



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório Final de Estágio

Sandra Cristina Varino De Figueiredo

Coimbra, agosto de 2024



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório final de Estágio

**Adaptabilidade e Coesão Familiar em Famílias com
Cuidadores Informais**

Sandra Cristina Varino De Figueiredo

Orientadora: Mestre Marina Montezuma Vaquinhas, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem Coimbra.

Coorientadora: Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem Coimbra.

Relatório final de estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária Na Área De Enfermagem De Saúde Familiar.

Coimbra, agosto de 2024

PENSAMENTO

"A verdadeira viagem de descoberta não consiste em
buscar novas paisagens, mas em ter novos olhos."

Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, expresso a minha sincera gratidão à **Professora Adjunta Marina Montezuma Vaquinhas**. O seu acompanhamento atento e a sua orientação dedicada foram essenciais para o meu desenvolvimento académico e profissional. A sua disponibilidade e os conselhos sábios foram um pilar no meu processo de aprendizagem.

Agradeço igualmente à **Professora Doutora Marília Conceição e Neves**. A sua expertise e orientação foram de grande importância para a concretização deste estágio. O seu empenho em partilhar conhecimento e a sua disponibilidade para esclarecimentos foram verdadeiramente valiosos.

À **Enfermeira Orientadora Cooperante Sandra Gaspar**, deixo o meu reconhecimento mais profundo. A sua orientação prática e a sua vasta experiência foram cruciais para a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos. A sua dedicação e paciência foram fundamentais para o meu crescimento profissional.

Um agradecimento especial à **Professora Doutora Margarida Silva**, coordenadora do curso, pela sua liderança e orientação ao longo desta jornada. A sua visão e apoio constante foram decisivos para a realização deste estágio e para a minha formação integral.

A toda a **equipa multidisciplinar da USF**, o meu sincero agradecimento pelo acolhimento e colaboração.

Não posso deixar de reconhecer a importância das minhas **colegas de Mestrado**, cujo apoio e camaradagem tornaram esta experiência mais enriquecedora e gratificante.

Um agradecimento especial ao meu irmão **Fernando Figueiredo**, cuja presença constante e encorajamento foram uma fonte inestimável de apoio. A sua crença em mim e o seu incentivo durante este percurso foram fundamentais para a minha perseverança e sucesso.

Finalmente, um agradecimento especial à **minha família**, cujo apoio incondicional e compreensão foram a base do meu sucesso. Sem o vosso amor e encorajamento constantes, este percurso não teria sido possível.

A todos, o meu mais sincero agradecimento. Cada um de vós desempenhou um papel essencial na realização deste objetivo, e a vossa contribuição será eternamente apreciada

RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar colabora com as famílias, avaliando dinâmicas e necessidades espirituais, antropobiológicas, sociais e culturais. Orienta decisões clínicas baseadas em evidências, fortalecendo a resiliência e bem-estar familiar. Este relatório descreve o processo de aprendizagem e desenvolvimento do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Objetivos: Analisar criticamente as competências adquiridas, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar, durante o estágio e apresentar os resultados de uma investigação realizada, sobre a adaptabilidade e coesão familiar em famílias com cuidadores informais.

Metodologia: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar pode apoiar as famílias através da Avaliação Familiar para identificar as necessidades, os recursos e forças da família. Esta avaliação foi feita através de aplicação de instrumentos de avaliação como o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar baseado no Modelo de Calgary de Avaliação da Família. Realizou-se um estudo quantitativo com um desenho descritivo-correlacional, a nossa amostra é constituída por 44 elementos, pertencentes a 22 famílias, inscritas na unidade de saúde familiar. Foi aplicado um questionário sociodemográfico, a escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation IV (FACES IV), e a escala de sobrecarga do cuidador (ZARIT).

Conclusão: A aplicação da escala FACES IV e a hipótese curvilínea do Modelo Circumplexo demonstram que famílias com níveis equilibrados de coesão e flexibilidade apresentam funcionamentos mais saudáveis e menos sobrecarga para cuidadores informais. Esses achados reforçam a importância da enfermagem de saúde familiar em promover o equilíbrio nas relações familiares para melhorar o bem-estar geral.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Familiar, Adaptabilidade Familiar, Coesão familiar, transição saúde-doença, stress do cuidador.

ABSTRACT

The Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing collaborates with families, assessing spiritual, anthropobiological, social, and cultural dynamics and needs. They guide evidence-based clinical decisions, strengthening family resilience and well-being. This report describes the learning and development process of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing.

Objectives: to reflect on the common and specific competencies acquired by the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing during the internship and to present the results of a research conducted on family adaptability and cohesion in families with informal caregivers.

Methodology: The Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing can support families through Family Assessment to identify their needs, resources, and strengths. This assessment can be conducted using evaluation tools such as the Family Assessment and Intervention Model based on the Calgary Family Assessment Model. A quantitative study with a descriptive-correlational design was conducted, with a sample consisting of 44 members from 22 families enrolled in the family health unit. A sociodemographic questionnaire, the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV, and the caregiver burden scale were applied.

Conclusion: The application of the FACES IV scale and the curvilinear hypothesis of the Circumplex Model demonstrate that families with balanced levels of cohesion and flexibility exhibit healthier functioning and less burden on informal caregivers. These findings reinforce the importance of family health nursing in promoting balance in family relationships to improve overall well-being.

Keywords: Family Health Nursing, Family Adaptability, Family Cohesion, Health-Disease Transition, Caregiver Stress.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

art. - artigo

BI – Bilhete de Identidade

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EOC - Enfermeira Orientadora Cooperante

EPC - Ensino de Prática Clínica

ERS - Entidade Reguladora de Saúde

ESEnfC - Escola Superior de enfermagem Coimbra

FACES IV - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales IV / Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar IV

IMB SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

INE - Instituto Nacional de Estatística

Km² - Quilómetros quadrados

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCSCF - Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UAG - Unidade de Apoio á Gestão

