidade, raiva, insónia e culpa.

Tendo em conta o impacto da pandemia nas condições em que os cuidadores informais prestam cuidados, os autores do E3 salientam que era mais do que urgente implementar

medidas adequadas para ajudar os cuidadores a superar o *stress* crónico que estavam a passar, o sentimento de carga subjetiva e a depressão. Neste sentido, sugeriram aumentar o âmbito e a diversidade dos serviços formais para aliviar parte dos encargos dos cuidados domiciliários (serviços formais de cuidados domiciliários, serviços de descanso, formação e aconselhamento psicológico), bem como o acesso a cuidados de saúde preventivos/serviços de saúde mental como possíveis abordagens. Salienta-se, portanto, que a prestação de apoio psicossocial foi reconhecida como uma importante oportunidade para reduzir o risco depressivo nos cuidadores informais.

Kraus (2014) afirma que vários estudos têm demonstrado que o estado emocional está estreitamente relacionado com a capacidade de buscar sentido e de controlar o contexto.

Neste âmbito, de acordo com o estudo E4 de Ramos et al. (2020), os cuidadores informais são geralmente submetidos a um *stress* crónico, ainda mais em tempos pandêmicos devido ao isolamento social e ao risco de morte, provocada pela COVID-19. Constata-se que um alto nível de dependência da pessoa cuidada, as pesadas tarefas físicas, psicológicas e emocionais do ato de cuidar, e quaisquer mudanças nas dimensões do cuidador causam angústia. Essa situação tem repercussões consideráveis na saúde física e emocional, que na maioria dos casos afetam o nível de resiliência dos cuidadores. Daí, a necessidade de planejar e implementar intervenções específicas para fortalecer as dimensões espiritual, emocional, cognitiva e sociocultural. Ao promover a resiliência, a angústia associada aos cuidados, reduz-se significativamente.

Também neste âmbito, Tavares (2020) realça a importância da espiritualidade perante a situação de pandemia, dado que a mesma promove o sentido da esperança, o poder da resiliência, a mobilização de recursos internos. Para tal, o profissional de saúde ao desenvolver a sua espiritualidade em prol da comunidade, poderá reduzir o sofrimento inerente a esse momento, conduzindo a uma compreensão das medidas preventivas para uma adesão aos cuidados estabelecidos. Além disso, a espiritualidade tende a aumentar no profissional, a atenção e valorização da pessoa, e, conseqüentemente, todo o sentido de solidariedade e cooperação.

A dimensão da espiritualidade, nomeadamente a fé e a confiança em Deus são consideradas preponderantes na manutenção da esperança, por outro lado, estes assumem que, quando o “*fócus*” da esperança deixa de ser a cura, a esperança mantém um importante papel na perceção realista da situação e na preparação para a morte. Neste contexto, podemos afirmar que os cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada percecionam a esperança como fazendo parte da experiência de vida, e afirmam que existem algumas

estratégias capazes de promover esperança. Das estratégias mencionadas, destacam-se a partilha de objetos significativos, leitura de frases escritas/reflexões, realização de diários reflexivos, diálogos promotores de esperança com profissionais de referência e a leitura da palavra de Deus (Dixe et al., 2011).

O estudo de Ramos et al. (2020) salienta que os cuidadores têm de conhecer o papel que a resiliência desempenha no momento em que o estilo de vida e a dinâmica familiar são sujeitos a alterações. Os adultos são o grupo mais resiliente em relação à regulação emocional e às habilidades de resolução de problemas. Essas habilidades são fundamentais em eventos que os idosos podem vivenciar, como a perda de entes queridos, o aparecimento de doenças, deficiências, perda de autonomia, reforma e perdas financeiras. Tais situações podem levar a que as pessoas procurem novas opções de vida e estratégias para superar as crises. A autoestima e a inteligência emocional podem ser geridas, sendo cruciais para manter uma boa condição emocional.

Diferentes processos familiares têm sido identificados na literatura como estando associados a um desenvolvimento positivo e, em condições de adversidade, a resultados resilientes, das famílias e dos seus elementos (Melo & Alarcão, 2011). Uma perspetiva sistémica permite compreender como os processos familiares têm influência no *stress* e permitem à família superar a crise e enfrentar dificuldades prolongadas (Melo & Alarcão, 2011).

Neste âmbito, Martins (2014) salienta que o papel do enfermeiro é essencial para a pessoa dependente, ao cuidador e a toda a sua família, que vivenciam um processo de transição, permitindo-lhes a segurança e confiança necessárias para ultrapassar a crise, determinando a resiliência da família. A família resiliente apresenta, neste sentido, elevados níveis de coesão, flexibilidade e vínculo familiar, sendo os mecanismos para a ativar os seguintes: reduzir as exigências familiares, aumentar as capacidades da família e alterar as apreciações cognitivas e significados familiares.

Ainda neste contexto, importa destacar a importância de promover a busca e o encontro do sentido de vida, dado que insere em si a atribuição de significado valorativo à experiência quotidiana que não apenas confere dignidade à existência, projetando um futuro esperançoso, como previne e facilita a recuperação de quadros de ansiedade e depressão, associados a vivências traumáticas (Kraus, 2014).

Ballesteros et al. (2021), afirma, igualmente, que é na busca pelo sentido da vida, diante de um cenário doloroso e incompreensível, como o da pandemia, e da impossibilidade de se responder aos questionamentos que dela surgem, que se encontra o alicerce capaz de tornar o sofrimento algo suportável. É neste contexto que podemos tentar uma possibilidade

de descobrir a melhor forma e a mais adequada de transformar a realidade.

Neste âmbito, Petronilho (2010) afirma, que muitos familiares cuidadores experimentam uma sobrecarga muito significativa e não são capazes de usar estratégias e mobilizar recursos face à necessidade de se adaptarem. A rede formal de apoio, nomeadamente os serviços de saúde e sociais, têm a responsabilidade de mobilizar esforços para melhor compreenderem a natureza deste problema e trabalharem no sentido de criar um sistema de suporte que beneficie estas pessoas, reduzindo as exigências do exercício do seu papel e suas consequências, melhorando assim a sua qualidade de vida

De acordo com Akkuş et al. (2022), (E5), constatou-se que o bem-estar espiritual explicava a redução de carga assistencial até certo ponto nos cuidadores que possuíam uma elevada espiritualidade. Esses dados sugerem que o bem-estar espiritual foi eficaz na redução da carga de cuidado e no enfrentar da ansiedade durante a pandemia COVID-19. Esta perspetiva vai ao encontro de outros estudos realizados que mostraram que os cuidadores de pessoas com cancro com alto bem-estar espiritual apresentaram melhor qualidade de vida e menores *scores* de carga assistencial. Portanto, pode ser benéfico implementar práticas para promover a espiritualidade e reduzir a ansiedade nos cuidadores de pessoas com cancro. Segundo esse estudo, existem implicações importantes para a prática clínica; sendo essencial identificar as necessidades espirituais dos cuidadores de pessoas com cancro. No sentido de se reduzir a ansiedade e a carga assistencial é fundamental produzir novos estudos sobre as necessidades espirituais dos cuidadores de pessoas com cancro.

Com o propósito de potenciar as estratégias de alívio do sofrimento inevitável, Frankl (1999) coloca no centro da teoria do sentido, a espiritualidade do ser humano que se manifesta sobretudo, na busca de sentido. Chama a atenção dos profissionais de saúde, para o cuidado de incluírem, na relação terapêutica, intervenções específicas dirigidas à dimensão espiritual. Justifica este cuidado com a premissa de que “...o homem não desespera por sofrer, mas por, sofrer sem sentido” (Kraus, 2014).

Neste contexto, salienta-se a importância da esperança, dado que esta enquanto resultado essencial da vida com sentido, permite estruturar a integração do sofrimento inútil (Kraus, 2014).

Já Brito (2002) refere que cuidar de uma pessoa dependente não é obrigatoriamente uma situação geradora de dificuldades, referindo que a atividade de cuidar também pode vir acompanhada de recompensas de satisfação para algumas pessoas, nomeadamente aspetos positivos relacionados com sentimentos de prazer e conforto em prestar cuidados e obtendo-se um sentido para a vida.

O E4 de Ramos et al. (2020) salienta que os enfermeiros têm feito contribuições vitais para a construção do conhecimento com as suas teorias de médio alcance para abordar o cuidado, em situações de risco de vida e como a enfrentada atualmente. Essas teorias identificam fatores ameaçadores da resiliência, seja no cuidador ou no idoso, para obter melhores respostas de cada pessoa que enfrenta adversidades e, assim, fortalecer suas capacidades, garantindo melhores resultados nas intervenções diárias.

Martins (2007), citado em Kraus et al. (2009), constatou que as pessoas em sofrimento necessitam de atenção integral dos Enfermeiros, tendo verificado que existem intervenções específicas de Enfermagem, entre as quais se inclui o incentivo à procura de significado, com a finalidade de aliviar o sofrimento. Estas intervenções são de ordem emocional, espiritual e física. Porém concluiu que, embora os estudos nesta área tenham aumentado na última década, são ainda insuficientes para uma clara evidência científica quanto ao tipo de intervenções de ordem espiritual, desenvolvidas pelos enfermeiros.

É imperativo esclarecer como os enfermeiros podem oferecer cuidados espirituais na sua prática diária e chegar a um modelo de valores espirituais que podem ser uma fonte de aprendizagem e ajudar os enfermeiros a alcançar um entendimento comum sobre espiritualidade e dar-lhes um foco espiritual para a prática de enfermagem (Meehan, 2012) citado em (Ribeiro, 2020).

Os cuidadores familiares apropriam-se da espiritualidade como estratégia para o encontro do propósito e do significado do momento vivenciado. Torna-se profícuo que o enfermeiro contemple as necessidades espirituais do cuidador, com o intuito de prestar uma assistência pautada pela humanização do cuidado (Marins et al., 2020).

Salienta-se que o ato de cuidar exige dos enfermeiros a necessidade da perceção de aspetos expressivos que envolvam o cuidado, como o relacionamento interpessoal, a comunicação, a afetividade, o comprometimento e que, ao mesmo tempo, tenha em atenção os limites impostos pelo cuidador com quem irá partilhar o cuidado (Marins, et al., 2020)

Baseado neste relacionamento, o cuidado espiritual dos enfermeiros entrelaça-se nas necessidades de assistência dos cuidadores, caracterizando-se como aquele que proporciona atenção aos mundos subjetivos e espirituais de cada ser e que são compostos por perceções, suposições e sentimentos que precisam ser ajustados à sua transcendência. Com efeito, o propósito maior está em atingir fontes mais profundas de assistência como proteger, melhorar e preservar a dignidade, a humanidade, a integridade e a harmonia interior das pessoas (Ribeiro, 2020).

## CONCLUSÃO INTEGRATIVA

### Parte I

Ao longo dos semestres de ensino teórico e de prática foi possível compreender e perceber, experienciando de perto, que o equilíbrio dinâmico da saúde familiar deve ser salvaguardado e protegido pela enfermagem de saúde familiar.

Com efeito, os enfermeiros têm o compromisso, assim como a obrigação ética e moral, de envolver as famílias nos cuidados de saúde, o que se deve traduzir na consideração do cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem

Salienta-se que todas as famílias têm o seu próprio padrão para lidar com as crises. Enfermeiros e famílias influenciam-se mútua e inevitavelmente. O enfermeiro atua com os utentes e não sobre eles, numa relação de ajuda que se pretende terapêutica

Aquando da frequência dos estágios, foram proporcionados momentos para observação, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem à família, ao longo do ciclo vital, com ênfase nas respostas das famílias a problemas de saúde reais e potenciais. As conclusões deste relatório emergem dos objetivos delineados, do enquadramento teórico, do trabalho de investigação, da reflexão e análise e da avaliação da intervenção desenvolvida.

Neste sentido, a realização do estágio e a elaboração do relatório proporcionaram a mobilização de um conjunto de conhecimentos e permitiram o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com os consequentes resultados finais que, na prática, pretendem melhorar a saúde das famílias.

De facto, o estágio proporcionou o desenvolvimento de um conjunto de competências, que se traduziram em aprendizagens, tendo em conta o desenvolvimento e a capacidade para integrar os diversos saberes nas diferentes áreas de formação, como enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar. Neste âmbito, as atividades realizadas na USF permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências específicas nos vários domínios previstos no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar, conforme o preconizado a atingir, enquanto objetivo geral deste estágio.

O interesse demonstrado pelos profissionais foi gratificante e facilitou a coordenação para as diferentes fases da investigação. O campo de estágio facultou as condições para a concretização dos objetivos do ensino clínico, sublinhando a relação de interajuda, apoio e partilha, estabelecida com os profissionais de saúde do mesmo, que enriqueceu e favoreceu o desenvolvimento do percurso.

Verifica-se que a proximidade entre os enfermeiros dos cuidados de saúde primários e as famílias possibilita que os enfermeiros detenham uma posição e oportunidade privilegiada para acompanharem as pessoas na iminência de processos de transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades e competências em situações de saúde-doença, no caso das transições não normativas.

De realçar que a OE regulamenta as 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.

Um dos grandes dilemas com que a enfermagem de família se depara é a mudança de paradigma em que a família deixa de ser contexto e passa a ser o foco dos cuidados, para que tal aconteça, é necessário que o enfermeiro na sua formação detenha conhecimentos de modelos de avaliação familiar.

Tendo por base o objetivo de “executar processos de cuidados de enfermagem à família, evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar”; realça-se a importância dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros que foram mobilizados ao longo do estágio, o que vem justificar que os processos de cuidados das famílias alvo de intervenção, tenham sido desenvolvidos tendo como referencial base o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

Neste âmbito, o referido modelo, preconiza uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família, como cliente e unidade de intervenção, desenvolvendo os cuidados de forma sistémica ao longo do ciclo vital da família. Deste modo, é fundamental a compreensão da estrutura, processos e funcionamento das famílias no

decorrer do mesmo, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

Para a realização deste estágio, vários referenciais teóricos se revelaram essenciais. De facto, a integração de teorias permite que os enfermeiros compreendam as famílias sob diversas formas, proporcionando, assim, uma maior probabilidade de as intervenções selecionadas serem adotadas pelas famílias.

Destaca-se a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem que exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. Tem por base o conceito de que a sociedade deve ser capaz de criar meios e oferecer serviços que proporcionem assistência às pessoas em estado de dependência. Outra teoria que merece destaque refere-se à Teoria da autotranscendência de Reed que reconhece a intervenção autónoma de enfermagem no acompanhamento e orientação sistemática da pessoa e sua família, como uma forma de facilitar a sua redefinição de valores, metas e objetivos, na redescoberta de um novo sentido. Importa também salientar a Teoria de Médio Alcance das Transições, esta fornece uma visão mais aprofundada sobre as transições com relevância para a enfermagem, proporcionando guias orientadores específicos para a prática clínica.

Também no desenvolvimento dos estágios, o contexto atual pandémico trouxe algumas limitações, e, por sua vez, na realização deste relatório, uma vez que, originou consequências muito significativas na prática da enfermagem de Família. Foi possível compreender a capacidade de readaptação para dar resposta às necessidades dos utentes e Família, bem como para estabelecer novas estratégias de comunicação verbal, não verbal e à distância (digital e móvel) para colmatar as necessidades dos utentes e famílias. Foi ainda possível compreender a importância da resiliência e união da equipa como sentimentos positivos que contribuíram para se conseguir ultrapassar as barreiras impostas pelo contexto pandémico.

Considero que objetivo preconizado de “redigir um relatório de carácter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde” foi alcançado.

Refletindo sobre este período formativo, e atendendo aos objetivos propostos no plano de estudos do curso, os quais se concretizam na forma de competências, crê-se ter

atingido, de uma forma global, o desafio proposto. Muitas foram as interrogações e dificuldades encontradas neste percurso. Tentou-se elaborar o relatório de uma forma sistemática e objetiva, com o desejo de que a sua leitura tenha permitido a transmissão de toda a informação necessária para uma completa avaliação e valorização do trabalho desenvolvido, embora permaneça o sentimento de que muito ficou por dizer.

Portanto, numa perspetiva global, considero que os conhecimentos desenvolvidos e as capacidades adquiridas, com a realização do estágio e desenvolvimento do presente relatório, foram fundamentais para a aquisição de competências específicas no âmbito da enfermagem de saúde familiar, com os consequentes resultados finais que, na prática, pretendem melhorar a saúde das famílias.

## PARTE 2

Existe um quadro teórico relevante sobre a vantagem de incluir a família nos cuidados de enfermagem. Uma prática profissional baseada na abordagem sistémica da família e na relação de colaboração e parceria, em que a família é o alvo de cuidados, vai facilitar os processos de transição saúde/doença, e em contextos de crise, reduzindo o sofrimento emocional, físico e espiritual, pela implementação de cuidados competentes e de excelência.

A pandemia por COVID-19 teve impacto, à escala planetar, em todos os aspetos da vida das famílias, porém, pouco se sabe sobre as suas consequências na sobrecarga e sentido de vida do cuidador informal.

A sobrecarga do cuidador é uma medida multidimensional, que incluindo fatores de ordem da saúde mental, física, social e qualidade de vida, amplamente utilizadas. Portanto, compreender e atender às necessidades individuais de cuidadores, à medida que a pandemia evolui, é fundamental para proteger o seu bem-estar, do ente cuidado e da família em geral.