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VD - Visita Domiciliária

ZARIT - Escala de Sobrecarga do Cuidador

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide etária de utentes inscritos	27
Figura 2. Classificação quanto aos tipos de família existentes no ficheiro.....	33
Figura 3. Classificação das famílias do ficheiro, segundo o ciclo vital familiar de Duvall.....	34
Figura 4. Classificação das famílias do ficheiro segundo a Escala de Graffar Adaptada	35
Figura 5. Taxa de avaliação familiar no ficheiro.....	36
Figura 6. Taxa de avaliação por dimensão estrutural no ficheiro.....	36
Figura 7. Taxa de avaliação por dimensão de desenvolvimento no ficheiro.....	37
Figura 8. Taxa de avaliação por dimensão funcional do ficheiro.....	37
Figura 9. Modelo Circumplexo e FACES IV (Olson, 2011).....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População, densidade populacional e área por freguesia.....	26
Tabela 2. Caracterização dos Utentes da USF e da Lista da EOC.....	27
Tabela 3. Indicadores de resultado, modificações positivas no estado dos diagnósticos	38
Tabela 4. Cálculo de rácios.....	62
Tabela 5. Pontos de corte da ESC (Sequeira, 2010).....	63
Tabela 6. <i>Alphas de Cronbach</i> obtidos para as subescalas da FACES IV e para a escala ZARIT.....	65
Tabela 7. Resultados do estudo da normalidade das variáveis quantitativas, das subescalas da FACES IV e da escala ZARIT.....	66
Tabela 8. Caracterização sociodemográfica.....	67
Tabela 9. Caracterização familiar e do contexto do cuidado.....	68
Tabela 10. Subescalas equilibradas e desequilibradas de coesão e flexibilidade.....	70
Tabela 11. Subescalas de comunicação e satisfação familiar.....	71
Tabela 12. Classificação das famílias segundo os rácios de coesão, flexibilidade e circumplexo total.....	72
Tabela 13. Nível de sobrecarga dos cuidadores.....	72
Tabela 14. Correlação dos valores de sobrecarga com as subescalas do funcionamento familiar.....	73
Tabela 15. Comparação da sobrecarga e das subescalas do funcionamento familiar em função do tempo dedicado ao cuidar.....	73

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I – ATIVIDADE CLÍNICA	23
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	24
1.1 – CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR DO FICHEIRO	32
1.2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E CULTURAL.....	34
2 – ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
CAPÍTULO II – ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO.....	50
1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO ESTUDO.....	51
1.1 – A FAMÍLIA E A TEORIA SISTÉMICA DO CICLO DE VIDA FAMILIAR	52
1.2 – O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E A FAMÍLIA	54
1.3 – A FAMÍLIA E A NECESSIDADE DE ELEGER UM CUIDADOR INFORMAL.....	55
1.4 – ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR.....	55
2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
2.1 – TIPO DE ESTUDO.....	59
2.2 – OBJETIVOS.....	59
2.3 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	59
2.4 – POPULAÇÃO ALVO	59
2.5 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	60
2.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	64
2.7 – CONSISTÊNCIA INTERNA DOS DADOS RECOLHIDOS	64
2.8 – FERRAMENTAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS	65
2.9 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	67
2.10 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

ANEXOS

ANEXO 1 – FACES IV, Versão Portuguesa

ANEXO 2 – Autorização Para a Realização de Trabalhos de Investigação

ANEXO 3 – Parecer da Comissão de Ética

ANEXO 4 – Parecer do ACES – ARS do Centro

ANEXO 5 – Autorização Para Utilização da Escala FACES IV

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Enfermeiro Especialista e as Habilidades de Tomada de Decisão Ética e Deontológica

APÊNDICE 2 – *Flyer* de Sensibilização sobre *Cyberbullying*

APÊNDICE 3 – Caracterização do Contexto do Cuidador Informal

APÊNDICE 4 – Escala de Zarit

APÊNDICE 5 – Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem Coimbra, no ano letivo 2022/2023. A referida Unidade Curricular contemplou a realização de um estágio de natureza profissional, em uma Unidade de Saúde Familiar (USF) na zona centro do país, referida neste documento doravante como USF tendo como finalidade o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Este foi realizado numa USF da região Centro do país, no período de 21 de abril a 8 de julho de 2022, num total de 405 horas e no período de 26 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023, com um total de 810 horas com supervisão clínica de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, a Enfermeira Orientadora Cooperante (EOC), e supervisão pedagógica de uma Docente.

Conforme guia orientador, os principais objetivos são:

- Componente de estágio:
 - Desenvolver processos de prestação de cuidados especializados á família;
 - Avaliar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem familiar;
 - Enquadrar na prática clínica a evidência disponível;
 - Desenvolver competências de trabalho em equipas multidisciplinares;
 - Identificar questão/problema clínico, passível de formulação de questão de investigação como fundamento para a realização de investigação
- Componente de relatório:
 - Analisar criticamente o processo de ensino-aprendizagem;
 - Comunicar o desenvolvimento de competências adquiridas em Enfermagem de Saúde Familiar;
 - Comunicar os resultados obtidos no processo de identificação e introdução de prática baseada na evidência identificados na resposta a questão problema.

A realização do presente relatório de estágio oferece-nos a oportunidade de descrever o processo de aprendizagem desenvolvido em contexto de prática clínica, refletindo sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) focadas no cuidado à família. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) define que: Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” e que “envolvam as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4744). Para tal, a disciplina de Enfermagem necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio conhecimento, o que apenas poderá ser conseguido através da investigação, primária ou secundária. A consistência científica garante ainda uma incorporação dos resultados na prática clínica dos enfermeiros, transversalmente à identificação e nomeação de saberes inerentes à mesma, através de um processo de natureza dedutivo ou indutivo. Esta é a forma de evolução efetiva e a construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de um desenvolvimento para a prática baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Durante o estágio foi desenvolvido um estudo de investigação quantitativa “Adaptabilidade e Coesão Familiar em famílias com cuidadores informais”. O estudo sobre famílias revela o quanto é complexo este grupo, uma vez que envolve tanto o conhecimento sobre a estrutura do grupo como a dinâmica da configuração familiar (quais os papéis e funções de cada membro da família e como estes se interligam), além de envolver questões relacionadas com a proximidade e expressão de afeto entre os membros do grupo familiar (Minuchin & Fishman, 2004). Carter e McGoldrick (1995), consideram que quando uma mudança coincide com um ponto de transição do ciclo de vida, esse evento pode provocar adversidades no núcleo familiar. Para além das mudanças esperadas dentro do ciclo vital, outros eventos, inerentes a um outro membro ou ao grupo como um todo, podem interferir no funcionamento familiar (doença crónica, dependência de um dos membros ou outro). De acordo com o Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) da OE, a prática do EE deve ir ao encontro dos princípios ético-deontológicos enunciados. Neste âmbito, são competências comuns do enfermeiro especialista: gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança do utente; identificar práticas de risco e implementar medidas de prevenção destas; adotar uma conduta antecipatória; acompanhar e prevenir a recorrência de incidentes de práticas inseguras; desenvolver práticas de qualidade, gerindo, colaborando e implementando programas de melhoria contínua;

gerir e otimizar a resposta da sua equipa a situação adversas. De acordo com o Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018) da OE, são competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF): cuidar da família ao longo do ciclo vital (como uma unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros); estabelecer uma relação de confiança com esta; promover a saúde familiar; trabalhar as situações complexas que possam surgir; conceber um plano de ação de promoção da saúde com a família; e monitorizar as suas respostas em situações complexas. Quanto à dinâmica e funcionalidade familiar, o Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares (MCSCF), aprofundado por Olson (2000), considera a coesão, a adaptabilidade e a comunicação como componentes relevantes de todos os sistemas familiares e importantes no diagnóstico relacional da família, pesquisa e avaliação clínica familiar (Maynard & Olson, 1987; Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). Assim, como consequência de uma população envelhecida, existe a necessidade de analisar a adaptabilidade e coesão das famílias com cuidadores informais a cuidar de idosos dependentes. O presente estudo irá procurar investigar acerca da Adaptabilidade e coesão das famílias com cuidadores informais numa USF da região centro, a fim de identificar em que medida a família com cuidador informal tem adaptabilidade e coesão familiar. Este estudo insere-se num processo de melhoria contínua dos cuidados prestados aos utentes da USF.

O relatório que apresentamos encontra-se estruturado em quatro partes: introdução; capítulo I e II; e conclusão. No capítulo I, fazemos referência a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências. Iniciamos com uma breve descrição da unidade onde foi realizado o estágio de natureza profissional, e uma reflexão sobre as competências desenvolvidas ao longo do estágio. No capítulo II, descrevemos o estudo de investigação, constituído por seis subcapítulos: 1) contextualização do estudo; 2) enquadramento teórico que assenta no desenvolvimento do tema em estudo: envelhecimento demográfico, adaptabilidade e coesão familiar, 3) procedimentos metodológicos; 4) apresentação dos resultados; 5) discussão dos resultados; 6) a conclusão obtida do presente estudo, e conjuntamente uma apreciação do percurso desenvolvido, as suas limitações, assim como as suas implicações e propostas para as nossas práticas profissionais.

Por fim, é imperativo enfatizar a importância da referência ao Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), 2023] e ao Guia Para a Realização de Citações em Texto e Referências Bibliográficas (ESEnfC, 2024). Esta ferramenta complementar é essencial para a correta atribuição de créditos e para a manutenção da integridade académica, representando um recurso

valioso para todos os envolvidos na elaboração de trabalhos académicos e documentos integrativos na ESEnfC.

CAPÍTULO I – ATIVIDADE CLÍNICA

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A enfermagem de família surge baseada no pensamento sistémico com uma abordagem que transpõe o paradigma tradicional, admitindo a compreensão de todos os fatores que integram a unidade familiar. Os pressupostos relacionados com a enfermagem de família incorporam uma filosofia de parceria com a família englobando, a mesma no planeamento e execução de intervenções (Figueiredo et al., 2011). Assim os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais estão responsáveis, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stress familiares que implicam transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família (...)" (OE, 2011, p.5).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) emergiu com o objetivo de dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados prestados às famílias em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e foi adotado como referencial teórico e operativo para a enfermagem de família (Figueiredo, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2011). Este referencial é baseado no Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) desenvolvido por Wright e Leahey (2012), que consiste num modelo estruturado de compreensão e intervenção nas dinâmicas familiares. Para colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares deste mestrado torna-se necessário conhecer o contexto onde se desenrola a prática clínica e para isso acedeu-se ao Bilhete de Identidade (BI) dos CSP e consultou-se o Relatório de Atividades da USF.

A USF iniciou a sua atividade em 2012, tendo passado a Modelo B em 2019. Apresenta como missão, prestar cuidados de saúde de excelência de forma integral, contínua, eficiente e de qualidade aos cidadãos e famílias inscritas visando a promoção da saúde e a prevenção da doença, conforme artigo (art.) 4º do Decreto-Lei n. 298/2007 de 22 de agosto. Segundo o Manual de acolhimento da USF, os seus colaboradores reconhecem a saúde como um direito de cidadania, resultante das condições de vida. Para isso, a participação do utente/família na sua saúde é fundamental e nunca deve ser descorado. O modelo das USF assenta no conceito de unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, com base numa equipa multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, e que tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na unidade e identificada em lista de utentes, por inscrição nos respetivos médicos de família e associada a um Enfermeiro de Família, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

A USF tem um compromisso assistencial com aproximadamente 12000 utentes inscritos. A USF é constituída por 19 profissionais, sete enfermeiras; sete médicos; cinco assistentes técnicas, acolhe ainda, internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar e alunos de enfermagem.

A USF, quando foi formada tinha por base organizacional interna o funcionamento de quatro equipas nucleares distribuídas por três polos assistenciais, responsáveis pela prestação da globalidade de cuidados de saúde aos utentes inscritos na lista nominal de cada equipa enfermeira/ médico. Duas das equipas constituídas por uma enfermeira, um médico e uma assistente técnica (Polos) e a sede constituída por quatro enfermeiras, quatro médicos e três assistentes técnicas.

Em 2016, a USF apresentou uma proposta de expansão ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) para integração de outra extensão de saúde. Tendo em conta as competências do Conselho Geral (art.15º), foi efetuada uma reunião onde foi analisada, avaliada, discutida e votada a anexação da extensão, bem como as condições para que essa anexação fosse efetuada no âmbito da autonomia organizativa e funcional que as USF detêm: a equipa propôs a anexação da extensão de saúde à USF, responsabilizando-se pelo compromisso assistencial total e integral de todos os utentes inscritos na equipa, nos termos do nº 2 e 4 do art.º 21º do Decreto-Lei n. 298/2007 de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e nos termos da Portaria n. 301/2008 de 18 Abril, que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF. Esta proposta foi aceite pelo ACeS e pela Administração Regional de Saúde (ARS) Centro, tendo sido, oficialmente integrada na USF em 2016. Em 2024, o regime jurídico das USF modelo C foi introduzido pelo **Decreto-Lei n.º 81/2024**.

Como podemos observar na Tabela 1, a USF propõe-se prestar cuidados de saúde definidos na Carteira Básica de Serviços a uma população abrangida por cinco freguesias, numa área de 72,01 quilómetros quadrados (Km²) e densidade populacional média de 398,6 habitantes por Km² (Censos, 2011). A intervenção da USF, baseada na sua carteira básica de serviços implica que as equipas intervêm conforme as necessidades identificadas para os utentes inscritos, ao longo do seu ciclo vital. Sendo assim, disponibilizas consultas programadas, que englobam a promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida: saúde infantil e juvenil, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso; vacinação; e o acompanhamento e vigilância da doença: Diabetes Mellitus, cardiovasculares, hipertensão arterial, tratamentos a feridas e administração de medicação; consulta não programada que permite o atendimento de situações agudas pelo médico e Enfermeiro de Família; consulta aberta que consiste na

avaliação e orientação de situações de doença súbita, pela respetiva equipa; consulta de intersubstituição realizada por outra equipa de saúde quando a respetiva equipa se encontra ausente ou indisponível; e a visita domiciliária de cariz preventivo e curativo.