Dando resposta a questão de investigação que norteou esta pesquisa: Quais são as consequências da Pandemia por COVID-19 na sobrecarga e sentido de vida do cuidador informal? Conclui-se, relativamente ao objetivo: Avaliar a sobrecarga do cuidador informal durante o período de pandemia por COVID-19 que o contexto dos cuidadores sofreu diversas alterações.

Verifica-se que o cuidador informal, habitualmente, é apoiado por outros membros da família. No entanto, durante a pandemia, esses familiares reduziram os contactos de modo a evitar a transmissão do vírus. Este comportamento traduziu-se numa menor rede de apoio e numa maior responsabilidade e sobrecarga para o cuidador informal.

Esta sobrecarga do cuidador varia de acordo com a doença da pessoa cuidada, sendo que as evidências comprovam que os cuidadores de pessoas com demência e doença oncológica relataram uma maior sobrecarga de cuidados, principalmente pelas mulheres.

Assim, o aumento da duração da prestação de cuidados por parte do cuidador informal pode ter sido causado pela perda desses serviços de apoio, podendo em muito casos, ter superado o dobro da intensidade da atividade assistencial, resultando num aumento do número médio de horas semanais, sobretudo para as mulheres cuidadoras.

Alguns resultados indicam uma intensificação da assistência de cuidados em quase um terço sendo esta agravada entre aqueles que recebem ajuda profissional, e para situação de cuidar de pessoas com demência.

Em termos emocionais, verifica-se que estes cuidadores relatam sentimentos negativos, como stress, frustração, tristeza e raiva, sobretudo por não se sentirem compreendidos e por preocupações excessivas devido à perda de apoio.

Alguns estudos indicam que relativamente aos não-cuidadores, os cuidadores já eram mais propensos a desenvolver sintomatologia depressiva, antes da pandemia por COVID-19, verificando-se obstante a taxa de cuidadores com sintomas de depressivos ter aumentado durante a pandemia. Neste sentido, um estudo da Sérvia, concluiu que mais de dois terços dos cuidadores informais sofreria sobrecarga, ligeira a grave, e mais de um quarto apresentava sintomatologia de depressão, classificada de leve a grave. Estes dados corroboram a ideia de que a saúde dos cuidadores é uma determinante-chave não só ao nível da sobrecarga, mas também da depressão.

Quanto aos resultados da carga assistencial dos cuidadores de pessoas com doença oncológica foi marcada especialmente pela ansiedade devido ao receio do cuidador em contrair COVID-19 e sendo este receio aumentado quanto ao temor perante a possibilidade de a pessoa cuidada contrair a doença COVID-19.

Quanto ao objetivo: Identificar a relação entre o sentido de vida e a sobrecarga do cuidador informal, constata-se que ansiedade, o stress crónico e a depressão (angústia e sofrimento existencial) foram geradores do sentimento de sobrecarga do cuidador, durante a pandemia por COVID -19.

O segredo, a pedra-angular, de uma boa saúde mental é ter um propósito na vida, que não se deve ter como objetivo estar em “estado de graça, estar sem tensão”, livre de responsabilidades e desafios, mas sim lutar por algo que faça um sentido real na vida. Acrescenta ainda que podemos encontrar um propósito de vida ao cuidar de outra pessoa. Quando tiramos os holofotes de nós e começamos a pensar nas necessidades e desejos de outra pessoa, começamos a sentir que as nossas vidas são importantes e ricas em sentido. Isso pode ser conseguido, cuidando de um membro da família.

Deste modo, sentir que a vida é importante é, em última análise, o que mais atribui dá propósito e significado - e isso pode fazer a diferença, significativa, na nossa saúde mental e no bem-estar integral.

Assim, verificou-se que as intervenções devem ser, simultaneamente, de ordem física, emocional e espiritual ou cuidado baseado nas forças da Família. Assim, quando identificadas necessidades espirituais dos cuidadores, devem ser implementados cuidados do âmbito da dimensão espiritual ou noética como prevenção e/ou redução dos problemas identificados.

Estes cuidados têm repercussões na saúde física e emocional, aumentando o nível de resiliência dos cuidadores nos cuidadores e da sua autoeficácia, reduzindo a carga assistencial. Uma dessas intervenções pelo enfermeiro especialista refere-se à orientação do cuidador, na descoberta de sentido de vida. Destaca a necessidade de melhoria da comunicação e de transmissão de informações disponíveis, mantendo um contacto próximo, por telefone ou videoconferência, com amigos e parentes, o que pode resultar no aliviar de preocupações e no ato de reduzir o apoio perdido.

Verificou-se que a promoção da resiliência reduz significativamente a angústia associada aos cuidados. Assim, sugere-se a necessidade de os cuidadores serem devidamente treinados e capacitados para que alcancem maiores níveis de resiliência para a capacidade de aceitar a situação diariamente, suprimindo a necessidade de a pessoa não perder sua essência e restaurar a esperança.

A esperança contribui para a Pessoa conseguir lidar com situações de crise através da determinação de objetivos saudáveis, seja para manter ou aumentar a sua qualidade de vida, seja para fomentar o seu nível de conforto.

Como tal, torna-se crucial que os enfermeiros desenvolvam competência para identificar e intervir nos processos de transição saúde - doença, orientando os cuidadores a atingirem o nível de mestria, promotor da resiliência e de esperança.

Interessa realçar que os resultados acabados de descrever devem ser interpretados com o cuidado a que as limitações deste estudo obrigam.

Limitações desta revisão da literatura: Apesar de pertinente da temática e não obstante os estudos nesta área estarem a aumentar, na escrita científica de Enfermagem é ainda muito recente, carecendo de uma mais vasta evidência quanto ao tipo de intervenções de ordem espiritual a desenvolver pelos enfermeiros quanto à relação das variáveis em questão, nomeadamente, o impacto da Pandemia por COVID-19 e na sobrecarga e o sentido de vida do cuidador informal. Esta limitação dificultou a obtenção de publicações que abordassem o tema de estudo aplicado à realidade portuguesa levando a que a totalidade dos estudos incluídos sejam populações estrangeiros.

Também a heterogeneidade das intervenções e população dos estudos incluídos na revisão sistemática, podem ser consideradas limitação, por terem dificultando a sua análise.

Por fim, tratando-se de um trabalho académico, a avaliação da qualidade metodológica dos artigos através dos critérios da JBI foi realizada apenas por um investigador, o que se reconhece, também, como limitação.

Em face dos resultados e conclusões deste estudo, abre-se um espaço de diálogo favorável à ação educativa com implicações para a prática. Assim, para a promoção da resiliência e da esperança, sugere-se a implementação de programas de promoção do cuidado baseado nas forças na a descoberta de sentido, com treino de comunicação em saúde para enfermeiros, direcionados para os cuidadores informais e sua família.

Para isso sugere-se a que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar desenvolva as suas competências e com as famílias instituem rotinas de adaptação a cada contexto, a fim de atingirem um padrão de desenvolvimento familiar eficaz, em que os resultados obtidos, decorrentes das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a família, correspondam a efetivos ganhos em Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), (2009). Unidades de Saúde Familiar – Análise da Atividade Realizada em 2009. Lisboa: ACSS. Disponível em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório\\_DadosNacionaisUSF\\_2009.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório_DadosNacionaisUSF_2009.pdf).
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017). Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o Ano de 2017. Lisboa: ACSS. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/04/bilhete\\_identidade\\_indicadores\\_contratualizacao\\_2017.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf)
- Akkus, Y., Karacan, Y., Unlu, K., Deniz, M., & Parlak, A. (2021). The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. SUPPORTIVE CARE IN CANCER. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06611-0>
- Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.
- Amendoeira, J. (2021). *TUTORIAL REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA A Scoping Review*. Escola Superior de Saúde de Santarém Instituto Politécnico de Santarém . Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Aquino, T., & Oliveira, V. (dezembro de 2020). Espiritualidade e sentido da vida no contexto da pandemia de COVID-19. (R. B. Inter-religioso, Ed.) *Caminhos de Diálogo*(13), pp. 249-261. doi: <https://doi.org/10.7213/cd.a8n13p249-261>
- Araújo, I. M. (2010). *Cuidar da Família com um Idoso Dependente: Formação em enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45 (4), 869-875.
- Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Azevedo, R. (2010) Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil: uma revisão sistemática, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Obtido de: <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-8D9LAL>
- Ballesteros, B. d. L. B., Cortez, E. A., Oliveira, S. M. d., & Almeida, Y. S. d. (2021). A educação permanente em saúde na busca de sentido da vida do trabalhador de saúde da linha de frente da pandemia da COVID-19: Uma análise a partir de Viktor Frankl. *Research, Society and Development*, 10(15),
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto
- 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, *Revista 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).
- Bocchi, Silvia Cristina Mangini (2004) Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 1, pp. 115-121. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100016>>. Epub 27 Abr 2004. ISSN 1518-8345.

- BOOF, L. (2008). Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra. Vozes, Petrópolis, 15ª edição
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto editora
- Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC health services research*, 21(1), 353. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7>
- Campos, A. (22 de 04 de 2020). (educare.pt, Ed.) *COVID-19 – Em busca de um sentido*. Obtido de <https://www.educare.pt/opiniao/artigo/ver/?id=167827&langid=1&printv=s>
- Cardoso, L. et al (2011). Perspectivas Atuais sobre a Sobrecarga do Cuidador em Saúde Mental. Artigo de Revisão. Consultado a 02 de janeiro de 2019: Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a33v46n2.pdf>;
- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carmo, Renato Miguel do; Inês Tavares; e Ana Filipa Cândido (orgs.) (2020), Um Olhar Sociológico sobre a Crise COVID-19 em Livro, Lisboa, Observatório das Desigualdades, CIES-Iscte. Consultar aqui: <https://www.observatorio-das-desigualdades.com/202>
- Carvalho, R. (2010). Relação Enfermeiro-Família do Idoso Hospitalizado. *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 84-92). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carvalho, R. (2020). Epidemia viral, COVID-19: consequências na saúde física e mental da pessoa idosa em Portugal. Obtido em novembro de 2021, de [https://www.primedica.pt/wp-content/uploads/2020/04/20\\_04\\_07\\_Dr\\_Profa\\_Rosa\\_Carvalho.pdf](https://www.primedica.pt/wp-content/uploads/2020/04/20_04_07_Dr_Profa_Rosa_Carvalho.pdf)
- Cohen, S. A., Kunicki, Z. J., Drohan, M. M., & Greaney, M. L. (2021). Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2333721421999279>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2020). *Situação De Emergência De Saúde Pública Pela Pandemia Covid-19 Aspectos Éticos Relevantes*. Lisboa
- Costa, C., Neves, F., & Nunes, J. (Agosto de 2017). *REGIÃO OESTE NORTE PERFIL DE SAÚDE 2017*, 1. (U. d. Povinho, Editor) Obtido em Março de 2022, de *Um Retrato da Região Oeste Norte*: <https://saudepublicaoestenorte.files.wordpress.com/2013/09/perfil-de-sac3bade-2017.pdf>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde. *Diário da República: I série*, n.º 149 (2014). Acedido a 11 mar. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55076561/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto do Ministério da Saúde. *Diário da República: I série*, n.º 161 (2007). Acedido a 11 mar. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/640665/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 73/2011 de 5 de setembro do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território. *Diário da República: I série*, n.º 116 (2011). Acedido a 11 mar. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/670034/details/maximized>.

- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão E Desenvolvimento*, (19), 139-156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Direção Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-adiabetes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-eorientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-eactualizada-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2011). Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Norma Nº 026/2011 de 29 de setembro. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-ejuvenil-png.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-uploaddiversos/pnv>
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: [https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/aaaaaaaaaaaa\\_pndccv-2017-tempdd](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/aaaaaaaaaaaa_pndccv-2017-tempdd)
- Direção Geral da Saúde. (2011). Hipertensão Arterial: definição e classificação. Norma Nº 020/2011 de 28 de Setembro. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032>
- Direção Geral da Saúde. (2015). Medicamentos de alerta máximo. Norma Nº 014/2015 de 6 de Agosto. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0142015-de-06082015-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável, 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Lisboa
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>.
- Dixe , M., Soares , E., Martinho , R., Rijo, R., Carçoço, J., & Gomes, N. (2020). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência*. (G. Editor, Ed.) Instituto Politécnico de Leiria. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.8/4657>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227-235. doi:<http://dx.doi.org/10.20344/amp.11923>
- Félix, L. M. (2008). *Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos*. Mestrado em Psicogerontologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/6092>

- Ferreira da Silva, R., Macedo, M., & Conceição, J. (2022). A pandemia de COVID-19 em Portugal: Evolução, Vacinação e Farmacovigilância. *Revista Multidisciplinar*, 4(2), 135–154. <https://doi.org/10.23882/rmd.22090>
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A., Lopes, A., Viana, A.; Fonseca, C. (s.d.). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para a população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3, pp. 13-19.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. C. B. (1995). Do ensino à prática. *Enfermagem em Foco*, 5, especial dezembro, 16-19.
- Figueiredo, MH. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto de cuidar*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Frankl, V. E. (2006). *A Presença Ignorada de Deus* (Walter O. Schlupp & Helga H. Reinhold, Trans. 9ª ed.): Ed. Sinodal e Ed. Vozes
- Freitas, A. P. (2009). Avaliação e intervenção de Enfermagem de Família nos CSP na RAM. Da investigação à prática de Enfermagem de Família (pp. 24-33). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. Stamford: Appleton&Lange.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing : research, theory & practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2020), *Índice de envelhecimento, Que países têm mais e menos idosos por 100 jovens?* Lisboa, PORDATA, acessado em 05/02/2021. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>
- Galvão, C. M., & Namie Okino Sawada. (Fev de 2003). *Rev. Bras. Enferm.* 56 (1). *Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem*. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100012>
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª Ed.). Artmed. Porto Alegre.
- Gottlieb, Laurie (2016) *O cuidar de Enfermagem Baseado nas forças*, Loures, Lusodidacta
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0*. Londres: The Cochrane. Retrieved February 1, 2019, from <http://handbook.cochrane.org>
- Imaginário, C. (2008) “O idoso dependente em contexto familiar”, 2ª Edição, Formasau;
- Instituto da Segurança Social, I.P, (2020). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal* (8004 – v1.00) 31 de maio de 2020
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation working party. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation*. Recuperado de: <http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments.pdf>

- Karataş, Z., Uzun, K., & Tagay, Ö. (2021). Relationships Between the Life Satisfaction, Meaning in Life, Hope and COVID-19 Fear for Turkish Adults During the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychology*, 11, N.PAG.
- Kraus, T. (2014). Sentido de vida da pessoa com dor crónica. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa. Veritati: Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16164>
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. ( n.º10 - Jul. 2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. // *Série* (10), pp. 77-88.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 77-88. ISSN: 0874-0283. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239957011>
- Lopes, J. (2020). Covid-19 nas Relações Jurídicas Familiares – Os cuidados prestados a idosos e a outras pessoas “cuidadas” , Unidade curricular de Direito da Família.
- Lucas, C. S. (2012). *Resiliencia Familiar em Contexto de Pobreza Urbana: A percepção das famílias sobre as forças familiares, Resiliencia individual e Stress percebido*. Dissertação de Mestrado, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, Faculdade de Ciências Humanas Instituto de Ciências da Família. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/14064>
- Marins, A., Medeiros, A., Leão, D., Pereira, E., Rocha, R., & Silva, R. (maio de 2020). Cuidados paliativos : procedimentos para melhores práticas. *NECESSIDADES ESPIRITUAIS E O SENTIDO DA VIDA DOS FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTE EM ATENÇÃO PALIATIVA ONCOLÓGICA*(2), pp. 2-11. doi:10.22533/at.ed.797202905
- Marques, R. M. (2014). *A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA E AVANÇADA Efetividade de um Programa de Promoção da Esperança no Conforto e na Qualidade de Vida*. Tese para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, Instituto de Ciências da Saúde. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/16962>
- Marques, R., Querido, A. & Dixe, M. (2011). Exercitar a Esperança (Vol.2). Um Guia Prático Promotor de Esperança nos Cuidadores de Pessoas com Doença Crónica e Avançada. Exinov Editora.
- Martins, M. (2014). Resiliência Familiar: Revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafiantes. Grupo de estudos interdisciplinares: nº10 , pp. 8-9.
- Medeiro, V. L. (2020). *ALZHEIMER\_ SOB O OLHAR DE QUEM CUIDA*. Mestrado em Serviço Social, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Ciência Política E Políticas Públicas. Obtido de <http://hdl.handle.net/10071/21153>
- Medeiros et al. (2020). Fases psicológicas e sentido da vida em tempos de isolamento social pela pandemia de COVID-19 uma reflexão a luz de Viktor Frankl. *Research, Society and Development*, 9(5).
- Meiros, N., Pereira, A., Ferreira, A., Ferreira, S., Vieira, E. (2012). O papel parental e a Claudicação Familiar: qual a importância do enfermeiro de família. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família, (246-251). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Meleis, A. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