Tabela 1

População, densidade populacional e área por freguesia.

Freguesia	População	Densidade populacional (hab/km2)	Área Total (Km2)
A	3.111	134,3	23,16
B	2.556	271,6	19,52
C	2.746		
D	4.048	211,2	19,17
E	9.929	977,3	10,16
Total	22.390	398,6	72,01

Fonte: Censos 2011

Em dezembro de 2021, a USF apresentava uma população inscrita de 11699 utentes, distribuída pelos três polos assistenciais: (sede) com 6883 (58,84%), X com 1527 (13,05%) e Y com 3289 (28,11%) utentes.

Analisando a pirâmide etária da USF (Figura 1) trata-se de uma pirâmide tipo “pipa”, com base retraída, o que reflete uma população tendencialmente envelhecida. A maioria dos utentes situa-se entre os 40 e os 64 anos. 1821 utentes têm idade compreendida entre 0 e 18 anos e representam 15,57% da população. A USF apresenta uma população de 11699 utentes, 25,7% (3010) da população tem 65 anos ou mais anos e destes, 49,4% (1488) têm 75 anos ou mais. Em contrapartida, 5,26% (615) da população inscrita na USF tem idade compreendida entre 0 e 6 anos. O índice de dependência total é de 60,33%, com 41,52% de dependência de idosos (≥ 65 anos) e 18,8% de dependência de jovens (< 15 anos). Em relação ao total da população inscrita na USF a unidade tem inscritas 2374 mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) correspondendo a 20,29% dos utentes.

Figura 1

Pirâmide etária de utentes inscritos.



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061191/Pages/default.aspx> 4/2022

O Ficheiro da EOC tem compromisso de vigilância divididos por programas de saúde associados aos utentes, a Tabela 2 faz uma comparação entre a USF e o ficheiro estudado.

Da análise comparativa entre os dados da USF e da lista de utentes da EOC evidencia-se uma menor percentagem de utentes com vigilância de saúde infantil (18,34% versus 13,55%), de rastreio oncológico (41,33% versus 36,63%), de planeamento familiar (19,75% versus 17,4%), de utentes dependentes (1,4% versus 0,24%) e saúde materna (0,47% versus 0,3%).

Por outro lado, apresenta um maior número de utentes com hipertensão (19,65% versus 28,93%) e de utentes com diabetes (8,41% versus 12,51%).

Tabela 2

Caracterização dos Utentes da USF e da Lista da EOC

Programas de saúde vigilância	USF	Ficheiro EOC
Utentes com hipertensão	2023 (19,65%)	474 (28,93%)
Utentes com diabetes	866 (8,41%)	205 (12,51%)
Vigilância de saúde infantil	1888 (18,34%)	222 (13,55%)

Rastreio Oncológico	4255 (41,33%)	600 (36,63%)
Planeamento familiar	2033 (19,75%)	285 (17,4%)
Saúde materna	49 (0,47%)	5 (0,3%)
Utentes dependentes	144 (1,4%)	28 (0,24%)

Fonte: Programa SClínico informação acedida em 16-01-2023

De referir que todos os dados apresentados no relatório foram cedidos pela EOC da USF. A caracterização da unidade, o modelo de gestão e da sua população inscrita permite obter uma visão ampla da população abrangida pelos cuidados de enfermagem desenvolvidos, representado num contexto potenciador de aprendizagens e desenvolvimento de competências preconizadas para este estágio.

Quanto aos colaboradores partilhados, a USF tem definidas em Manual de Articulação:

- Seis Assistentes Operacionais;
- Assistente Social cedência parcial formalizada em protocolo clínico de articulação com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) do ACeS;
- Psicóloga Clínica cedência parcial formalizada em protocolo clínico de articulação, com a URAP do ACeS;
- Psiquiatra, protocolo clínico de articulação com o Centro Hospitalar da região.

Outras colaborações:

- Unidade de Apoio á Gestão (UAG) (incluindo armazém);
- Unidade de Saúde Pública (USP);
- Gabinete do Cidadão.

No polo Y trabalham duas enfermeiras, que fazem equipa com dois médicos respetivamente, contam também com uma assistente técnica e uma auxiliar de ação médica. A EOC é responsável por um ficheiro de 1686 utentes sendo que estes se agrupam em 816 famílias.

A característica que melhor define a USF é a transparência e trabalho de equipa. Daí a inexistência de uma hierarquia pré-estabelecida, mas sim de vários grupos de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes técnicos), cada um com direito a votar todas as questões relacionadas com a USF, no seio do seu Conselho Geral. Esta forma

de organização permite manter uma proximidade essencial para o bom funcionamento da USF e saudável relacionamento entre os colaboradores.

Existe ainda, o Coordenador, eleito pelo Conselho Geral para mandatos de três anos e um Conselho Técnico que se assume como um órgão com responsabilidades técnico científico. A sua constituição é composta por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico (Regulamento interno da USF, 2021).

Recursos comunitários

A USF abrange alguns recursos comunitários como: duas Juntas de Freguesia, contando assim com o apoio da rede social presidida pelas mesmas; dois Centros Sociais que oferecem diferentes valências como, apoio domiciliário (higiene aos idosos/ higienização da casa e roupa/ fornecimento de alimentação), centro de dia, colónias seniores, acolhimento temporário de crianças e jovens e cuidados continuados. Possui ainda duas estruturas residenciais e três escolas primárias.

Durante o decorrer do estágio foram desenvolvidas atividades que versam a translação do conhecimento para a prática clínica, com especial ênfase nas competências comuns e específicas da área da enfermagem comunitária área de saúde familiar, indo ao encontro do Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018) da Ordem dos Enfermeiros, que se apresentam seguidamente:

- **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**
- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;
- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;
- Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica;
- Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa;
- Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar;
- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

➤ **Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar**

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

Para auxiliar/orientar na aquisição de competências e na motivação, estabeleceram-se os seguintes objetivos pessoais:

- Integrar a equipa de saúde da USF e contribuir para a continuidade dos cuidados, assim como para a sua excelência;
- Aprofundar conhecimentos científicos e relacionais;

No contexto deste estágio, foi desenvolvido trabalho autónomo e atividades sob supervisão, que serão descritos no próximo item, direcionados para o desenvolvimento de competências específicas do EEESF de acordo com o Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018) enfatizando o cuidado à família como unidade de cuidados e a prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

A Ordem dos Enfermeiros publicou, em 2019, a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que estabelece os critérios para o cálculo das mesmas. A norma aplica-se a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem, incluindo a Enfermagem de Saúde Familiar. De acordo com a norma, estas dotações devem ser calculadas com base em quatro fatores, População abrangida, Carteira de serviços, Competências dos enfermeiros e Organização dos cuidados. Assim sendo consideram-se como dotações seguras para um enfermeiro de família, um máximo de 1550 utentes, ou 350 famílias.

No ficheiro da EOC existem 816 agregados familiares, mais do dobro do recomendado pelas dotações seguras calculadas pela Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, o que em nosso entender, pode comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados assim como proporcionar o desenvolvimento de *Burnout* nos profissionais de saúde.

Estas 816 famílias foram classificadas quanto ao tipo e quanto à fase do ciclo vital de Duvall, conforme as tabelas facultadas pelo programa informático SClínico da USF. Destas famílias foram entrevistadas 66, tendo sido analisadas as dimensões Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional das mesmas, com aplicação do MDAIF, modelo

baseado no MCAIF desenvolvido por Wright e Leahey (2012). O **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)** é uma abordagem metodológica amplamente reconhecida na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Este modelo enfatiza a avaliação compreensiva e a intervenção sistemática no contexto das famílias, concebendo-as como unidades dinâmicas e interdependentes que influenciam diretamente a saúde e o bem-estar dos seus membros. O MDAIF baseia-se em dois pilares fundamentais:

1. **Avaliação Familiar:** Uma análise global que integra dimensões biopsicossociais, culturais e emocionais, identificando recursos e necessidades da família.
2. **Intervenção Centrada na Família:** Desenvolvimento de estratégias personalizadas que promovem a adaptação, a autonomia e a resiliência familiar perante os desafios.

O modelo apresenta-se como um processo dinâmico, organizado em etapas que incluem:

- **Avaliação Inicial:** Recolha de dados sobre o funcionamento da família, considerando os seus padrões de interação, papéis e estrutura.
- **Planeamento de Intervenção:** Definição de objetivos específicos e colaborativos, de acordo com as prioridades da família e os diagnósticos de enfermagem.
- **Implementação de Estratégias:** Aplicação de intervenções direcionadas para fomentar mudanças positivas e melhorar o bem-estar global.
- **Acompanhamento e Reavaliação:** Monitorização contínua da eficácia das intervenções, promovendo ajustes sempre que necessário.

Na prática da Enfermagem de Saúde Familiar, o MDAIF é essencial para:

- Identificar fatores que afetam a saúde familiar.
- Apoiar famílias em transições críticas, como a chegada de um novo membro, doenças crónicas, ou situações de crise.
- Promover competências familiares para o autocuidado e a gestão de conflitos.
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida através de intervenções sustentadas e baseadas em evidências.

A aplicabilidade do MDAIF reforça o papel do enfermeiro como facilitador e parceiro das famílias, promovendo uma prática centrada no respeito pela singularidade e pelos valores de cada núcleo familiar.

De seguida apresenta-se a análise da colheita de dados do ficheiro.

1.1 – CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR DO FICHEIRO

Na análise deste subtópico, é importante ter em conta uma limitação: esta é realizada por processos familiares, o que nem sempre corresponde ao verdadeiro agregado familiar. Ainda assim, será realizada uma análise das famílias do ficheiro com os dados disponíveis.

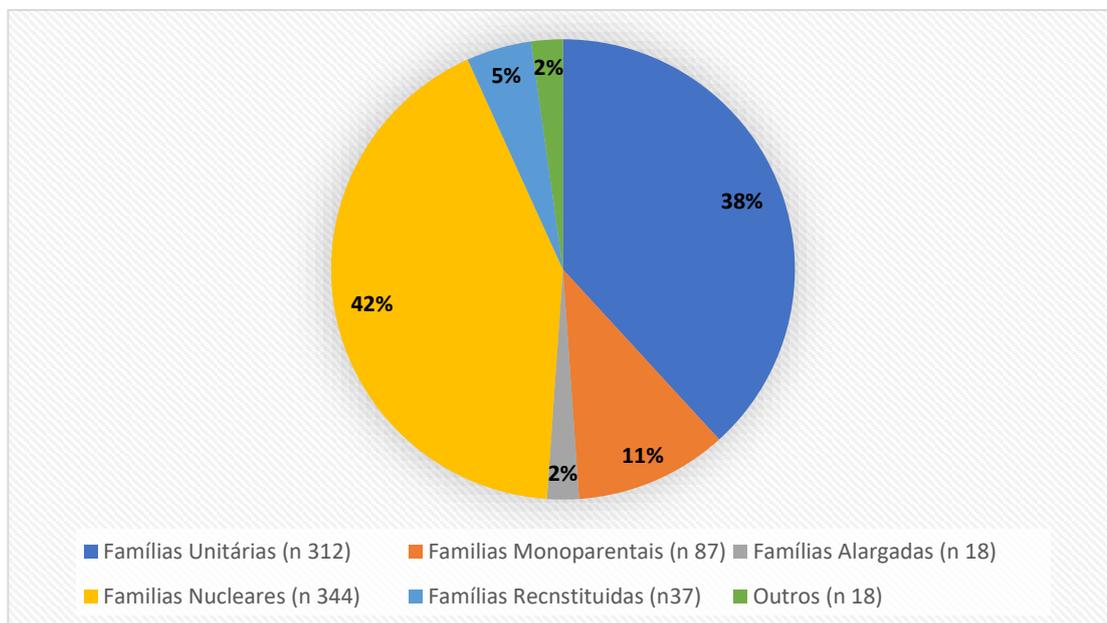
Na Figura 2 podemos observar que a maior percentagem 43% de famílias é do tipo Nuclear (344), sendo seguido 39% pelas famílias unitárias (312), maioritariamente idosas, seguidas por 11% das famílias monoparentais (87), as famílias reconstituídas apresentam-se em menor percentagem 5% (37) e por fim 2% são as famílias alargadas (18).

Destaca-se o predomínio de famílias de um elemento (38%), que podem corresponder a casos de viuvez, adultos solteiros ou situações de divórcio. Segundo dados da Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), em 2021, 50,3% dos idosos em Portugal viviam sozinhos. É importante o EEESF estar atento a essas situações, pois conferem maior risco de isolamento e desnutrição. Além disso, muitos idosos são polimedicados e, sem o apoio de familiares, podendo ter dificuldade em gerir o seu regime terapêutico, pelo que é necessário rever a adesão do regime terapêutico com frequência, promovendo uma rede de apoio familiar/e ou comunitária adequados.

A classificação da estrutura familiar tem vindo a ser cada vez mais ampliada com novos tipos, procurando acompanhar a evolução da sociedade, o ficheiro tem 18 famílias enquadradas em outros que não se incluem na tipologia que nos é facultada pelo sistema de informação SClínico, mas que se podem enquadrar em tipologias descritas por outros autores.