- Melo, A. T. & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. *Mosaico*, 48, pp. 34-41.
- Melo, Rômulo Lustosa Pimenteira de et al. (2013), Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* v. 16, n. 2, pp. 239-250. Epub 25 Jul 2013. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200004>
- Minuchin, S. & Fishman, HC. (2003). *Técnicas de Terapia Familiar*. (2ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monteiro, M. (2010). *Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar- O Início da Dependência* Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; Universidade do Porto
- Município de Alcobaça, (2022). Obtido de: [Portal do Município - Alcobaca Transportes Urbanos \(cm-alcobaca.pt\)](http://Portal.do.Munícipe - Alcobaca Transportes Urbanos (cm-alcobaca.pt))
- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- OMS. (2021). *World Health Organization*. Obtido de <https://COVID19.who.int/>
- Ordem dos Enfermeiros (11 de 08 de 2008). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-páginas-antigas/dia-internacional-da-familiaenfermeiros-e-famílias-em-parceria-na-construção-da-saúde-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros (16 de julho de 2018). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Obtido em 3 de abril de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Grafinter
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Obtido em 3 de abril de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros (25 de 11 de 2017). *Projeto Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (29 de junho de 2015). *Regulamento n.º 367/2015-Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados*. Diário da República, 2.ª série — N.º 124 — 29 de junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série - N.º 26, pp. 4744-4750.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

- Petronilho, F. & Pereira, F. & Silva, A. (2015). Perceção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a casa do dependente: estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Ed. Esp. 2, páginas 09-13. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/42877>
- Petronilho, F. (2010). Transição dos Membros da Família para o Exercício do Papel de Cuidadores quando Incorporam um Membro Dependente no Autocuidado: Uma revisão da Literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. p. 43-58
- PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2020-03-11). O seu município em números Alcobaça. Disponível em [https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Alcobaça\\_251562](https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Alcobaça_251562).
- Portaria n.º 1368/2007 de 18 Outubro do Ministério da Saúde. Diário da República: I serie, nº 201 (2007). Acedido a 11 mar. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/629123/details/maximized>.
- Querido, A., Marques, R., & Dixe, M. (2011). *EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada* (Vol. I). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria / Escola Superior de Saúde. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.8/4801>
- Rajovic, T., Todorovic, N., Vracevic, M., Rajovic, N., Pavlovic, A., Pavlovic, V., Grbic, I., Sapic, R., Krsmanovic, S., Vukmirovic, M., Stanisavljevic, T., Markovic, K., Mostic, T., Stanisavljevic, D., & Milic, N. (2021). From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A Path Analysis. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(18), 9577. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189577>
- Ramos, E. F., Núñez Rodríguez, M. L., & Henao Castaño, A. M. (2020). Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(2), 91–101. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4813>
- Reed, P. G. (2008). Theory of Self-Transcendence. In Mary Jane Smith & Patricia R Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer.
- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família, perspetiva sistémica. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A.P. (2016). O Ciclo Vital da Família. Perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento
- Remoaldo, P. (2003). Acessibilidade aos Cuidados de Primários de Saúde dos Concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19 (2), páginas 107-119.
- Ribeiro, R. J. (2020). *Qualidade de vida e bem estar espiritual: Intervenções a nível da Espiritualidade dirigidas a pessoas com demência e depressão*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Ribeiro, S. (2012). Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar Quinta da Prata. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Rocha, A. P. (27 de Janeiro de 2019). "O cuidar do outro: Ser Cuidador Informal". *Açoriano Oriental*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10642/27-jan-2019.pdf>
- Schnell, T., & Krampe, H. (2020). Meaning in Life and Self-Control Buffer Stress in Times of COVID-19: Moderating and Mediating Effects With Regard to Mental Distress. *Frontiers in psychiatry*, 11, 582352. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.582352>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

- SNS. (2017). *BI-CSP*. Obtido em março de 2022, de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/Pages/default.aspx>
- Soares, J. (abril de 2020). Situação de emergência de saúde pública pela pandemia COVID-19: Aspectos éticos relevantes. (C. N. Vida, Ed.) Obtido de <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/tomadas-de-posicao/COVID-19-aspets-eticos>
- Sommerhalder, Cinara (2010), Sentido de vida na fase adulta e velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online]. v. 23, n. 2, pp. 270-277. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000200009>>. Epub 15 Set 2010. ISSN 167
- Sousa, L. M., Furtado Firmino, C., Alves Marques-Vieira, C. M., Silva Pedro Severino, S., & Castelão Figueira Carlos Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(1), 45–54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Tavares, C. Q. (2020). Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). pp. 1-4. Obtido de <https://orcid.org/0000-0002-9033-982X>
- TOMEY, Ann Marriner. ALLIGOOD, Martha Raile. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Varela, M. (17 de janeiro de 2021). *Região de Cister*. Obtido de <https://regiodecister.pt/noticias/divergencias-partem-centro-de-saude-de-alcobaca-em-duas-alas>
- Várzea, A. M. (2014). *Sentido De Vida: Relações Com A Regulação Da Satisfação Das Necessidades, Bem-Estar E Distress Psicológicos E Sintomatologia*. Dissertação de Mestrado, Universidade De Lisboa Faculdade De Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/20256>
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Editora Roca.
- Wolf, S. (2004), *O Sentido na Vida e Porque Razão é Importante*, Lisboa, Editorial Bizâncio.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2005). *Enfermeiras e Famílias: um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*. 4ª Edição. Lisboa: Roca.
- Zanatta, C., Imbelloni, M., Campos, L., & Telles, L. (2021). *O PAPEL DA FÉ E CRENÇAS NO SENTIDO DE VIDA*. *Revista Relegens Thréskeia*, 10(1), 36-55. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/rt.v10i1.79737>

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I- ESTRATÉGIAS DE PESQUISA NA B-ON**

informal "caregiver burden" TX Todo o Texto **Pesquisar**

AND covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 c TI Título Cria Alerta

AND life purpose or meaning in life or p Seleccione um Campo (opcional) Limpar

**Pesquisa no Mapa de Conceitos**

Pesquisa Básica Pesquisa Avançada Histórico de Pesquisas

## Refinar Resultados

### Pesquisa Atual

Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei:

TX informal "caregiver burden" AND TI ( covid-19 or cor...

#### Expansores

Pesquisar também no texto integral dos artigos

Aplicar assuntos equivalentes

#### Limitadores

Texto Integral

Data de Publicação: 20160101-20211231

### Restringir a

Texto Integral

Analisado pelos Pares

Disponível na Coleção da Biblioteca

De: 2016 Data de Publicação Até: 2021

### Mostrar Mais

Opções definidas

### Tipos de Fontes

Todos os Resultados

Revistas Acadêmicas (52)

### Assunto

### Publicação

### Editor

### Idioma

### Geografia

### Fornecedor de Conteúdos

Resultados da Pesquisa 1 - 44 de 44

Relevância Opções de Página Partilhar

Nota: Duplicados removidos da lista de resultados.

- The COVID-19 pandemic as experienced by the spouses of home-dwelling people with dementia - a qualitative study.**  
By: Rokstad, Anne Marie Mork, Røsvik, Janne, Fossberg, Marit, Eriksen, Siren. BMC Geriatrics, 10/20/2021, Vol. 21 Issue 1, p1-9. 9p. Publisher: BioMed Central., Base de dados: Complementary Index  
**Assuntos:** NORWAY; COVID-19 pandemic; DEMENTIA; CAREGIVERS; SOCIAL distancing; OLDER men  
Revista Acadêmica [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)
- The Impact of the First Wave of the COVID-19 Pandemic on Patients' Perceptions of Chronic Pain.**  
By: Smyrnioti, Maria Eleni, Lyrakos, Georgios, Meindani, Maria, Matsota, Paraskevi, Kostopanagiotou, Georgia, Batistaki, Chrysanthi. Journal of Pain Research, Aug2021, Vol. 14, p2571-2581, 11p. Publisher: Dove Medical Press Ltd., Base de dados: Complementary Index  
**Assuntos:** GREECE; Offices of Physicians (except Mental Health Specialists); Offices of physicians; PATIENTS' attitudes; COVID-19 pandemic; COVID-19; CHRONIC pain; PHYSICIANS; PAIN catastrophizing; PAIN  
Revista Acadêmica [Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)
- Self-reported changes in physical activity, sedentary behavior, and screen time among informal caregivers during the COVID-19 pandemic.**  
By: Greaney, Mary L.; Kunicik, Zachary J.; Drohan, Megan M.; Ward-Ritacco, Christie L.; Riebe, Deborah; Cohen, Steven A. BMC Public Health. 7/2/2021, Vol. 21 Issue 1, p1-9. 9p. 4 Charts. DOI: 10.1186/s12889-021-11294-7. , Base de dados: Academic Search Complete  
**Assuntos:** CAREGIVERS; COVID-19 pandemic; PHYSICAL activity; SEDENTARY behavior; LOGISTIC regression analysis  
Revista Acadêmica [Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(540KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)
- Experiences of family caregivers of patients with COVID-19.**  
By: Rahimi, Tahereh, Dastiyar, Neda, Rafati, Fozzieh. BMC Family Practice. 6/29/2021, Vol. 22 Issue 1, p1-10. 10p. DOI: 10.1186/s12875-021-01489-7. , Base de dados: Academic Search Complete  
**Assuntos:** FAMILIES & psychology; RESEARCH methodology; HEALTH status indicators; MENTAL health; INTERVIEWING; PHENOMENOLOGY; QUALITATIVE research; PSYCHOLOGY of caregivers; DESCRIPTIVE statistics; INFORMATION resources; JUDGMENT sampling; THEMATIC analysis; DATA analysis software; PSYCHOLOGY of the sick; ENDOWMENTS; COVID-19 pandemic; Grantmaking Foundations; Offices of Mental Health Practitioners (except Physicians)  
Revista Acadêmica [Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(898KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)
- Caregiving in Quarantine: Evaluating the Impact of the Covid-19 Pandemic on Adult Child Informal Caregivers of a Parent.**  
By: Archer, Jesse; Reiboldt, Wendy; Claver, Maria; Fay, John. Gerontology & Geriatric Medicine, 1/23/2021, p1-7, 7p. Publisher: Sage Publications Inc., Base de dados: Complementary Index  
**Assuntos:** COVID-19 pandemic; CAREGIVERS; ADULT-child relationships; FAMILY roles; BURDEN of care; FRAIL elderly  
Revista Acadêmica [Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)
- Helping Patients and Health Care Providers Through the COVID-19 Pandemic: Empirically Based Tips and Strategies to Manage Mental and Physical Health.**  
By: Lee-Baggley, Dayna; Thakrar, Sulaye. Nephrology Nursing Journal. Nov/Dec2020, Vol. 47 Issue 6, p511-572. 13p. 2 Charts. DOI: 10.37526/1526-744X.2020.47.6.511. , Base de dados: Academic Search Complete  
**Assuntos:** PSYCHOLOGICAL adaptation; ATTITUDE (Psychology); BEHAVIOR modification; CONVALESCENCE; EMOTIONS; HEALTH status indicators; MEDICAL personnel; MENTAL health; POST-traumatic stress disorder; DISEASE management; CONTINUING education units; PHYSICAL activity; PALEO diet; ATTITUDES toward illness; COVID-19 pandemic; Offices of Mental Health Practitioners (except Physicians)  
Revista Acadêmica [Texto Integral em PDF \(828KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)
- COVID-19 experiences predicting high anxiety and depression among a sample of BRCA1/BRCA2-positive women in the US.**  
By: Dibble, Kate E.; Connor, Avonne E. Scientific Reports. 12/30/2021, Vol. 11 Issue 1, p1-14. 14p. DOI: 10.1038/s41598-021-04353-x. , Base de dados: Academic Search Complete  
**Assuntos:** ANXIETY; DEPRESSION in women; COVID-19; MENTAL depression; ODDS ratio; COVID-19 pandemic; MENTAL health; Offices of Mental Health Practitioners (except Physicians)  
Revista Acadêmica [Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(1.1MB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)
- Tied Infections: How Social Connectedness to Other COVID-19 Patients Influences Illness Severity.**



By: Yan, Xuewen; Qu, Tianyao; Sperber, Nathan; Lu, Jinyuan; Fan, Mengzhen; Cornwell, Benjamin. American Behavioral Scientist, Dec2021, Vol. 65 Issue 14, p1901-1928, 28p. Publisher: Sage Publications Inc., Base de dados: Complementary Index

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 9. Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany.



By: Budnick, Andrea; Hering, Christian; Eggert, Simon; Teubner, Christian; Suhr, Ralf; Kuhlmeier, Adelheid; Geilert, Paul. BMC Health Services Research. 4/16/2021, Vol. 21 Issue 1, p1-11. 11p. 3 Charts. DOI: 10.1186/s12913-021-06359-7. Base de dados: Academic Search Complete

**Assuntos:** COVID-19 pandemic; CAREGIVERS; BURDEN of care; COVID-19; MULTIPLE regression analysis; CHILD caregivers; GERMANY

[Texto Integral em PDF \(377KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 10. Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Patients With Schizophrenia and Their Caregivers.



By: Caqueo-Urizar, Alejandra; Urzúa, Alfonso; Ponce-Correa, Felipe; Ferrer, Rodrigo. Frontiers in Psychology, 11/5/2021, Vol. 12, p1-9, 9p. Publisher: Frontiers Media S.A., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** CHILE; COVID-19 pandemic; COVID-19; SCHIZOPHRENICS; PSYCHOLOGICAL well-being; CAREGIVERS; PSYCHOSOCIAL factors

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 11. Socially Assistive Robots Helping Older Adults through the Pandemic and Life after COVID-19.



By: Getson, Cristina; Nejat, Goldie. Robotics, Sep2021, Vol. 10 Issue 3, p106-106, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** OLDER people; COVID-19 pandemic; COVID-19; PANDEMICS; CAREGIVERS; SUCCESSIVE approximation analog-to-digital converters

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 12. The needs of traumatic brain injury survivors' caregivers and the implication required during the COVID-19 pandemic: Public health issues.



By: Othman, Hamidah; Ludin, Salizar Mohamed; Saidi, Sanisah; Awang, Mohamed Saufi. Journal of Public Health Research. 2021, Vol. 10 Issue 2, p87-91. 5p. DOI: 10.4081/jphr.2021.2205. Base de dados: Academic Search Complete

**Assuntos:** COVID-19 pandemic; BRAIN injuries; VICTIMS; CAREGIVERS; PHYSICAL mobility; PUBLIC health; Health and Welfare Funds

[Texto Integral em PDF \(298KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 13. Effectiveness of a Family Support Intervention on Caregiving Burden in Family of Elderly Patients With Cognitive Decline After the COVID-19 Lockdown.



By: Cravello, Luca; Martini, Eleonora; Viti, Niccolò; Campanello, Cristina; Assogna, Francesca; Perotta, Daniele. Frontiers in Psychiatry, 3/4/2021, Vol. 11, pN.PAG-N.PAG, 8p. Publisher: Frontiers Media S.A., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** SERVICES for caregivers; COVID-19; OLDER patients; PATIENTS' families; STAY-at-home orders; CHILD caregivers; APATHY

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 14. Psychosocial Impact of COVID-19 Nursing Home Restrictions on Visitors of Residents With Cognitive Impairment: A Cross-Sectional Study as Part of the Engaging Remotely in Care (ERIC) Project.



By: O'Caomh, Rónán; O'Donovan, Mark R.; Monahan, Margaret P.; Dalton O'Connor, Caroline; Buckley, Catherine; Kilty, Caroline; Fitzgerald, Serena; Hartigan, Irene; Cornally, Nicola. Frontiers in Psychiatry, 10/26/2020, Vol. 11, pN.PAG-N.PAG, 9p. Publisher: Frontiers Media S.A., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** UNIVERSITY of California, Los Angeles; Nursing Care Facilities (Skilled Nursing Facilities); Community care facilities for the elderly; COGNITION disorders; LONELINESS; PSYCHOLOGICAL well-being; COVID-19; NURSING care facilities; OLDER people

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 15. Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19.



By: Cohen, Steven A.; Kunicki, Zachary J.; Drohan, Megan M.; Greaney, Mary L.. Gerontology & Geriatric Medicine, 2/26/2021, p1-9, 9p. Publisher: Sage Publications Inc., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** BURDEN of care; SERVICES for caregivers; COVID-19; COVID-19 pandemic; CAREGIVERS

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 16. "A piece of paper is not the same as having someone to talk to": accessing post-diagnostic dementia care before and since COVID-19 and associated inequalities.



By: Giebel, Clarissa; Hanna, Kerry; Tetlow, Hilary; Ward, Kym; Shenton, Justine; Cannon, Jacqueline; Butchard, Sarah; Komuravelli, Aravind; Gaughan, Anna; Eley, Ruth; Rogers, Carol; Rajagopal, Manoj; Limbert, Stan; Callaghan, Steve; Whittington, Rosie; Shaw, Lisa; Gabbay, Mark. International Journal for Equity in Health. 3/11/2021, Vol. 20 Issue 1, p1-11. 11p. DOI: 10.1186/s12939-021-01418-1. Base de dados: Academic Search Complete

**Assuntos:** TREATMENT of dementia; HEALTH services accessibility; SOCIAL support; CAREGIVERS; COVID-19; TELEPHONES; HEALTH status indicators; INTERVIEWING; DEMENTIA patients; EXPERIENCE; DESCRIPTIVE statistics; THEMATIC analysis; COVID-19 pandemic; Electronic components, navigational and communications equipment and supplies merchant wholesalers; Other Individual and Family Services

[Texto Integral em PDF \(587KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 17. The challenges of COVID-19 for people with dementia with Lewy bodies and family caregivers.