Figura 2

Classificação quanto aos tipos de família existentes no ficheiro.



O Ciclo de vida familiar de Duvall encontra-se dividido por oito estádios:

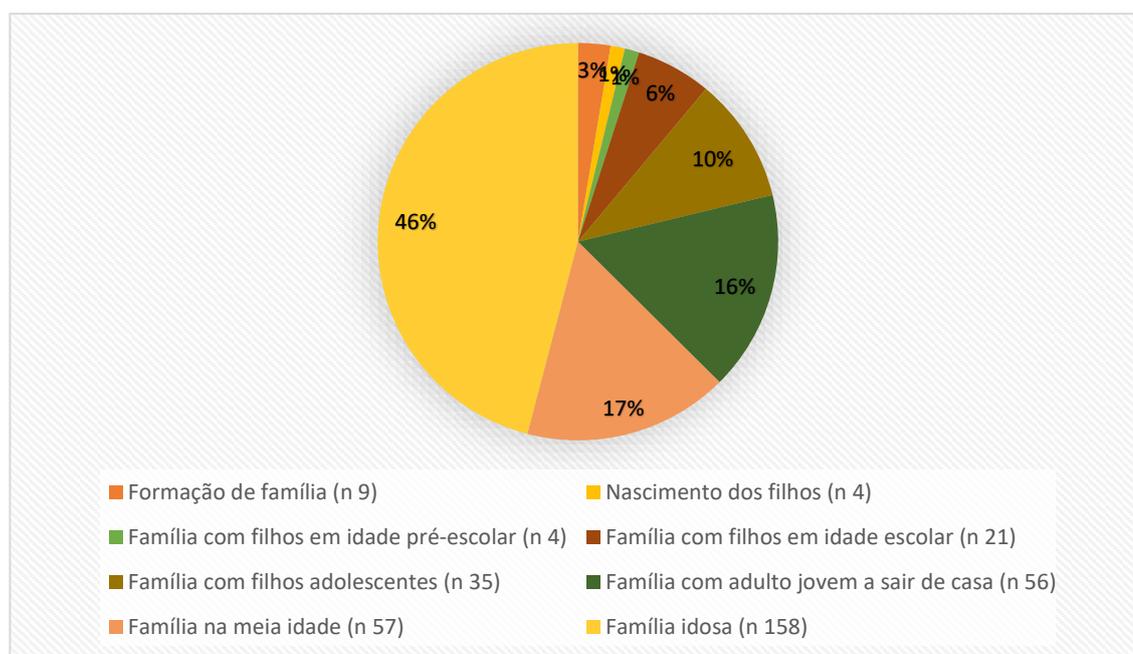
- Estadio I: Formação de família
- Estadio II: Nascimento dos filhos (filho mais velho nascido há menos de 30 meses)
- Estadio III: Família com filhos em idade pré-escolar (filho mais velho entre os 30 meses e os 6 anos)
- Estadio IV: Família com filhos em idade escolar (filho mais velho entre os 6 e os 13 anos)
- Estadio V: Família com filhos adolescentes (filho mais velho entre os 13 e os 20 anos)
- Estadio VI: Família com adulto jovem a sair de casa (desde o 1º que saiu até à saída do último)
- Estadio VII: Família na meia idade (desde o “ninho vazio até à reforma”)
- Estadio VIII: Família idosa (desde a reforma até à morte)

O ciclo de vida familiar, modelo de Duvall, descreve oito fases do percurso de uma família nuclear, pelo que apenas pode ser aplicado a esta tipologia. A aplicação deste instrumento às 344 famílias nucleares do ficheiro está esquematizada na Figura 3. 46% das famílias, encontra-se no estadio VIII (n=158), famílias idosas. Esta fase envolve vários desafios, muitos deles relacionados com a perda de capacidades físicas e

cognitivas, assim como, com a perda de pessoas significativas, como acontece na vividez. Dessa forma, o EEESF deve estar atento não só às patologias físicas, mas também à saúde mental dos utentes e famílias nesta fase. De realçar também 16% de famílias no estadio VI (n=56), este caso pode refletir famílias com filhos que frequentam o ensino superior ou cujos filhos ainda não conseguiram estabilidade económica suficiente para terem a sua autonomia. É importante ter atenção a este estadio uma vez que se segue o Estadio VII – “ninho vazio” – que pode causar instabilidade emocional na família. No ficheiro estudado o estadio VII é a segunda maior com 17% de famílias (n 57).

Figura 3

Classificação das famílias do ficheiro, segundo o ciclo vital familiar de Duvall.



Foram utilizados outros instrumentos de avaliação familiar, muito úteis para o EEESF destacando-se o Genograma e o Eco Mapa, para avaliar a dinâmica familiar assim como os recursos que a família utiliza na comunidade.

1.2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E CULTURAL

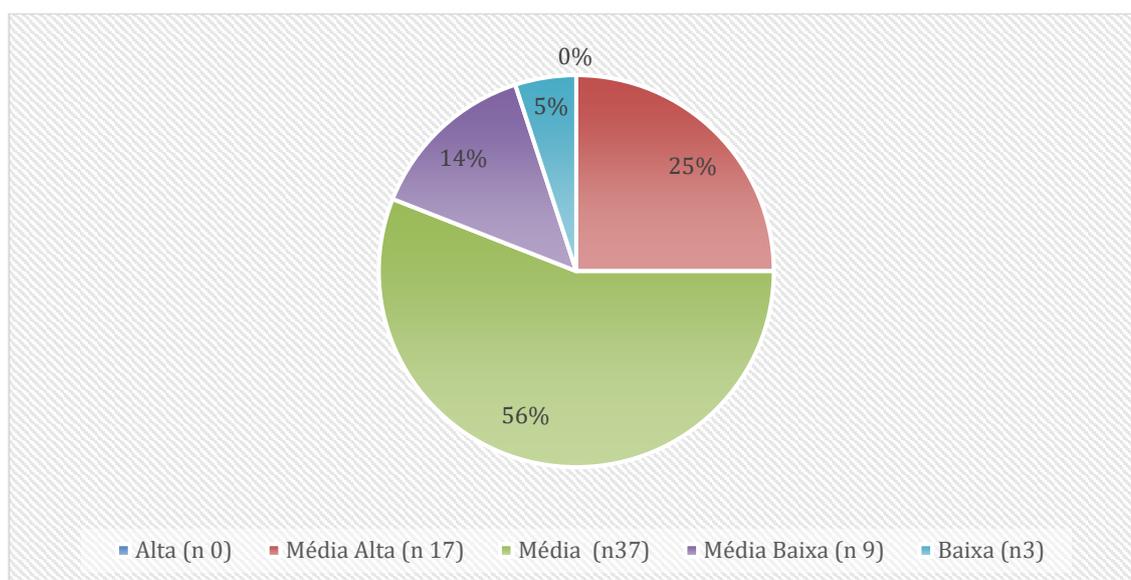
A Escala de Graffar Adaptada é utilizada para a classificação social da família tendo como base cinco critérios: profissão, nível de instrução, fonte do rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do local de residência. Mediante a pontuação obtida,

as famílias são divididas nas seguintes classes: alta, média alta, média, média baixa ou baixa.