By: Killen, Alison; Olsen, Kirsty; McKeith, Ian G.; Thomas, Alan J.; O'Brien, John T.; Donaghy, Paul; Taylor, John-Paul. International Journal of Geriatric Psychiatry, Dec2020, Vol. 35 Issue 12, p1431-1436, 6p. Publisher: Wiley-Blackwell., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** LEWY body dementia; CAREGIVERS; COVID-19; MEDICAL personnel; ORTHOSTATIC hypotension; PSYCHOLOGICAL well-being; NEUROLOGISTS

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 18. How COVID-19 Has Affected Caregivers' Burden of Patients with Dementia: An Exploratory Study Focusing on Coping Strategies and Quality of Life during the Lockdown.





By: Maggio, Maria Grazia; La Rosa, Gianluca; Calatozzo, Patrizia; Andalaro, Adriana; Foti Cuzzola, Marilena; Cannavò, Antonino; Militi, David; Manuli, Alfredo; Oddo, Valentina; Pioggia, Giovanni; Calabrò, Rocco Salvatore. Journal of Clinical Medicine, Dec2021, Vol. 10 Issue 24, p5953-5953, 1p. Publisher: MDPI., Base de datos: Complementary Index

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

19. **COVID-19 Unmasked Global Collaboration Protocol: longitudinal cohort study examining mental health of young children and caregivers during the pandemic.**



Protocolo de colaboración global COVID-19 desenmascarado: estudio de cohorte longitudinal que examina la salud mental de niños pequeños y cuidadores durante la pandemia. / COVID-19 Unmasked全球合作协议: 考查疫情期间幼儿和看护人心理健康的纵向队列研究. By: De Young, Alexandra C.; Vasileva, Mira; Boruszak-Kizukiewicz, Joanna; Dempence Sepinti, Dilara; Christie, Hope; Egberts, Marthe R.; Anastassiou-Hadjicharalambous, Xenia; Marsac, Meghan L.; Ruiz, Gemma; COVID-19 Unmasked Global Collaboration. European Journal of Psychotraumatology, 2021, Vol. 12 Issue 1, p1-14. 14p. DOI: 10.1080/2008198.2021.1940760. , Base de datos: Academic Search Complete

**Assuntos:** MENTAL health; COVID-19 pandemic; CHILDREN'S health; ADULTS; TIME perception; COHORT analysis; SCHOOL children; Offices of Mental Health Practitioners (except Physicians)

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(752KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

20. **Validating the Psychosocial Functioning during COVID-19 Questionnaire among a Sample of Informal Caregivers.**



By: Arnold, Trisha; Kunicki, Zachary J.; Rogers, Brooke G.; Haubrick, Kayla K.; Klasko-Foster, Lynne; Norris, Alyssa L.; Drohan, Megan M.; Greaney, Mary L.; Cohen, Steven A. Gerontology & Geriatric Medicine, 2/22/2021, p1-12, 12p. Publisher: Sage Publications Inc., Base de datos: Complementary Index

**Assuntos:** SOCIAL skills; CAREGIVERS; COVID-19; COVID-19 pandemic; ITEM response theory

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

21. **Multigenerational social support in the face of the COVID-19 pandemic.**



By: Gilligan, Megan; Sutor, J. Jill; Rurka, Marissa; Silverstein, Merril. Journal of Family Theory & Review, Dec2020, Vol. 12 Issue 4, p431-447, 17p. Publisher: Wiley-Blackwell., Base de datos: Complementary Index

**Assuntos:** UNITED States; Other Individual and Family Services; COVID-19 pandemic; LIFE course approach; SOCIAL support; SOCIAL exchange; GERONTOLOGY; FAMILIES; INTERGENERATIONAL relations; EXTENDED families

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

22. **Dementia Caregiver Virtual Support—An Implementation Evaluation of Two Pragmatic Models during COVID-19.**



By: Weems, Jacy A.; Rhodes, Shana; Powers, James S. Geriatrics (2308-3417), Sep2021, Vol. 6 Issue 3, p1-12, 12p. Publisher: MDPI., Base de datos: Complementary Index

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

23. **Analysis of Quality of Life and Nutritional Status in Elderly Patients with Dysphagia in Order to Prevent Hospital Admissions in a COVID-19 Pandemic.**



By: Fernández-Ruiz, Virginia E.; Paredes-Ibáñez, Rocío; Armero-Barranco, David; Sánchez-Romera, Juan Francisco; Ferrer, Mercedes. Life (2075-1729), Jan2021, Vol. 11 Issue 1, p22. 1p. DOI: 10.3390/life11010022. , Base de datos: Academic Search Complete

**Assuntos:** COVID-19 pandemic; PANDEMICS; NUTRITIONAL status; OLDER patients; QUALITY of life; HOSPITAL admission & discharge

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(651KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

24. **A Survey for Examining the Effects of COVID-19 and Infection Control Measures in Older Persons With Mild Cognitive Impairment and Dementia and Their Caregivers.**



By: Porcari, Desirée E.; Palmer, Katie; Spalletta, Gianfranco; Ciullo, Valentina; Banaj, Nerisa. Frontiers in Psychiatry, 11/16/2020, Vol. 11, pN.PAG-N.PAG, 5p. Publisher: Frontiers Media S.A., Base de datos: Complementary Index

**Assuntos:** ITALY; MILD cognitive impairment; COVID-19; INFECTION control; OLDER people; COVID-19 pandemic

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

25. **Exploring Changes in Musical Behaviors of Caregivers and Children in Social Distancing During the COVID-19 Outbreak.**



By: Ribeiro, Fabiana Silva; Braun Janzen, Thenille; Passarini, Luisiana; Vanzella, Patrícia. Frontiers in Psychology, 3/24/2021, Vol. 11, pN.PAG-N.PAG, 12p. Publisher: Frontiers Media S.A., Base de datos: Complementary Index

**Assuntos:** BRAZIL; COVID-19 pandemic; SOCIAL distancing; COVID-19; CHILD psychology; CHILDREN with disabilities; CHILDREN with mental disabilities

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

26. **Improving End-of-Life Care for People with Dementia in LTC Homes During the COVID-19 Pandemic and Beyond.**



By: Kaasalainen, Sharon; Mcclary, Lynn; Vellani, Shirin; Pereira, Jose. Canadian Geriatrics Journal, Sep2021, Vol. 24 Issue 3, p164-169, 6p. Publisher: Canadian Geriatrics Society., Base de datos: Complementary Index

**Assuntos:** CANADA; MEDICAL quality control; ALZHEIMER'S disease; TERMINAL care; DEMENTIA patients; QUALITY assurance; COVID-19 pandemic; LONG-term health care; HEALTH care rationing; PALLIATIVE treatment

[Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

27. **DRINKING TO STOP WATCHING THE CLOCK: FIZYCZNY, STRES I SPOZYCIE ALKOHOLU PODCZAS EPIDEMII COVID-19 (Polish) DRINKING TO STOP WATCHING THE CLOCK: FIZYCZNY, STRES AND ALCOHOL CONSUMPTION DURING THE COVID-19 OUTBREAK. (English)**



/ PICIE DLA ZABICIA CZASU: DYSTANS FIZYCZNY, STRES I SPOZYCIE ALKOHOLU PODCZAS EPIDEMII COVID-19 (Polish). By: Ghose, Bishwajit; Cénan, Jude Mary. Alcoholism & Drug Addiction / Alkoholizm i Narkomania, 2020, Vol. 33 Issue 2, p199-202, 4p. Publisher: Termedia Publishing House., Base de datos: Complementary Index

**Assuntos:** Drinking Places (Alcoholic Beverages); Other provincial and territorial public administration; COVID-19 pandemic; ALCOHOL drinking; PSYCHOLOGICAL stress; QUALITY of life; HEALTH programs

[Texto integral disponible](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

28. **Racial and ethnic variations in caregiving-related physical, emotional, and financial strain during COVID-19 among those caring for adult**



## cancer patients.



(English) ; Abstract available. By: Longacre ML; Miller MF; Fang CY. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer [Support Care Cancer]. ISSN: 1433-7339. 2021 Jul; Vol. 29 (7), pp. 4137-4146; Publisher: Springer International. PMID: 33404809. Base de dados: MEDLINE

**Assuntos:** United States; **COVID-19** epidemiology; Caregivers economics; Caregivers psychology; Caregivers statistics & numerical data; Financial Stress ethnology; Neoplasms therapy; Pain ethnology; Stress, Psychological ethnology; Adult, Aged, Aged, 80 and over; Burnout, Professional economics; Burnout, Professional epidemiology; Burnout, Professional ethnology; Burnout, Professional psychology; **COVID-19** psychology; Cross-Sectional Studies; Ethnicity psychology; Ethnicity statistics & numerical data; Female; Financial Stress epidemiology; Financial Stress psychology; Humans; Male; Middle Aged; Neoplasms economics; Neoplasms epidemiology; Neoplasms ethnology; Pain economics; Pain epidemiology; Pandemics; Psychological Distress; Racial Groups psychology; Racial Groups statistics & numerical data; Stress, Psychological economics; Stress, Psychological epidemiology; Surveys and Questionnaires; United States epidemiology; Young Adult

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 29. The Effects of **COVID-19** Home Confinement in Dementia Care: Physical and Cognitive Decline, Severe Neuropsychiatric Symptoms and Increased Caregiving Burden.



By: Borges-Machado, Flávia; Barros, Duarte; Ribeiro, Óscar; Carvalho, Joana. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, Jan-Dec2020, Vol. 35, p1-9, 9p. Publisher: Sage Publications Inc., Base de dados: Complementary Index

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 30. Understanding the impact of the **COVID-19** pandemic on well-being and virtual care for people living with dementia and care partners living in the community.



By: Roach, Pamela; Zwiers, Angela; Cox, Emily; Fischer, Karyn; Charlton, Anna; Josephson, Colin B; Patten, Scott B; Seitz, Dallas; Ismail, Zahinoor; Smith, Eric E. Dementia (14713012), Aug2021, Vol. 20 Issue 6, p2007-2023, 17p. Publisher: Sage Publications Inc., Base de dados: Complementary Index

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 31. Impact of Confinement on the **Burden** of Caregivers of Patients with the Behavioral Variant of Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease during the **COVID-19** Crisis in France.



By: Boutoleau-Brettonnière, Claire; Pouclet-Courtemanche, Héléne; Gillet, Aurélie; Bernard, Amélie; Deruet, Anne-Laure; Gouraud, Inès; Lamy, Estelle; Mazoué, Aurélien; Rocher, Laetitia; Brettonnière, Cédric; El Haj, Mohamad. Dementia & Geriatric Cognitive Disorders Extra, 2020, Vol. 10 Issue 3, p127-134, 8p. Publisher: Karger AG., Base de dados: Complementary Index

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 32. Effects of **COVID-19** Pandemic Confinement in Patients With Cognitive Impairment.



By: Barguilla, Aina; Fernández-Lebrero, Aida; Estragués-Gázquez, Isabel; García-Escobar, Greta; Navalpotro-Gómez, Irene; Manero, Rosa María; Puente-Periz, Victor; Roquer, Jaume; Puig-Pijoan, Albert. Frontiers in Neurology, 11/24/2020, Vol. 11, pN.PAG-N.PAG, 8p. Publisher: Frontiers Media S.A., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** SPAIN; COGNITION disorders; **COVID-19** pandemic; DELIRIUM; MILD cognitive impairment; **BURDEN** of care; HEALTH services accessibility

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 33. From **Burden** to Depressive Symptoms in **Informal** Caregivers during the **COVID-19** Pandemic: A Path Analysis.



By: Rajovic, Tatjana; Todorovic, Natasa; Vracevic, Milutin; Rajovic, Nina; Pavlovic, Andrija; Pavlovic, Vedita; Grbic, Igor; Sagic, Rosa; Krstanovic, Slavica; Vukmircic, Marijana; Stanisavljevic, Tamara; Markovic, Ksenija; Motic, Tanja; Stanisavljevic, Dejana; Milic, Natasa. International Journal of Environmental Research & Public Health, Sep2021, Vol. 18 Issue 18, p9577-9577, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 34. The Psychological and Quality of Life Impacts on Women in Hong Kong during the **COVID-19** Pandemic.



By: Hung, Maria Shuk Yu; Lam, Stanley Kam Ki; Chan, Liliane Chui King; Liu, Sisi Pui Shan; Chow, Meyrick Chum Ming. International Journal of Environmental Research & Public Health, Jul2021, Vol. 18 Issue 13, p6734-6734, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 35. Lockdown-Related Disparities Experienced by People with Disabilities during the First Wave of the **COVID-19** Pandemic: Scoping Review with Thematic Analysis.



By: Jesus, Tiago S.; Bhattacharjya, Sutanuka; Papadimitriou, Christina; Bogdanova, Yelena; Bentley, Jacob; Arango-Lasprilla, Juan Carlos; Kamalakannan, Sureshkumar. International Journal of Environmental Research & Public Health, Jun2021, Vol. 18 Issue 12, p6178, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 36. Being the Family Caregiver of a Patient With Dementia During the Coronavirus Disease 2019 Lockdown.



By: Zucca, Milena; Isella, Valeria; Lorenzo, Raffaele Di; Marra, Camillo; Cagnin, Annachiara; Cupidi, Chiara; Bonanni, Laura; Laganà, Valentina; Rubino, Elisa; Vanacore, Nicola; Agosta, Federica; Caffarra, Paolo; Sambati, Renato; Quaranta, Davide; Guglielmi, Valeria; Appollonio, Ildebrando M.; Logroscino, Giancarlo; Filippi, Massimo; Tedeschi, Gioacchino; Ferrarese, Carlo. Frontiers in Aging Neuroscience, 4/20/2021, Vol. 13, pN.PAG-N.PAG, 12p. Publisher: Frontiers Media S.A., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** **COVID-19**; **CORONAVIRUS** diseases; PATIENT-family relations; DEMENTIA patients; PATIENTS' families; **COVID-19** pandemic

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

### 37. **COVID-19** and older people in Asia: Asian Working Group for Sarcopenia calls to actions.



By: Lim, Wee-Shiong; Liang, Chih-Kuang; Assantachai, Prasert; Auyeung, Tung W; Kang, Lin; Lee, Wei-Ju; Lim, Jae-Young; Sugimoto, Ken; Akishita, Masahiro; Chia, Shu-Lih; Chou, Ming-Yueh; Ding, Yew-Young; Iijima, Katsuya; Jang, Hak C; Kawashima, Shuji; Kim, Miji; Kojima, Taro; Kuzuya, Masafumi; Lee, Jenny; Lee, Sang Y. Geriatrics & Gerontology International, Jun2020, Vol. 20 Issue 6, p547-558, 12p. Publisher: Wiley-Blackwell., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** ASIA; Continuing Care Retirement Communities; Health and Welfare Funds; EPIDEMICS; ELDER care; PREVENTION of communicable diseases; MEDICAL care; MEDICAL protocols; PUBLIC health; DISEASE management; SARCOPENIA; **COVID-19**

38. **Tele-Rehabilitation for People with Dementia during the COVID-19 Pandemic: A Case-Study from England.**



By: Di Lorito, Claudio; Duff, Carol; Rogers, Carol; Tuxworth, Jane; Bell, Jocelyn; Fothergill, Rachael; Wilkinson, Lindsey; Bosco, Alessandro; Howe, Louise; O'Brien, Rebecca; Godfrey, Maureen; Dunlop, Marianne; van der Wárdt, Veronika; Booth, Vicky; Logan, Pip; Cowley, Alison; Harwood, Rowan H.. International Journal of Environmental Research & Public Health, 2/15/2021, Vol. 18 Issue 4, p1717-1717, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

39. **The Experiences of People with Dementia and Informal Carers Related to the Closure of Social and Medical Services in Poland during the COVID-19 Pandemic—A Qualitative Study.**



By: Maćkowiak, Maria; Senczyszyn, Adrianna; Lion, Katarzyna; Trypka, Elżbieta; Malecka, Monika; Ciulkowicz, Marta; Mazurek, Justyna; Świderska, Roksana; Giebel, Clarissa; Gabbay, Mark; Rymaszewska, Joanna; Szcześniak, Dorota. Healthcare (2227-9032), Dec2021, Vol. 9 Issue 12, p1677-1677, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

40. **Child-mothers with congenital Zika syndrome: daily rites for the prevention of COVID-19.**



/ Madres-infantiles con síndrome congénito de Zika: ritos diários para la prevención del COVID-19 / Mães-crianças com síndrome congênita do Zika: ritos quotidianos para prevenção da COVID-19. By: Lima Falcão do Valea, Paulo Roberto; Santos Passos, Sílvia da Silva; Cabral de Carvalho, Rosely; de Santana Carvalho, Evanilda Souza. Revista Gaucha de Enfermagem, 2021 Special Issue, Vol. 42, p1-12, 12p. Publisher: Revista Gaucha de Enfermagem., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** RESEARCH; COVID-19; ATTITUDES of mothers; PARENTS of children with disabilities; PSYCHOLOGY of mothers; CHILD development; ACTIVITIES of daily living; DIET; HYGIENE; QUALITATIVE research; PSYCHOSOCIAL factors; QUESTIONNAIRES; EXERCISE; HEALTH behavior; CHI-squared test; ZIKA virus infections; SOCIAL distancing; COVID-19 pandemic; MOTHER-child relationship

[Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

41. **Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic.**



/ Resiliencia en cuidadores en casa de adultos mayores durante la pandemia del COVID-19 / Resiliência do cuidador domiciliar da pessoa idosa durante a pandemia da COVID-19. By: Ramos, Elizabeth Fajardo; Núñez Rodríguez, Martha Lucia; Henao Castaño, Angela Maria. Revista Latinoamericana de Bioética, jul-dic2020, Vol. 20 Issue 2, p91-101, 11p. Publisher: Universidad Militar Nueva Granada, Departamento de Humanidades., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** COVID-19 pandemic; OLDER people; CAREGIVERS; CHILD caregivers; RESILIENCE (Personality trait); SOCIAL isolation; AGE factors in cognition disorders; PANDEMICS

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

42. **Neglected Needs of Family Caregivers during the COVID-19 Pandemic and What They Need Now: A Qualitative Study.**



By: Parmar, Jasneet; Anderson, Sharon; Dobbs, Bonnie; Tian, Peter George J.; Charles, Lesley; Triscott, Jean; Stickney-Lee, Jennifer; Brémault-Phillips, Suzette; Sereda, Sandy; Poole, Lisa. Diseases, Dec2021, Vol. 9 Issue 4, p70-70, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

43. **COVID-19: Short and Long-Term Effects of Hospitalization on Muscular Weakness in the Elderly.**



By: Sagarra-Romero, Lucia; Viñas-Barros, Andrea. International Journal of Environmental Research & Public Health, Dec2020, Vol. 17 Issue 23, p8715-8715, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

44. **Needs of Alzheimer's Charges' Caregivers in Poland in the Covid-19 Pandemic—An Observational Study.**



By: Rusowicz, Jagoda; Pezdek, Krzysztof; Szczepańska-Gieracha, Joanna; Tchounwou, Paul B.. International Journal of Environmental Research & Public Health, May2021, Vol. 18 Issue 9, p4493-4493, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

"meaning in life" SU Termos do Assunto **Pesquisar**

AND covid-19 TI Título [Criar Alerta](#)

AND burden of caregiver or burden of c. Selecione um Campo (opcional) [Limpar](#)

[+](#) [-](#)

[Pesquisa Básica](#) [Pesquisa Avançada](#) [Histórico de Pesquisas](#)

Resultados da Pesquisa 1 - 14 de 14

Ordenação por Relevância Opções de Página Partilhar

Nota: Duplicados removidos da lista de resultados.

Refinar Resultados

Pesquisa Atual

Pesquisa SmartText:

SU "meaning in life" AND TI covid-19 AND (burden of ca...

Expansores

Pesquisar também no texto integral dos artigos

Aplicar assuntos equivalentes

Limitadores

Texto Integral

Restringir a

Texto Integral

Analisado pelos Pares

Disponível na Coleção da Biblioteca

De: 2020 Data de Publicação Até: 2022

Mostrar Mais

Tipos de Fontes

Todos os Resultados

Revistas Acadêmicas (19)

Assunto

Publicação

Editor

Idioma

Geografia

Fornecedor de Conteúdos

1 Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic.



/ Resiliencia en cuidadores en casa de adultos mayores durante la pandemia del COVID-19 / Resiliência do cuidador domiciliar da pessoa idosa durante a pandemia da COVID-19. By: Ramos, Elizabeth Fajardo; Núñez Rodríguez, Martha Lucia; Henao Castaño, Angela Maria. Revista Latinoamericana de Bioética, jul-dic2020, Vol. 20 Issue 2, p91-101, 11p. Publisher: Universidad Militar Nueva Granada, Departamento de Humanidades., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** COVID-19 pandemic; OLDER people; CAREGIVERS; CHILD caregivers; RESILIENCE (Personality trait); SOCIAL isolation; AGE factors in cognition disorders; PANDEMICS

[Texto Integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

2 The COVID-19 pandemic as experienced by the spouses of home-dwelling people with dementia - a qualitative study.



By: Rokstad, Anne Marie Mork; Resvik, Janne; Fosberg, Marit; Eriksen, Siren. BMC Geriatrics, 10/20/2021, Vol. 21 Issue 1, p1-9, 9p. Publisher: BioMed Central., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** NORWAY; COVID-19 pandemic; DEMENTIA; CAREGIVERS; SOCIAL distancing; OLDER men

[Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

3 Impacts of COVID-19 and partial lockdown on family functioning, intergenerational communication and associated psychosocial factors among young adults in Singapore.



By: Tam, Wilson Wai San; Poon, Sum Nok; Mahendran, Rathii; Kua, Ee Heok; Wu, Xi Vivien. BMC Psychiatry, 11/26/2021, Vol. 21 Issue 1, p1-11. 11p. 4 Charts. DOI: 10.1186/s12888-021-03599-z., Base de dados: Academic Search Complete

**Assuntos:** ACCEPTANCE & commitment therapy; FAMILY communication; CENTER for Epidemiologic Studies Depression Scale; COVID-19; INTERGENERATIONAL communication; PSYCHOSOCIAL factors; YOUNG adults; SINGAPORE; UNIVERSITY of California, Los Angeles

Mostrar todas as 4 Imagens



[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(819KB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

4 Repercussions of the COVID-19 pandemic in children and mothers with Congenital Zika Syndrome.



/ Repercusiones de la pandemia de COVID-19 en madres-niños con síndrome congénito del Zika. / Repercussões da pandemia da COVID-19 em mães-crianças com síndrome congênita do Zika. By: Lima Falcão do Vale, Paulo Roberto; Siqueira da Silva, Evelyn; Passos Costa, Jessica Santos; Cabral de Carvalho, Rosely; Souza de Santana Carvalho, Evanilda. Acta Paulista de Enfermagem, 2021, Vol. 34 Issue 3, p1-9, 9p. Publisher: Universidade Federal de Sao Paulo, Escola Paulista de Enfermagem., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** BRAZIL; PSYCHOLOGICAL stress -- Risk factors; RESEARCH; HOME environment; RESEARCH methodology; HABIT; BURDEN of care; T-test (Statistics); SLEEP; INCOME; CHILD health services; DESCRIPTIVE statistics; ZIKA virus infections; THEMATIC analysis; CONTENT analysis; ANXIETY; COVID-19 pandemic; MOTHER-child relationship

[Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

5 Inequalities and Social Resilience in Times of COVID-19.



Desigualdades y resiliencia social en tiempos de COVID-19 / Desigualdades e resiliência social em tempos de covid-19. By: Andia, Tatiana; Chorev, Nitsan. Revista de Estudios Sociales. oct-dic2021, Issue 78, p2-13. 12p. DOI: 10.7440/res78.2021.01., Base de dados: Academic Search Complete

**Assuntos:** COVID-19; COVID-19 pandemic; HEALTH equity; EQUALITY; RESILIENCE (Personality trait)

[Texto Integral em PDF \(6.1MB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

6 The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic.



(English); Abstract available. By: Akkus Y; Karacan Y; Ünlü K; Deniz M; Parlak A. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer [Support Care Cancer], ISSN: 1433-7339, 2022 Feb, Vol. 30 (2), pp. 1863-1872; Publisher: Springer International, PMID: 34613473, Base de dados: MEDLINE

**Assuntos:** COVID-19; Neoplasms therapy; Anxiety epidemiology; Anxiety Disorders; Caregiver Burden; Caregivers; Cost of illness; Cross-Sectional Studies; Humans; Pandemics; SARS-CoV-2; Surveys and Questionnaires

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

7 Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Patients With Schizophrenia and Their Caregivers.



By: Caqueo-Urizar, Alejandra; Urzúa, Alfonso; Ponce-Correa, Felipe; Ferrer, Rodrigo. Frontiers in Psychology, 11/5/2021, Vol. 12, p1-9, 9p. Publisher: Frontiers Media S.A., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** CHILE; COVID-19 pandemic; COVID-19; SCHIZOPHRENICS; PSYCHOLOGICAL well-being; CAREGIVERS; PSYCHOSOCIAL factors

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

8. The need for psychological, **caregiver**-centered intervention in the time of **COVID-19**.



By: Ortelli, Paola; Ferrazzoli, Davide; Versace, Viviana; Saltuari, Leopold; Sebastianelli, Luca. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions, 2021, Vol. 7 Issue 1, p1-2, 2p. Publisher: Wiley-Blackwell., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** CAREGIVERS; COVID-19 pandemic; NEURODEGENERATION; LOCKDOWNS (Safety measures); SCIENTIFIC community

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

9. **COVID-19, THE ECONOMY AND HUMAN RIGHTS.**



By: Bohoslavsky, Juan Pablo. Sur: International Journal on Human Rights. Aug2020, Issue 30, p1-16. 16p. , Base de dados: Academic Search Complete

**Assuntos:** COVID-19; HUMAN rights; ARBITRATORS; COVID-19 pandemic

[Texto Integral em PDF](#) (1.3MB) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

10. Food insecurity and mental health of women during **COVID-19**: Evidence from a developing country.



By: Rahman, Tabassum; Hasnain, M. D. Golam; Islam, Asad. PLoS ONE. 7/29/2021, Vol. 16 Issue 7, p1-18. 18p. DOI: 10.1371/journal.pone.0255392. , Base de dados: Academic Search Complete

**Assuntos:** FOOD security; WOMEN'S mental health; COVID-19; COVID-19 pandemic; INFECTIOUS disease transmission; RURAL geography; BANGLADESH

[Texto Integral em PDF](#) (634KB) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

11. Analysis of Early Impact of **COVID-19** on Presentation and Management of Oral Cancers – an Experience from a Tertiary **Care** Hospital in South India.



By: Riju, Jeyashanth; Tirkey, Amit Jiwan; Mathew, Manu; Chamania, Gaurav; Babu, Malavika; Patil, Shruthi; Anto, Ronald; Agarwal, Mansi; Vidya, Konduru. Indian Journal of Surgical Oncology, Dec2021 Supplement 2, Vol. 12 Issue 2, p242-249, 8p. Publisher: Springer Nature., Base de dados: Complementary Index

[Texto integral disponível](#) [Full Text Open Access](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

12. International Prevalence and Correlates of Psychological Stress during the Global **COVID-19** Pandemic.



By: Adamson, Maheen M.; Phillips, Angela; Seenivasan, Srija; Martinez, Julian; Grewal, Harlene; Kang, Xiaojian; Coetzee, John; Luttenbacher, Ines; Jester, Ashley; Harris, Odette A.; Spiegel, David. International Journal of Environmental Research & Public Health, Dec2020, Vol. 17 Issue 24, p9248, 1p. Publisher: MDPI., Base de dados: Complementary Index

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

13. The Aftermath of **COVID-19** Lockdown- Why and How Should We Be Ready?



By: Deora, Harsh; Sadashiva, Nishanth; Tripathi, Manjul; Yagnick, Nishant; Mohindra, Sandeep; Batish, Aman; Patil, Ninad; Aggarwal, Ashish; Jangra, Kiran; Bhagat, Hemant; Panda, Nidhi; Panigrahi, Manas; Behari, Sanjay; Chandra, P.; Shukla, Dhaval; Singh, Lokendra; Math, Suresh; Gupta, Sunil; Yagnick, Nishant S; Patil, Ninad R. Neurology India, Jul/Aug2020, Vol. 68 Issue 4, p774-791, 18p. Publisher: Wolters Kluwer India Pvt Ltd., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** WORLD Health Organization; General Medical and Surgical Hospitals; General (except paediatric) hospitals; COVID-19; VIRAL transmission; STAY-at-home orders; HOSPITAL administration

[Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

14. **COVID-19** in Africa: **care** and protection for frontline healthcare workers.



By: Chersich, Matthew F.; Gray, Glenda; Fairlie, Lee; Eichbaum, Quentin; Mayhew, Susannah; Allwood, Brian; English, Rene; Scorgie, Fiona; Luchters, Stanley; Simpson, Greg; Haghighi, Marjan Mosalman; Pham, Minh Duc; Rees, Helen. Globalization & Health, 5/15/2020, Vol. 16 Issue 1, p1-6, 6p. Publisher: BioMed Central., Base de dados: Complementary Index

**Assuntos:** AFRICA; COVID-19; PERSONAL protective equipment; SOCIAL distancing; SAFETY appliances; PSYCHOLOGICAL stress

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)

Página: 1



Início da Página



[EBSCO Connect](#)

[Política de Privacidade](#)

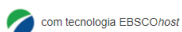
[Testes A/B](#)

[Condições de Utilização](#)

[Copyright](#)

[Política de Cookies](#)

[Contacte-nos](#)



com tecnologia EBSCOhost

© 2022 EBSCO Industries, Inc. Todos os direitos reservados.

**APÊNDICE II- GRELHA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS:**

## GRELHA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS:

**Estudo 1** Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. BMC Health Services Research, 21(1), 1–11.

<b>JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies</b>				
<b>Validade dos resultados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco claro</b>	<b>Não Aplicável</b>
1. Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2. Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?		x		
5. Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6. As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8. Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
<b>Avaliação geral</b>				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
<b>Comentários</b>				
7/8=87,5%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

**Estudo 2:** Cohen, S. A., Kunicki, Z. J., Drohan, M. M., & Greaney, M. L. (2021). Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19. Gerontology & Geriatric Medicine, 1–9.

<b>JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies</b>				
<b>Validade dos resultados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco claro</b>	<b>Não Aplicável</b>
1. Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2. Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?			x	
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5. Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6. As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8. Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
<b>Avaliação geral</b>				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
<b>Comentários</b>				
7/8=87,5%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

**Estudo 3:** Rajovic, T., Todorovic, N., Vracevic, M., Rajovic, N., Pavlovic, A., Pavlovic, V., Grbic, I., Sapic, R., Krsmanovic, S., Vukmirovic, M., Stanisavljevic, T., Markovic, K., Mostic, T., Stanisavljevic, D., & Milic, N. (2021). From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A Path Analysis. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(18), 9577.

<b>JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies</b>				
<b>Validade dos resultados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco claro</b>	<b>Não Aplicável</b>
1. Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2. Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5. Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6. As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8. Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
<b>Avaliação geral</b>				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
<b>Comentários</b>				
8/8=100%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

**Estudo 4** Ramos, E. F., Núñez Rodríguez, M. L., & Henao Castaño, A. M. (2020). Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(2), 91–101

<b>JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies</b>				
<b>Validade dos resultados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco claro</b>	<b>Não Aplicável</b>
1. Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2. Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5. Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6. As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8. Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
<b>Avaliação geral</b>				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
<b>Comentários</b>				
8/8=100%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

**Estudo 5:** Akkuş, Y., Karacan, Y., Ünlü, K., Deniz, M., & Parlak, A. (2022). The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Supportive Care in Cancer* : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 30(2), 1863–1872. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06611-0>

<b>JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies</b>				
<b>Validade dos resultados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco claro</b>	<b>Não Aplicável</b>
1. Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2. Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?		x		
5. Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6. As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8. Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
<b>Avaliação geral</b>				
Incluir	Excluir		Procurar mais informação	
x				
<b>Comentários</b>				
7/8=87,5%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

### **APÊNDICE III- QUADROS DE EVIDENCIA DOS ESTUDOS SELECCIONADOS**

**Quadro 1 - Quadro de evidência do estudo (E1) de Budnick et al., (2021)**

**Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany** <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7>

**Orientação Metodológica**

Pesquisa transversal realizada on-line de 21 de abril a 2 de maio de 2020

**Participantes**

1000 cuidadores informais

**Intervenções**

Foram usados questionários para avaliar as mudanças específicas provocadas pelo COVID-19 no cuidar, como sentimentos negativos ao cuidar, problemas com a implementação das medidas de prevenção de COVID-19, preocupações/trabalho excessivo, perda de apoio, mudança no próprio envolvimento dos cuidadores informais nos cuidados e problemas com a compreensão e praticabilidade das informações do COVID-19. Foram relacionadas essas questões a cinco indicadores de envolvimento na prestação de cuidados (ou seja, ser o cuidador principal, grande dispêndio de tempo, alto nível de cuidado, demência, sem ajuda profissional). Análises binomial e de regressão múltipla foram aplicadas.

**Resultados**

Entre os indicadores de envolvimento no cuidado, 25,5-39,7% relataram que a prestação de cuidados piorou bastante ou muito durante a pandemia de COVID-19, especialmente para aqueles que cuidam de alguém com demência ou para aqueles que geralmente dependem de ajuda profissional. Em um modelo de regressão múltipla, o número médio de indicadores de envolvimento atendidos foi associado à idade ( $\beta = .18$ ; IC .10-.25), demanda/procura excessivas ( $\beta = .10$ , IC .00-.19), problemas de implementação das medidas COVID-19 ( $\beta = 0,11$ , IC 0,04-0,19), um aumento no cuidado pelos próprios cuidadores informais ( $\beta = 0,14$ , IC 0,03-0,24), bem como sem alteração na quantidade de cuidado ( $\beta = .18$ , CI .07-.29) e perda de suporte ( $\beta = -.08$ , CI -.16-.00). Não foram encontradas associações significativas com o número médio de indicadores de envolvimento atendidos para gênero, escolaridade, mudança na situação de cuidado, sentimentos negativos e fornecimento, compreensão e praticabilidade de informações COVID-19.