Esta classificação foi registada nos processos familiares das 66 famílias entrevistadas ao longo do percurso do ensino de prática clínica (EPC). A distribuição pelas diferentes classes da escala encontra-se na Figura 4. A maior parte das famílias é considerada de classe média (56%) e média alta (25%), contudo, existem ainda 9 famílias (14%) que são classificadas como classe média baixa e 3 famílias (5%) de classe baixa. É importante levar em conta a situação económica da família, podendo ser necessária a adaptação dos cuidados nas situações financeiras mais desfavorecidas. Essa atenção deve ser redobrada no período pós-pandemia *COVID-19*, devido à qual várias famílias perderam a sua fonte de rendimento.

Figura 4

Classificação das famílias do ficheiro segundo a Escala de Graffar Adaptada.



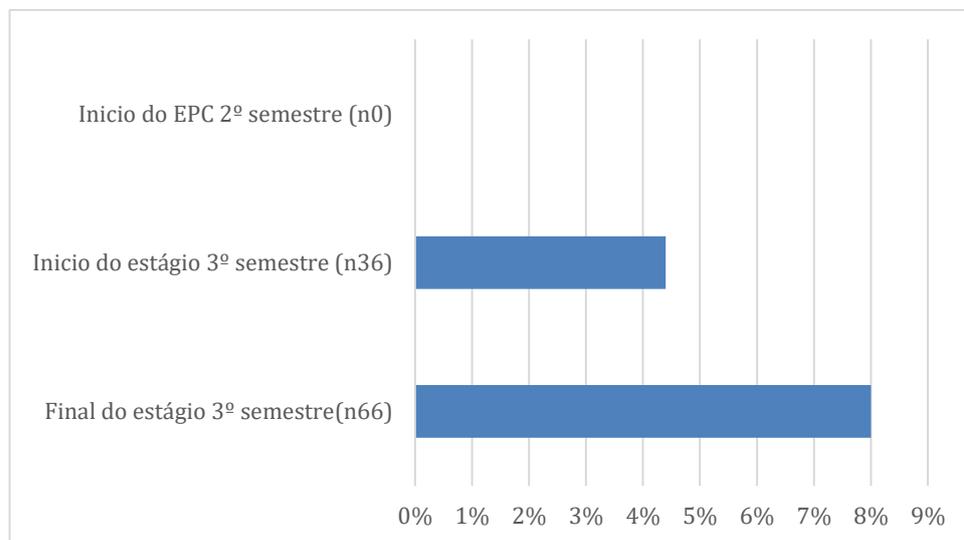
De seguida procede-se á análise da avaliação familiar por indicadores, através da Taxa de avaliação familiar, taxa de avaliação por dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Foi objetivado:

- Melhorar o indicador de 4,4% para 6%: Taxa de avaliação Familiar (Figura 5).

Figura 5

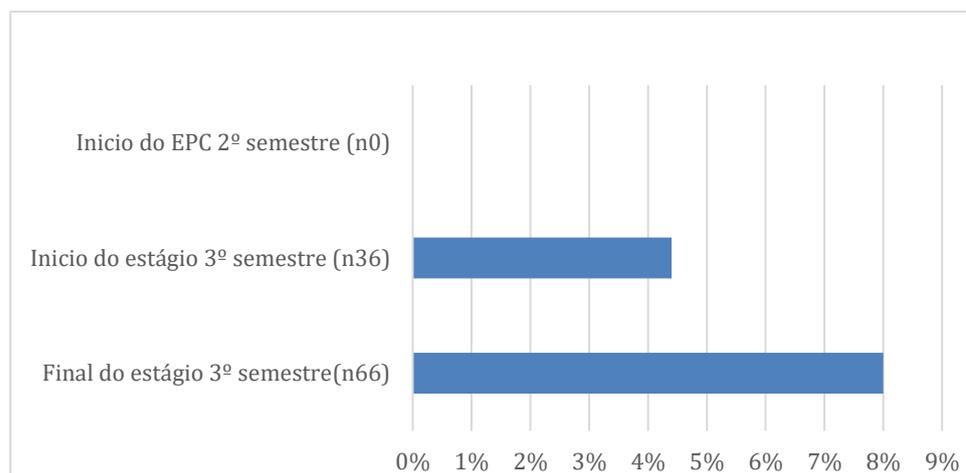
Taxa de avaliação familiar no ficheiro.



- Melhorar o indicador de 4,4% para 6%: Taxa de avaliação por dimensão estrutural (Figura 6).

Figura 6

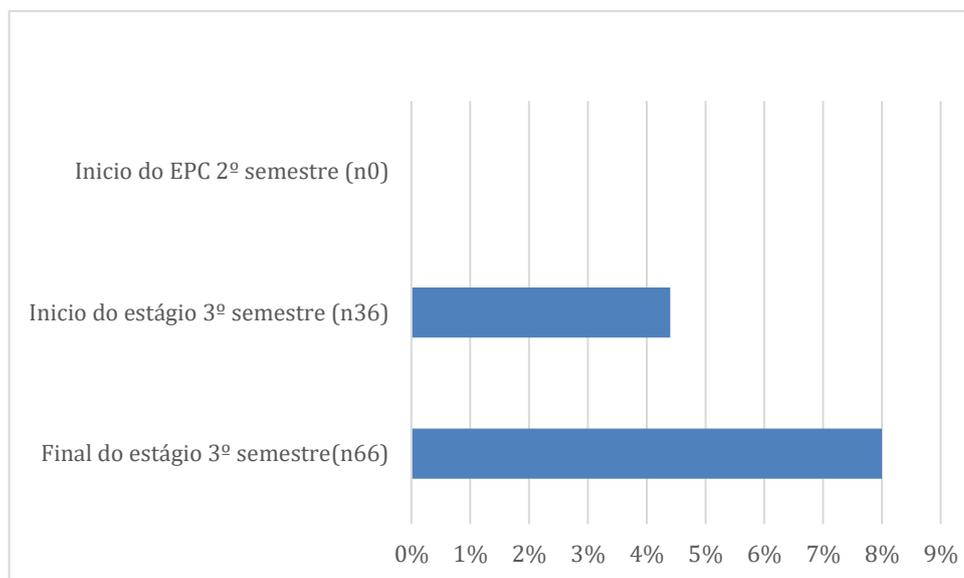
Taxa de avaliação por dimensão estrutural no ficheiro.