**Conclusões**

Os cuidadores que experienciaram um aumento de sobrecarga de cuidados, foram os que mais sofreram durante a pandemia, sendo necessário, maior apoio estrutural do sistema de saúde, agora e no futuro.

**Quadro 2 - Quadro de evidência do estudo (E2) de Cohen et al., (2021)**

**Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19** <https://doi.org/10.1177/2333721421999279>

**Orientação Metodológica**

Pesquisa transversal online

**Participantes**

Os 834 participantes do estudo foram recrutados usando Amazon's Mechanical Turk (MTurk) entre 4 e 15 de junho de 2020. As pessoas interessadas acederam a um link para Qualtrics, forneceram um consentimento informado e responderam a perguntas de avaliação de elegibilidade. Os dados foram confirmados para garantir que havia apenas um registro por participante verificando os endereços IP antes da análise. Para ser elegível era necessário ser um cuidador informal de uma pessoa de 50 anos de idade com algum problema de saúde, deficiência, ou declínio cognitivo, habitante nos Estados Unidos (EUA) bem como ser capaz de ler inglês. Os entrevistados receberam \$ 1,50 como compensação pela participação.

**Intervenções**

As principais variáveis de interesse foram a mudança da intensidade do cuidar (CI) e a sobrecarga do cuidado (CB) atribuídos à pandemia COVID-19. Para avaliar as mudanças na intensidade do cuidar os participantes foram questionados: "Será que desde a pandemia COVID-19 a quantidade de horas que presta cuidados mudou? (aumentou muito, aumentou um pouco, quase o mesmo, diminuiu um pouco, diminuiu muito).

Da mesma forma, a mudança na sobrecarga do cuidador foi avaliada pela resposta do participante a um único item: "Sente que desde a pandemia COVID-19 a sobrecarga pelo cuidado mudou?" com as mesmas respostas possíveis das perguntas anteriores.

Para fins analíticos, as respostas para a Intensidade do Cuidado e a Sobrecarga do Cuidado foram categorizadas em três variáveis de nível -aumentou, sem alteração, diminuiu.

A sobrecarga do cuidado foi avaliada através do *Cuidador Burden Inventory* (CBI) (Novak & Guest, 1989), a Escala multidimensional de 22 itens usada para estimar a quantidade de sobrecarga que os cuidadores experimentam devido aos cuidados dados.

---

Outras características de interesse incluíram a idade dos entrevistados em anos, sexo (masculino/feminino), se o cuidador foi diagnosticado com COVID-19 (sim/não) e idade do destinatário do cuidado, raça /etnia e se o cuidador vive destinatário do cuidado (sim/não).

#### **Resultados**

A maioria da amostra era do sexo masculino (68,5%) e a idade média dos entrevistados era de 34 anos. A maioria dos entrevistados relatou um aumento na intensidade do Cuidado (55,7%) e na sobrecarga do cuidado (53,1%) desde o início da pandemia COVID-19. Não houve diferenças significativas nas mudanças de intensidade de cuidado ou sobrecarga no cuidado devido à pandemia por idade, sexo ou raça / etnia.

As condições primárias de saúde mais comuns e deficiências para as quais os cuidadores prestaram cuidados foram diabetes (22%), doenças infecciosas (15%), asma (17%), doença de Alzheimer e demências relacionadas e condições (11%) e doenças cardíacas e hipertensão (6%), sendo os restantes 29% outras condições.

A maioria dos destinatários de cuidados (53%) vivia em casa própria casa ou apartamento, 40% viviam com o cuidador informal e 6% viviam em lares de idosos.

#### **Conclusões**

Em 2021, a pandemia por COVID-19 continua a influenciar quase todos os aspetos da vida. Esse impacto continua a evoluir com o tempo. Compreender o impacto que a pandemia tem sobre mais de 40 milhões de cuidadores informais nos EUA é de extrema importância para manter este elemento essencial do sistema de saúde dos EUA. A Sobrecarga do Cuidado é uma das mais importantes escalas e amplamente utilizadas para avaliar o impacto do cuidar. É uma medida multidimensional e inclui fatores como saúde mental e física, envolvimento social e qualidade de vida. O resultado deste estudo sugere que mudanças na sobrecarga do cuidado devida à pandemia por COVID-19 não eram uniformes entre os grupos de gênero de cuidadores informais. Portanto, compreender e abordar as necessidades de subgrupos de cuidadores individuais à medida que a pandemia evolui, é fundamental para proteger a saúde e bem-estar dos cuidadores.

Pesquisas futuras deveriam estudar os componentes específicos e fatores relacionados com a sobrecarga do cuidador, no sentido de conceber políticas e programas de intervenção adaptados às necessidades individuais dos cuidadores de modo a mitigar os impactos negativos da sobrecarga já exacerbada pela pandemia.

---

### **Quadro 3 -Quadro de evidência do estudo (E3) de Rajovic.et al., (2021)**

---

#### **From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A Path Analysis. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189577>**

##### **Orientação Metodológica**

De março a setembro de 2020 foi realizado um estudo transversal entre os cuidadores informais durante a epidemia de COVID-19 na Sérvia.

##### **Participantes**

Cuidadores informais: uma amostra representativa nacional (n = 798)

##### **Intervenções**

Um questionário de nove secções concebido para este estudo incluiu as características dos cuidadores, características dos cuidadores e destinatários dos cuidados, questões relacionadas com o COVID-19 e os seguintes instrumentos padronizados: 12-Item Short-Form Health Survey, Fadiga Severity Scale, Atividades de Escala Diária de Vida e Atividades Instrumentais da Escala De Vida Diária, Escala de Carga do Cuidador Zarit e Inventário de Depressão Beck.

##### **Resultados**

A maioria dos participantes era do sexo feminino (70,8%), e a maioria tinha entre 35 e 64 anos (72,8%) anos. Quase metade dos cuidadores informais foram empregados (47,2%), 59,4% eram casados e 55,8% tinham o ensino secundário. A maioria estava atualmente a cuidar de uma pessoa (84,9%), e a prestar cuidados apenas (67,5%). A escala de fadiga do cuidador informal (FSS) apresentou uma pontuação média de  $3,5 \pm 1,8$ , com um valor mínimo observado de um, e o valor máximo de sete. Os beneficiários de cuidados eram maioritariamente mulheres (60,2%) com mais de 65 anos (80,4%). Mais de metade dos beneficiários de cuidados de saúde recebem cuidados de saúde desde há 2 até 5 anos (54,8%), quase todos os dias (78,5%) e mais de 12 horas por dia (46,3%). Quase todos os beneficiários de cuidados estavam relacionados com o cuidador (90,6%) e 66,6% viviam num agregado familiar comum. Mais de 30% (31,6%) dos inquiridos afirmaram ter meios financeiros suficientes, enquanto 18,3% recebiam ajuda financeira regular.

---

Mais de metade dos cuidadores (57,6%) classificou a complexidade dos cuidados como altamente exigente, com notas observadas a variar de sete a dez. Na realização de atividades quotidianas, os beneficiários de cuidados de saúde necessitaram da maior ajuda com o banho (61,5%), enquanto com a alimentação precisavam de menos ajuda (32,2%). Cerca de 43,5% dos utentes precisavam de ajuda na transferência e 42,1% precisavam de ajuda na ida ao wc

Mais de metade (61,5%) dos cuidadores informais acreditavam que a sua saúde estava mais em risco do que antes da pandemia. Mais de dois terços (68,7%) acreditavam que durante a pandemia a saúde da pessoa que cuidava estava mais em risco do que antes da pandemia, e 67,3% estavam mais preocupados com a sua própria ou com a saúde da pessoa que estava a ser cuidada.

Com base nas pontuações da Escala de Encargos do Cuidador Zarit, 38,7% dos cuidadores informais tinham uma sobrecarga moderada, 26,4% tinham uma sobrecarga moderada a grave e 6,0% dos inquiridos tinham uma sobrecarga severa. Com base no Inventário de Depressão beck, quase 20% dos cuidadores relataram sintomas de depressão leve a moderada, enquanto 7,2% experimentaram depressão severa

### Conclusões

A saúde física autoavaliada, a carga do cuidador e a necessidade de apoio psicossocial durante o COVID 19 foram os principais preditores diretos da depressão de um cuidador. Os cuidadores com um nível mais elevado de saúde física autoavaliada tinham um nível mais baixo de sintomas depressivos. Aqueles que relataram um nível mais elevado de carga e necessidade de apoio psicossocial durante o COVID-19 tinham um nível mais elevado de sintomas depressivos. O nível de independência dos beneficiários de cuidados na realização de atividades básicas de vida diária, duração dos cuidados diários, complexidade dos cuidados, apoio financeiro insuficiente e necessidade de apoio psicossocial teve efeitos indiretos importantes através da escala de encargos. Além do seu efeito direto na depressão, a saúde física teve efeitos indiretos negativos através da escala de carga e da necessidade de apoio psicossocial. A sobrecarga subjetiva constituiu-se como um fator de risco significativo para os sintomas depressivos nos cuidadores durante a pandemia COVID-19. A prestação de apoio psicossocial foi identificada como uma importante oportunidade para reduzir o risco depressivo nos cuidadores informais.

#### Quadro 4– Quadro de evidência do estudo (E4) Ramos et al., (2020)

##### Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic.

<https://doi.org/10.18359/r/bi.4813>

##### Orientação Metodológica

Estudo quantitativo, descritivo e transversal

##### Participantes

Uma amostra de conveniência de 49 cuidadores domiciliares formais e informais de idosos.

##### Intervenções

Este estudo tem como objetivo identificar o nível de resiliência em cuidadores domiciliares formais e informais de idosos em Ibagué durante a pandemia de COVID-19. A esses cuidadores foi aplicada a Brief Resilient Coping Scale (BRSC), instrumento composto por quatro itens. Os dados foram recolhidos em abril de 2020.

##### Resultados

35 mulheres e 14 homens participaram deste estudo. Os cuidadores formais (69,4%) e informais, em sua maioria familiares (30,6%), tinham entre 18 e 30 anos (65,30%). Seus níveis de resiliência foram altos (16,3%), moderados (61,3%) e baixos (22,4%). Houve associação significativa entre tipo de cuidador e nível de resiliência ( $p < 0,05$ ). Outras co-variáveis estudadas não mostraram associação significativa.

##### Conclusões

Devido às situações stressantes causadas pelo cuidar durante o isolamento social e pelo risco de morte de pessoas idosas por COVID-19, devem ser consideradas outras estratégias para melhorar a resiliência, nomeadamente estratégias relacionadas com intervenções emocionais, cognitivas e socioculturais para o cuidador informal.

Quadro 5- Quadro de evidência do estudo (E5) de Akkuş, et al. (2022).

**The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. Supportive Care in Cancer** <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06611-0>

#### Orientação Metodológica

Estudo descritivo transversal

#### Participantes

Incluiu 250 cuidadores utentes com patologia hematológica e oncológica registados numa associação de apoio ao cancro.

#### Intervenções

Todos os participantes preencheram os seguintes questionários d: escala de bem-estar espiritual (SWBS), desordem de ansiedade generalizada escala de 7 itens e a Entrevista de Carga de Cuidador Zarit (ZBI).

#### Resultados

A maioria (82,4%) dos cuidadores expressou medo de que seu paciente possa contrair COVID-19, e 42,0% afirmaram ter dificuldade em chegar ao hospital. A pontuação média do ZBI foi de  $21,06 \pm 14,64$ , a pontuação média do GAD-7 foi de  $14,51 \pm 6,02$ , e a pontuação média do SWBS foi de  $111,50 \pm 16,84$ . De acordo com os resultados da análise de regressão, os scores DE SWBS e GAD-7 tiveram efeito significativo no score ZBI ( $p < 0,05$ ).

#### Conclusões

Neste estudo, a ansiedade explicou a maior parte da carga assistencial durante o COVID-19. Portanto, durante a pandemia COVID-19, pode ser benéfico implementar práticas para promover a espiritualidade e reduzir a ansiedade nos cuidadores de utentes com cancro.

**APÊNDICE IV – RELATÓRIO DE ESTÁGIO II**

3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Ano Letivo 2019-2020



**RELATORIO DE  
ESTÁGIO II**

Sandra Lopes

Leiria, dezembro de 2020

3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Ano Letivo 2019-2020



**RELATÓRIO DE  
ESTÁGIO II**

**Trabalho elaborado por:** Sandra Lopes

**Unidade curricular:** Estágio II – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família

**Professora orientadora:** Teresa Kraus

**Enfermeira Orientadora:** Mafalda Girão

Leiria, dezembro de 2020

*“Se você passar por uma guerra no trabalho, mas tiver paz quando chegar em casa,  
será um ser humano feliz”.*

*Augusto Cury*

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

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DM- Diabetes Mellitus

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HTA- Hipertensão Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

## **ÍNDICE GERAL**

<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS .....</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1-ENSINO CLÍNICO.....</b>	<b>10</b>
1.1 CARATERIZAÇÃO DA USF PEDRO E INES.....	10
<b>2 - ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO II.....</b>	<b>13</b>
<b>3- DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO FAMILIAR.....</b>	<b>19</b>
3.1-ENQUADRAMENTO NACIONAL E REGIONAL.....	19
3.2- PROCESSO FAMILIAR .....	20
<b>ANÁLISE CRÍTICA REFLEXIVA DO ENSINO CLÍNICO .....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>25</b>

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1- Objetivo 1 - Cuidar da família como unidade de cuidados.....	13
QUADRO 2- Objetivo 2 - “Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” .....	18

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Pirâmide etária da População abrangida pela USF Pedro e Inês (2019).....	11
--	----

## INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio II surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, 1º ano, 2º semestre, – “Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família”, que tem lugar na Unidade de Saúde Familiar (USF) Pedro e Inês.

Este estágio teve início dia 28 de setembro e terminará a 18 de dezembro do presente ano e terá a duração de 288h, sendo horas de presença física obrigatória, a decorrer na Unidade de Saúde Familiar (USF) Pedro e Inês, sob orientação da Professora Teresa Kraus e supervisão da Enfermeira Mafalda Girão.

De salientar que os objetivos gerais formulados para o Estágio II são “Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” conforme constam no regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros e publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.

De facto, a família é uma unidade chave na produção de saúde e, conseqüentemente na melhoria da saúde uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis. Neste âmbito os enfermeiros de família poderão contribuir de forma muito útil nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, além das suas funções de tratamento. Com este intuito, ajudam os indivíduos, e as famílias a assumir a doença e a incapacidade crónica, ou empregam uma grande parte do seu tempo junto dos doentes e família, no domicílio destes e em período de crise. Os enfermeiros deverão poder fazer aconselhamentos sobre os modos de vida e fatores de risco ligados a comportamentos, bem como ajudar as famílias em questões ligadas à saúde. Ao detetar precocemente os problemas, podem favorecer a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início (Ordem dos Enfermeiros, 2000).

No mesmo sentido, o envelhecimento da população e a crescente prevalência das doenças crónicas traduzem-se no aumento progressivo de incapacidades, o que leva a que os enfermeiros desenvolvam a sua atividade no sentido de capacitar a pessoa/família para gerir com maior eficácia os processos saúde-doença, centralizando a responsabilização da pessoa/família para se autocuidar. Os enfermeiros podem contribuir de forma significativa na promoção do

autocuidado, na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de saúde familiar pode constituir uma mais-valia. A capacidade na gestão das estratégias de solução de problemas permitirá que o sistema familiar possa evoluir positivamente na sua trajetória evolutiva, co-construindo cada família as suas próprias estratégias de *coping* (Figueiredo, 2012). Para Meleis (2000), os enfermeiros e os cuidados que prestam aos cidadãos têm por foco ajudar as pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida

Para sustentar o presente trabalho há necessidade de recorrer a teorias e/ou modelos de enfermagem que contribuam para promover e desenvolver os conhecimentos dos utentes sobre a problemática da saúde, sendo que “os modelos e as teorias de enfermagem fornecem uma perspetiva dos principais conceitos da disciplina geram saber sob a forma de orientação teórica para a investigação e a prática e conduzem ao desenvolvimento de novos instrumentos de investigação” (Tomey & Alligood, 2004).

Neste sentido, Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, que engloba três teorias inter-relacionadas: 1) Teoria do Autocuidado; 2) Teoria do Défice de Autocuidado e, 3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Autocuidado refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, através de práticas consideradas adequadas. Deste modo, o autocuidado desempenha um papel fundamental na saúde dos indivíduos, uma vez que está diretamente relacionado com os resultados associados à saúde das pessoas (George, 2000).

No essencial, Orem refere na sua teoria que o autocuidado é visto como uma função humana reguladora, não inata, uma vez que necessita de ser aprendida e desenvolvida, de forma a suprir as necessidades reguladoras dos indivíduos. Parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida. Quando os indivíduos não têm esta capacidade de se autocuidarem, necessitam que os cuidados sejam realizados por outras pessoas que assumem a responsabilidade por esses mesmos cuidados (ex. familiares cuidadores).

A Teoria do Défice de Autocuidado é o elemento essencial da Teoria de Orem. Exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. Orem, identifica cinco métodos de ajuda (George, 2000): 1) Agir ou fazer para outra pessoa, 2) guiar e orientar, 3) Proporcionar apoio físico e psicológico, 4) Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e 5) Ensinar, quando as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo autocuidar-se, surge um défice (dependência) de autocuidado. O défice de autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado. Este conceito é orientador, permitindo a adequação dos métodos de

auxílio e a compreensão do papel dos indivíduos doentes no autocuidado. Perante a avaliação deste défice de autocuidado, o enfermeiro adequa a sua intervenção, uma vez que esta ocorre quando as suas necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo. É nesta altura que os enfermeiros, através da sua ação profissional, intervêm no sentido de minimizar os efeitos desse défice (dependência).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem”. Nesta teoria é determinado como é que os enfermeiros, os doentes, ou ambos, dão resposta às necessidades decorrentes da dependência no autocuidado. O sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de autocuidado e no potencial do doente para o desempenho das atividades do autocuidado. Os cuidados de enfermagem são exigidos, quando existe um défice de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (George, 2000).

Com o desenvolvimento deste relatório pretendo refletir sobre a minha experiência na USF, descrevendo e analisando as atividades desenvolvidas e bem como os resultados obtidos no sentido da aquisição de competências, identificação de situações de aprendizagem, e identificação das dificuldades encontradas, tendo por base um pensamento crítico.

No final deste relatório é realizada uma reflexão sobre, em que medida, todas as atividades, experiências e oportunidades contribuíram para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Familiar definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

## 1-ENSINO CLÍNICO

O ensino clínico na enfermagem assume uma especial relevância, dado que é no seio de uma equipa e através do contacto direto com o utente/família ou comunidade que o estudante, com a cooperação de outros enfermeiros qualificados, aprende a planear, avaliar os cuidados de enfermagem necessários, com base nos conhecimentos e competências adquiridas na vertente teórica (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

### 1.1 CARATERIZAÇÃO DA USF PEDRO E INES

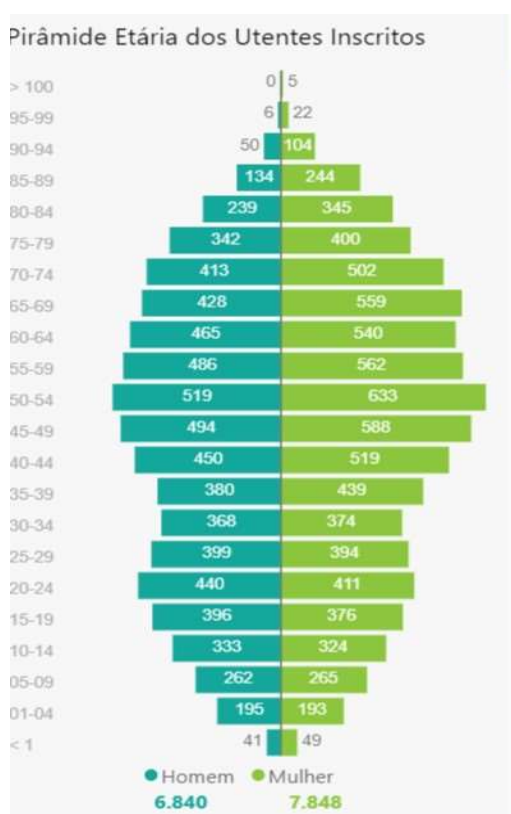
A Unidade de Saúde Familiar Pedro e Inês localiza-se na Rua do Hospital de Alcobaça e serve uma população com cerca de 15200 utentes, que se encontram distribuídos pela união defreguesias de Alcobaça e Vestiaria, Maiorga, zona limítrofe das freguesias de Évora de Alcobaça e Prazeres de Aljubarrota. Tem como horário de funcionamento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, e encerra das 12h às 13h todas as terças-feiras, para reunião de Equipa.

A USF Pedro e Inês situa-se no mesmo edifício da sede do Centro de Saúde Alcobaça, numa localização central e acessível, com estacionamento próprio. A USF encontra-se em funcionamento no rés-do-chão, no mesmo edifício funciona a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (com psicólogos, assistente social, higienista oral e médicos de medicina dentária), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade UCC (com Enfermeiras especialistas na área da Reabilitação, Pediatria e Comunitária).

A USF Pedro e Inês iniciou a sua atividade em janeiro de 2010 como modelo A, tendo em julho de 2013 iniciado a sua atividade enquanto modelo B. As USF de modelo B surgem em equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente. De igual modo, a USF Pedro e Inês almeja a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos indivíduos e famílias, potenciando as aptidões e competências de cada profissional e premiando o desempenho individual e coletivo, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde. Os utentes da USF Pedro e Inês encontram-se organizados por ficheiros clínicos sendo os 14883

utentes distribuídos pelos 8 médicos de família e respetivos 8 enfermeiros de família, ficando cada equipa responsável por cerca de 1800 utentes.

A estrutura etária da população da Região Oeste Norte modificou-se consideravelmente nos últimos 50 anos, com um envelhecimento populacional e alteração dos grupos etários com mais representação, passaram dos com menos de 20 anos para o grupo entre os 30 e os 50 anos. A par destas alterações, existe agora um número consideravelmente maior de habitantes com mais de 70 anos (ACES Oeste Norte, 2014).



-Gráfico 1 - Pirâmide etária da População abrangida pela USF Pedro e Inês (2019)

Na população abrangida pela USF Pedro e Inês (2019) a faixa etária mais predominante é dos 50-54 anos, tanto para o género feminino (633 mulheres), como masculino (519 homens), como é possível observar na pirâmide etária. Verifica-se, portanto, uma população maioritariamente em idade ativa, ainda que tendencialmente envelhecida tendo em conta o índice de dependência total de 59,08%, sendo 18% jovens e 41,04% idosos. Perante estes dados, depreende-se que a população de Alcobaça apresenta necessidades de cuidados com elevado nível de dependência, não só porque o número de idosos é superior e tende a aumentar, como também constitui uma faixa da população que apresenta múltiplas comorbilidades que deverão ser avaliadas e vigiadas regularmente.

De acordo com o Plano de Ação da USF Pedro e Inês

(2019), as co-morbilidades com maior prevalência na população de Alcobaça são: a Hipertensão (HTA), a Diabetes e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), pelo que a USF disponibiliza consultas de vigilância específicas para utentes com estas doenças crónicas.

Dentro do horário de funcionamento os utentes têm acesso a atendimento administrativo, médico e de enfermagem programado, neste âmbito realizam-se consultas de vigilância no âmbito dos Programas de saúde em vigor, nomeadamente na área da gestão da doença, consulta de

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; e na área da gestão da saúde, consultas programadas de Saúde da mulher (Saúde materna, Planeamento familiar e Rastreamento do cancro da mama e do colo do útero), Saúde infantil e juvenil e Saúde do Adulto. Existe também resposta para situações não programadas (situações agudas) com possibilidade de inter substituição entre médicos em caso de necessidade.

As visitas domiciliárias são geridas pela equipa de enfermagem, dispondo a mesma de um veículo próprio. A área de abrangência destas visitas não está condicionada pela distância das famílias à USF mas sim ao facto de os utentes pertencerem ou não a esta unidade.

A USF Pedro e Inês contempla também no seu Plano de Ação (2017), no âmbito dos Serviços Assistenciais, uma resposta adequada aos utentes não inscritos na unidade e que necessitem de cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários.

De salientar que atualmente, devido à situação de pandemia em que nos encontramos muitas consultas foram remarçadas, por necessidade de espaçar as mesmas. Assim sendo, as consultas são marcadas de 20 em 20 minutos para se tentar assegurar a desinfeção/higienização dos espaços e superfícies. Apesar destas medidas, a USF manteve cerca de 70% das consultas, assegurando principalmente as consultas de vigilância. Ao nível de vacinação e acompanhamento de grávidas mantiveram as consultas programadas, estando a decorrer dentro do que é preconizado.

## 2 - ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO II

Ao longo deste capítulo descrevo as competências definidas no projeto de aprendizagem, os resultados esperados, as atividades propostas e o desenvolvimento do processo que permitiu a aquisição de cada competência.

Numa fase inicial deste estágio, foi elaborado um Projeto de Aprendizagem com o intuito de orientar e organizar o meu percurso ao longo do ensino clínico, numa perspetiva de um alcance pleno dos objetivos propostos, tendo sempre por base as Competências a desenvolver no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar.

QUADRO 1: Objetivo 1 - Cuidar da família como unidade de cuidados

Competência	Resultado da Aprendizagem	Atividade a desenvolver	Desenvolvimento do processo
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas	Abordar a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades.  -Reforçar os pontos fortes da família no âmbito da saúde. - Conceber um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma	-Estimulação da família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma.  -Compreensão da importância do Modelo Cuidar Baseado nas Forças, e de reforçar os pontos fortes da família no âmbito da saúde.  -Traçar com a família as intervenções para os problemas identificados, que permitam o fortalecimento da capacidade funcional da família.	Esta competência foi possível de trabalhar em contexto direto de contacto com as famílias, através de visitas domiciliárias (avaliação familiar) e consultas de vigilância. A riqueza destas experiências foi maior pela partilha e discussão de planos e resultados com a Enfermeira Orientadora.  Foi selecionada uma família que abordei com disponibilidade, tentando estabelecer com a família uma relação colaborativa, não hierárquica, respeitando a competência da família na tomada de decisões, gestão da sua vida e na abordagem da doença, reconhecendo a experiência de todos os membros da família.  Foi possível perceber que os desafios variam com a família e contextos de cuidados, representando um desafio para Enfermagem no sentido de ser necessário adotar abordagens distintas em prol de cuidados mais efetivos e que visem mais e melhor saúde da família e de seus membros. A abordagem
Colhe dados	- Utilizar instrumentos	Seleção de uma família inscrita na	

<p>pertinentes para o estado de saúde da família</p>	<p>de avaliação familiar.</p> <p>-Avaliar a capacidade da família para se manter unida, agilizar processos de mudança e apoiar todos os membros na sua interação com o meio ambiente.</p> <p>-Identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.</p>	<p>USF para realização da Avaliação Familiar de acordo com o modelo de Avaliação Familiar de Calgary.</p> <p>-Identificação no processo familiar do SCLINICO, a tipologia familiar; a fase do ciclo vital em que a família se encontra.</p> <p>-Definição em conjunto com a família, estratégias de <i>copping</i> possíveis, apoiando os membros na interação com o meio ambiente maximizando os recursos existentes na sociedade.</p>	<p>colaborativa, a criação de um ambiente seguro, o conhecimento da família, assim como a confiança da mesma na Enfermeira de Família revelaram-se como fatores facilitadores na interação com a família estudada, o que é facilitador da recuperação do seu bem-estar perante a crise atual que vivencia.</p> <p>Para este processo se realizar, foram realizadas visitas domiciliárias à família, bem como consultas de enfermagem com a colaboração da equipa de Enfermagem.</p> <p>Tentei priorizar os problemas identificados de acordo com a percepção da família e sobre a importância da sua resolução mobilizando os recursos e forças da família para a maximização do seu potencial de saúde, promovendo a aquisição de novas competências.</p> <p>Neste sentido, apliquei instrumentos de avaliação familiar para estudo de Avaliação Familiar, métodos, modelos e escalas que orientem para a colheita de dados e o planeamento de intervenções como o Modelo de Calgary e alguns instrumentos de avaliação: - Genograma, - Ecomapa, - Escala de Barthel, - Escala de Braden, - Escala de Morse, - Escala de avaliação social de graffar - Escalas de APGAR Familiar de Smilkstein, -Escala FACES II adaptada, - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), que permitiram reforçar essa mesma avaliação familiar.</p>
<p>Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.</p>	<p>-Mobilizar conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão.</p> <p>-Analisar o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas.</p>	<p>- Reconhecimento da relação entre os níveis de saúde individual e familiar, apercebendo-me dos diferentes níveis de saúde entre os membros de família.</p> <p>-Reconhecimento dos fatores de stress familiares que implicam transições situacionais e de saúde/doença, que ocorrem no seu percurso de desenvolvimento.</p>	<p>A oportunidade criada por estes momentos avaliativos permitiu o estabelecimento de uma interação positiva com a família, a percepção do impacto da vivência de uma transição saúde-doença em simultâneo com uma transição desenvolvimental associada ao envelhecimento, o reconhecimento da complexidade familiar e as suas propriedades (totalidade, equifinalidade e auto-organização) que lhe confere uma organização específica.</p>
<p>Desenvolve a prática do enfermeiro de</p>	<p>Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e</p>	<p>Adoção de decisões fundamentadas qualquer que seja o contexto da</p>	<p>Tive em conta a etapa do desenvolvimento familiar e individual de modo a identificar as tarefas e vínculos existentes bem como os recursos internos e</p>

<p>família baseada na evidência científica.</p>	<p>os fatores ambientais influenciam os cuidados à família</p> <p>-Colaborar com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.</p>	<p>prestação de cuidados à família com base na evidência científica.</p> <p>-Elaboração de atividades de diagnóstico centrado na família.</p> <p>-Realização de pesquisa bibliográfica.</p>	<p>externos.</p> <p>Considerarei a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as suas crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.</p> <p>Neste âmbito, foram elaborados Diagnósticos de Enfermagem e aplicadas algumas das Intervenções de Enfermagem de acordo com as necessidades da família. Tentei assim capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras na sua saúde mais especificamente relacionadas com os cuidados com a Diabetes, vigilância da pele, cuidados com a alimentação.</p>
<p>Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas</p>	<p>Promover o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. - Incorporar respostas comportamentais biopsicossociais. físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem.</p>	<p>-Desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.</p> <p>-Estabelecimento com a família de objetivos que permitam a resolução dos problemas identificados ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde.</p> <p>- Estabelecimento com a família de intervenções para os problemas identificados, que permitam o fortalecimento da capacidade funcional da família.</p>	<p>Consultei a família quanto às suas opiniões e ideias em relação à gestão dos cuidados de saúde, tentando perceber que conhecimentos tinham e como poderia complementar os mesmos de modo a beneficiar a família, obtendo assim ganhos em saúde.</p> <p>Desenvolvi e apoiei a família a lidar com emoções difíceis, tentando reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar adotando uma postura colaborativa com a família.</p> <p>Estimulei a valorização das componentes afetivas e espirituais da família como recurso interno na resposta às transições familiares, facilitando a reflexão sobre o sentido da vida. Verifiquei que a componente religiosa está bastante presente tendo sido facilitadora para ultrapassar diversas situações como o falecimento de familiares diretos.</p> <p>Encorajei a família a partilhar a sua história e senti que o faziam com satisfação. Recordo um episódio em que o Sr. José me mostrou por sua iniciativa um envelope onde guardava fotografias de diversos momentos como o seu casamento e o casamento dos filhos.</p>
<p>Facilita a Resposta da</p>	<p>- Promover o processo de conscientização com</p>	<p>-Discussão regular com a</p>	<p>Analisei com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades</p>

<p>família em situação de transição.</p>	<p>base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificar com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos.</li> <li>- Dar feedback à família, de forma sistemática, centrando-se nos seus pontos fortes.</li> </ul>	<p>família, o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisando os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação da abordagem familiar das forças da família e de cada um dos seus membros individualmente.</li> <li>- Identificação e análise da dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança.</li> </ul>	<p>de saúde e facilitar a mobilização dos mesmos.</p> <p>Verifiquei que o diálogo e disponibilidade da minha parte para com a família e vice-versa facilitou o processo terapêutico de modo a auxiliar a família neste processo de crise.</p> <p>De salientar que as visitas domiciliárias realizadas e aplicação de diversos instrumentos de avaliação permitiram-me uma compreensão mais ampla do papel do enfermeiro de família. Toda a dinâmica e ligação aos profissionais da USF, o contato prévio com a Família Meneses, constituíram uma mais valia, na medida em que já existia uma relação de confiança e empatia, o que facilitou a minha intervenção enquanto enfermeira estagiária.</p> <p>A seleção de uma família em crise e o desenvolvimento do Processo Familiar através de visitas domiciliárias, foram determinantes para perceber oportunidades de mudança da família em estudo e assim desenvolver um processo de enfermagem adaptado. A avaliação, diagnóstico, intervenções e avaliação de resultados não foram desenvolvidos de forma rígida e sequencial, mas sim sistematizada e oportunista, dando resposta às expectativas da família e, ao mesmo tempo, recolhendo informações relativas à estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar. Assim, foi possível levantar focos adequados, perceber os problemas percebidos pela família e intervir num processo colaborativo no sentido de desenvolver potencialidades da mesma para dar resposta aos seus problemas numa perspetiva sistémica</p> <p>Assim todas estas novas experiências vivenciadas, permitiram-me ter uma visão mais ampla de como Cuidar de uma família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção.</p> <p>Procurei orientação/cooperação a fim de melhorar a minha prática em enfermagem de saúde familiar, com o objetivo de promover o meu</p>
<p>Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho.</li> <li>- Refletir sobre as interações enfermeiro/família e avaliar a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à família nos diferentes programas de saúde, aproveitando as oportunidades de aprendizagem.</li> </ul>	

<p>Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.</p>	<p>- Criar momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados.</p>	<p>-Consulta da família quanto às suasopiniões e ideias em relação à gestão dos cuidados de saúde.</p> <p>- Avaliação com a família do resultados das intervenções para os problemas.</p> <p>-Reflexão sobre a intervenção, o comportamento e condicionantes identificados.</p>	<p>desenvolvimento pessoal e profissional contínuo.</p> <p>Neste estágio tive também outras oportunidades de aprendizagem. Pude participar no programa de Vacinação da gripe sazonal. Este ano, devido ao contexto de pandemia, foram os enfermeiros do centro de saúde que se deslocaram às diferentes localidades para vacinar os utentes inscritos com 65 ou mais anos. No meu caso, acompanhei a enfermeira Madalena na vacinação de utentes da USF Pedro e Inês pertencentes á localidade de Vestiaria. Esta atividade contou com empenho e colaboração de vários funcionários da junta de freguesia, destacando-se a presença da presidente de junta que acolhia os utentes á entrada da sede e lhe avaliava a temperatura corporal. Após a vacinação a saída do utente era realizada por uma outra porta, na qual se encontrava um outro funcionário que oferecia uma pequena lembrança num saco de papel com uma máscara e um desinfetante. Foi uma atividade bastante interessante, sendo visível a existência de uma relação de confiança e empatia dos utentes para com a enfermeira da USF.</p> <p>A experiência de acompanhar diferentes Enfermeiras nas suas diferentes funções, foi um contributo significativo para conhecer dinâmicas e condicionantes relacionadas com a prestação de cuidados, gestão de material e coordenação.</p> <p>Por reconhecer a riqueza dos contributos das diferentes enfermeiras, de forma pró-ativa, participei em consultas de enfermagem no âmbito dos vários programas de saúde com diferentes equipas de saúde, acompanhando as enfermeiras, com prioridade nas colegas com formação na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ao longo de todo o estágio foi possível refletir e partilhar resultados, nomeadamente relativos à avaliação familiar e focos de atenção tanto no processo familiar desenvolvido como nas consultas de vigilância, partilha feita após consultas de enfermagem de forma oportunista com toda a equipa, em particular com a Enfermeira Orientadora.</p>
--	---	---	--

QUADRO 2: Objetivo 2 “Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”

Competência	Resultado da Aprendizagem	Atividade a desenvolver	Desenvolvimento do processo
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	- Promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família.	- Conhecimento e compreensão da dinâmica de organização da USF e a sua articulação com respetivas unidades de interação.  - Promoção da continuidade de cuidados de saúde, de acordo com as necessidades identificadas com a família, se necessário referenciando a família para outros profissionais de saúde.	A primeiras semanas de estágio permitiram a integração na equipa de saúde, sendo que foi possível nesta fase conhecer e compreender a dinâmica de organização da USF.  A família em estudo não teve a necessidade de recorrer a outros recursos. No entanto foi possível observar a referenciação de utentes/famílias para outros profissionais.
Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	Participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar.	- Integração de forma pró-ativa na equipa de saúde.  - Participação em atividades de gestão com enfermeira coordenadora da unidade na monitorização de dados relativamente ao programa de saúde familiar.	Durante o ensino clínico foi possível participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação dos cuidados de saúde à família em estudo com a enfermeira de família e com a restante equipa da USF. Colaborei ainda no desenvolvimento de um protocolo relativamente aos Cuidadores (em Apêndice). Este ainda se encontra em construção.

### **3- DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO FAMILIAR**

No presente capítulo será descrito o processo de desenvolvimento do processo familiar. A sua elaboração foi desenvolvida através da avaliação de uma família de acordo com o Modelo de Calgary, cujo resultado se apresenta em Apêndice do presente relatório. Este modelo foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar.

O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary realiza o estudo da família como um sistema e 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. É um modelo multidimensional abrangendo os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família. É constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2011).

De facto, a compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilos de funcionamento da família, permitirá a efetivação de uma prática direcionada para a capacitação funcional da mesma, face às exigências e especificidade do seu ciclo vital (Figueiredo, 2012).

A seleção da família em estudo relacionou-se com o facto de esta se encontrar numa situação de vulnerabilidade relacionada com o Processo de Transição Saúde-Doença que vivencia, assim com indicação para intervenção no âmbito de enfermagem de saúde familiar.

#### **3.1 ENQUADRAMENTO NACIONAL E REGIONAL**

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Assim, o aumento do índice de envelhecimento em Portugal, também visível na população da Região Oeste Norte tem implicações na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde.

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (DGS, 2006).

A reforma dos cuidados de saúde, a crise económica e social e o envelhecimento da população constituem um desafio para a sociedade e como tal para a enfermagem, no sentido de que os cuidados prestados à família e pelos familiares cuidadores garantam o bem-estar e a segurança do utente e família (Hanson, 2005).

Contudo, com o aumento da longevidade, há um acréscimo de doenças crónicas e incapacitantes. O aumento da longevidade relacionado com o aumento das doenças crónicas leva a uma maior dependência no autocuidado, estando implícito que um familiar tenha de adotar o Papel de Prestador de Cuidados.

Neste sentido verifica-se, por exemplo, que a Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica e progressiva, que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar individual e está associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde. A sua prevalência tem sempre vindo a aumentar, sendo atualmente considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a pandemia do século XXI, com previsões de poder atingir, nos próximos 20 anos, mais de 20% da população mundial. Em Portugal estima-se que a DM afete 13,3% da população com idades entre os 20-79 anos, das quais 44% desconhecem ter a doença. (DGS, 2017).

Verifica-se que a família é um recurso extremamente importante para a pessoa idosa com doença crónica, mas a responsabilidade pelos seus cuidados, tem-se tornado cada vez mais exigente. Deste modo, o enfermeiro de saúde familiar encontra-se numa posição privilegiada para compreender os desafios com que as pessoas idosas se deparam bem como a dinâmica da prestação de cuidados por familiares e o stress associado. É assim essencial um trabalho com a família no sentido de aliviar a sua sobrecarga. Contudo, para que tal ocorra, o enfermeiro tem de construir uma parceria eficaz com a família para maximizar as capacidades da família, minimizando as vulnerabilidades desta, e servir de ponte para o sistema de cuidados formais (Hanson, 2005).

### 3.2 PROCESSO FAMILIAR

Na 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 utensílio na prática de enfermagem de saúde familiar.

O processo de enfermagem de família, ajuda o enfermeiro a desenvolver um plano de cuidados que irá aumentar o bem-estar das famílias, sendo a família o foco deste processo. Este comporta a avaliação dos pontos fortes e limitações da família em satisfazer as suas necessidades e as de cada um

dos seus membros (Hanson, 2005).

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).

No caso em estudo, a família Meneses, vivencia uma crise acidental associada a um processo de transição Saúde-Doença, impulsionada pela doença crónica e processo de envelhecimento incapacitante de 2 dos seus membros. A família foi amplamente afetada por este processo nomeadamente através da introdução de um novo papel na família em estudo, o de prestador de cuidados de mais uma pessoa com uma doença crónica.

Assim, a doença de um dos membros da família constitui-se como uma crise ou transição acidental na família, estando inerentes alterações na dinâmica familiar como contrapartida às perturbações, no sentido de manter a estabilidade da mesma (Wright & Leahey, 2011). Deste modo, esta família, está sujeita a mudanças causadoras de stress, emergindo a necessidade de se reorganizarem estruturalmente dando resposta ao novo papel familiar introduzido no sentido de permitir um processo de transição saudável.

Verifica-se então que a capacidade de adaptação da família perante a situação de doença de um dos seus membros é influenciada por fatores como a natureza da doença e sua duração, papéis sociais e familiares do membro com doença, nível socioeconómico da família e etapa do ciclo vital (Wright & Leahey, 2011).

Com efeito, o conceito de saúde familiar, assume especial relevância, dado que está associado à capacidade da família em mobilizar os seus recursos de *coping*, face a situações de doença de um dos seus membros, essencialmente os recursos de natureza relacional e afetiva. (Wright & Leahey, 2011).

Neste sentido verifica-se que a adaptação de cada pessoa a um problema de saúde, resulta não só das suas características pessoais, mas também do contexto doméstico. As interações familiares estabelecidas em situações de stress proveniente da ocorrência de um problema de saúde, influenciam, por sua vez, a evolução do problema.

O primeiro contacto com a família Meneses foi na segunda semana de estágio no domicílio da família, sendo esta uma família já acompanhada pela enfermeira orientadora para a realização de um tratamento a uma ferida na perna do Sr. José. Esse primeiro contacto, permitiu a minha apresentação, consegui também perceber o tipo de interação mantida entre a Família e os serviços

de saúde, que, neste caso, foi facilitadora do início da interação entre mim e a família em estudo.

De facto, a intervenção no domicílio permite uma maior probabilidade de reunir os membros significativos da família, o conhecimento do ambiente físico e social, permitindo uma observação direta da família em interação no seu contexto.

Na 2ª visita domiciliar, além de obter o consentimento informado por parte da família Meneses foi garantido o anonimato de todos os envolvidos, foi explicado que o trabalho era de âmbito académico e quais os procedimentos previstos para tal, nomeadamente que nas visitas domiciliares, procederá a aplicação de algumas questões e escalas, sendo dado espaço para questões. As primeiras visitas domiciliares foram então bastante importantes, na medida em que se iniciou um processo de interação positivo entre aluna e família, essencial ao desenvolvimento de uma relação terapêutica numa perspetiva colaborativa. No mesmo sentido foi possível perceber a vontade da família em colaborar. Este momento permitiu também o início da avaliação familiar com base no modelo de Calgary, nomeadamente ao nível da sua estrutura e funcionamento expressivo.

As restantes visitas domiciliares, para além do objetivo inicial da realização de um tratamento a uma ferida, foram desenvolvidas no sentido de realizar o Processo Familiar da família Meneses com base no Modelo de Avaliação Familiar de Calgary. No planeamento de cada visita domiciliar foram estabelecidos objetivos, partilhados e negociados com a família mediante a sua disponibilidade.

Verifica-se também que a interação entre crenças pessoais e familiares, a incorporação da informação sobre a doença nas crenças pré-existentes, assim como a perceção sobre o controlo e competência em relação à doença e, ainda as crenças sobre a natureza, etiologia, tratamento e prognóstico, constituem alguns dos exemplos do processo vivenciado pela família no âmbito do seu sistema de crenças, neste período de transições (Wright & Leahey, 2011).

Foram estas crenças pessoais e familiares que foram trabalhadas com a família Meneses, principalmente com a filha cuidadora, tentando compreender em que medida estas crenças estavam a influenciar a saúde familiar. Deste modo, verificou-se que a cuidadora assumia um papel de responsável pela gestão e prestação de todos os cuidados inerentes aos pais, por vezes esquecendo-se de si própria. Além disso, a preocupação com a doença do seu pai, a DM insulino-dependente era constante, dado que temia que pai apresentasse uma hipoglicémia.

Para Figueiredo (2012), as dificuldades sentidas pela família, na prestação de cuidados são essencialmente pela falta de conhecimento, de recursos e de suporte social.

Surge assim a necessidade de capacitar a cuidadora, tentando tranquilizá-la, transmitindo-lhe conhecimentos inerentes a esta situação, nomeadamente sobre os cuidados com a alimentação, com exemplos práticos, sugerindo a introdução de pequenas alterações de ingredientes, de modo de confeção, mas sempre de forma a manter o prazer associado à alimentação. Também é importante

alertar para o despiste de sinais e sintomas de hipoglicémia, como atuar em caso de hipoglicémia, entre outros, acompanhando-a, escutando as suas dúvidas e receios, de modo a que sinta mais confiante na gestão da situação da doença crónica.

De salientar que a além da capacidade adaptativa do sistema familiar como componente de promoção da saúde familiar, as capacidades de aprendizagem e desenvolvimento constituem-se como dimensões essenciais na manutenção ou melhoria do funcionamento familiar presente e futuro, face a alterações dos processos de saúde da família. Em qualquer destas transições, a família pode responder aptando-se e evoluindo ou então manter os mesmos padrões, tentando manter-se em funcionamento. (Wright & Leahey, 2011).

No mesmo sentido, é importante que a cuidadora se sinta apoiada e valorizada pelo papel que desempenha. De salientar a importância que constitui o identificar e elogiar as forças da família e dos seus membros. De facto, os elogios às famílias são uma intervenção importante baseada nos recursos familiares e nas suas competências. A cuidadora foi sensibilizada para delegar, de modo mais frequente, tarefas a outros familiares, de modo a ter tempo para si, para realizar atividades do seu agrado, para sair de casa, envolvendo deste modo, os outros irmãos no processo de cuidar.

O processo familiar é apresentado em Apêndice, com Avaliação Familiar de acordo com o Modelo de Calgary e um Plano de Cuidados de Enfermagem no âmbito da Saúde Familiar, bem como as escalas aplicadas. Ao longo das visitas domiciliárias a prática desenvolvida, tendo por base os níveis de prática de Friedemann, enquadrou-se nos níveis IV- subsistema familiar como foco de cuidados e nível e, essencialmente, no nível V- em que o foco dos cuidados é a família como sistema interativo e as dinâmicas internas, as suas relações, a estrutura, o funcionamento e o relacionamento entre os vários subsistemas e com sistemas mais amplos.

Figueiredo (2012), refere que 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. Os ganhos em saúde ao nível da Saúde Familiar são perceptíveis a médio/longo prazo, pelo que não foi possível, neste estágio, concretizar algumas das intervenções.

Justifica-se assim a importância da Saúde Familiar face a um processo de transição. A intervenção colaborativa com a família, numa perspetiva sistémica, potencia uma adaptação saudável à mudança, ajudando-a a identificar problemas e desenvolver estratégias de *coping*, nomeadamente através da promoção de contextos facilitadores para uma relação positiva entre os suprassistemas da comunidade e outros os sistemas familiares.

## **ANÁLISE CRÍTICA REFLEXIVA DO ENSINO CLÍNICO**

A realização deste Ensino Clínico demonstrou-se muito enriquecedor e gratificante tanto a nível pessoal como profissional. Para tal foram fatores facilitadores o acompanhamento por uma Enfermeira com formação em Saúde Familiar e em funções de coordenação, sempre presente e disponível, bem como a colaboração de outros enfermeiros com formação especializada na área. De salientar que este processo só foi possível com a ajuda disponibilizada, esforço, dedicação e empatia da equipa da USF Pedro e Inês que colaboraram na realização do Ensino Clínico.

Neste estágio, existiram momentos de aprendizagem, momentos de dúvidas e incertezas, momentos de discussão e reflexão de temas relacionados com Saúde Familiar, o ser Enfermeiro Especialista, os Serviços de Saúde na atualidade, que me proporcionaram aprendizagens ricas, para as quais contribuíram as orientações e reflexões da professora orientadora.

Considero que o meu caminho nesta área está a começar, e que este Ensino Clínico me tornou mais capaz, 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.

Assim, foi através da avaliação familiar segundo o Modelo de Calgary que foi possível realizar a análise de uma família, avaliando os principais aspetos da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. A interação e a comunicação com a família e seus elementos simplificou a minha aprendizagem e a capacidade de adquirir competências na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Perceber os seus relacionamentos e como interagem com o seu próprio sistema e com os sistemas sociais permitiu compreender os conceitos de coesão, adaptabilidade e permeabilidade. Neste caminho percorrido tive a oportunidade também de desenvolver a minha capacidade de reflexão e desenvolvimento do processo de Enfermagem tendo em conta a pessoa, a sua família e todos os seus grupos de suporte significativos obtendo uma visão mais holística que me permitiu identificar problemas e formular intervenções de acordo com as necessidades.

Destaca-se a aplicação do Modelo Calgary pelo tempo despendido para o mesmo em contexto domiciliário com a família e na análise e sistematização dos dados, o que se apresentou com um grande desafio. A complexidade das intervenções em Saúde Familiar, associada ao contexto de pandemia em que nos encontramos, constituíram-se como fatores dificultadores para perceber muitos ganhos em saúde da minha intervenção. Contudo, acredito que a continuidade do estágio, através do estágio III, na USF Pedro e Inês, irá ser uma oportunidade de excelência para a continuidade dos cuidados à família

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Oeste Norte, ARS Lisboa e Vale do Tejo (2017). Plano de Ação de 2017,
- USF Pedro e Inês. Alarcão, M. (2000). (des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto.
- Concelho Internacional de Enfermeiras (2016). CIPE Versão 2015- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- Edição Portuguesa. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- DGS (2015). Plano Nacional de Saúde- Revisão e Extensão a 2020. Lisboa.
- DGS (2017). Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável, 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016). Lisboa.
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A., Lopes, A., Viana, A; .Fonseca, C. (s.d.). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para a população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3, pp. 13-19.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures: Lusociência.
- George, J. (2000). Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional (4ª Ed.). Artmed. Porto Alegre.
- Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de saúde à Família. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory- Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Nova York. Spinger Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). A cada família o seu enfermeiro. Grafinter.
- 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 na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Leiria. Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária.
- Regulamento nº 126/2011. (18 de 02 de 2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série N°35*, pp. 8648-8653
- Regulamento nº 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°135*, pp. 19357-193
- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família, perspetiva sistémica. Porto: Afrontamento. Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel.
- TOMEY, Ann Marriner. ALLIGOOD, Martha Raile. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelose Teorias de Enfermagem. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Wright, M.; Leahey, M.(2011). Enfermeiras e Famílias- Guia para Avaliação e Intervenção na Família. São Paulo: Editora Roca.