- Melhorar o indicador de 4,4% para 6%: Taxa de avaliação por dimensão de desenvolvimento (Figura 7).

Figura 7

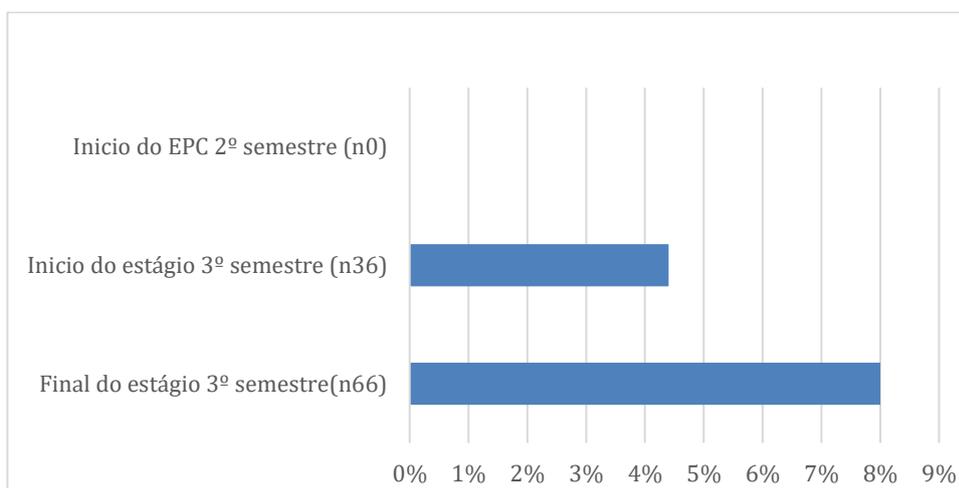
Taxa de avaliação por dimensão de desenvolvimento no ficheiro



- Melhorar o indicador de 4,4% para 6%: Taxa de avaliação por dimensão funcional (Figura 8)

Figura 8

Taxa de avaliação por dimensão funcional do ficheiro



Podemos observar que houve um melhoramento de todas as taxas, de 0% para 4,40% (36 famílias avaliadas), do início ao final do 1º EPC no 2º semestre, e finalmente para 8% no final do EPC do 3º semestre (66 famílias avaliadas). Em suma posso concluir que o objetivo foi superado, mas deve ser continuado este trabalho a fim de conhecer e intervir melhor nas famílias deste ficheiro.

Os indicadores de resultado refletem as modificações desejáveis ou indesejáveis que ocorrem devido à intervenção oferecida aos clientes e os efeitos dessa intervenção em sua saúde. Esses indicadores avaliam os ganhos em saúde que os clientes experimentam como consequência do cuidado recebido (Silva, 2013).

Para dar resposta à competência específica de EEESF, conforme o Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018), de seguida são apresentados os indicadores de resultado, mostrando os ganhos em saúde baseados na intervenção de enfermagem realizada às 66 famílias avaliadas. Esta avaliação baseou-se nos dados registados no sistema de informação utilizado.

Pela amostra dos dados apurados na Tabela 3, os resultados demonstram a eficácia das intervenções de enfermagem na saúde familiar. Essas intervenções possibilitaram a identificação de ganhos em saúde atribuídos aos cuidados de enfermagem. A implementação das intervenções permitiu desenvolver competências específicas de EEESF.

Tabela 3

Indicadores de resultado, modificações positivas no estado dos diagnósticos

Dimensão estrutural	Animal Doméstico	6 Famílias com diagnóstico de animal doméstico negligenciado/ Não negligenciado, dimensão conhecimento não demonstrada 6/6x100=100% Após a intervenção de enfermagem 100% das famílias com diagnóstico animal doméstico negligenciado tiveram alteração do diagnóstico para animal doméstico não negligenciado. Obteve-se assim um ganho de 100%, relativamente aos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.
	Satisfação Conjugal	8 Famílias com Satisfação Conjugal não mantida com alteração da dimensão interação sexual 4/8x100=50% 50% famílias com diagnóstico Satisfação Conjugal não mantida tiveram alteração da dimensão interação sexual não adequado para adequado e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada. Obteve-se assim um ganho de 50%, relativamente aos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.
Dimensão de desenvolvimento	Papel Parental	5 Famílias com Papel Parental não adequado com alteração na dimensão conhecimento do papel parental 5/5x100 = 100% 100% famílias com diagnóstico Papel Parental não adequado tiveram alteração da dimensão conhecimento do papel parental não demonstrado para demonstrado, e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem. Obteve-se assim um ganho de 100%, relativamente aos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.

Dimensão Funcional	Papel de Prestador de Cuidados	<p>6 Famílias com Papel de Prestador de Cuidados não adequado na dimensão do conhecimento do papel 6/6x100=100% 100% das famílias com diagnóstico Conhecimento do Papel de Prestador de Cuidados não demonstrado tiveram alteração da dimensão conhecimento do papel de prestador de cuidados não demonstrado para demonstrado. Obteve-se assim um ganho de 100%, relativamente aos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.</p>
		<p>6 famílias com Papel de Prestador de Cuidados não adequado na dimensão saturação do papel de prestador de cuidados 6/6x100=100% 100% das famílias com diagnóstico Conhecimento do Papel de Prestador de Cuidados não demonstrado na dimensão saturação do papel de prestador de cuidados, após intervenção de enfermagem passou para demonstrado,</p>
	Processo Familiar	<p>4 famílias com Processo Familiar disfuncional na dimensão comunicação familiar e relação dinâmica 2/4x100=50% 50% famílias com diagnóstico Processo Familiar disfuncional tiveram alteração da dimensão comunicação familiar não eficaz para eficaz e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada. Obteve-se assim um ganho de 50%, relativamente aos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de família.</p>

No ponto seguinte, apresenta-se o percurso de aprendizagem em que são descritas as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências exigidas e a autorreflexão sobre as mesmas.

2 – ANALISE E REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Regulamento n.140/2019 de 6 de fevereiro (2019), define as Competências Comuns do EE, como as competências, partilhadas por todos os EE, 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.

A prática do EE deve ir ao encontro dos princípios ético-deontológicos enunciados. Neste âmbito, são competências comuns do enfermeiro especialista: gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança do utente; identificar práticas de risco e implementar medidas de prevenção destas; adotar uma conduta antecipatória; acompanhar e prevenir a recorrência de incidentes de práticas inseguras; desenvolver práticas de qualidade, gerindo, colaborando e implementando programas de melhoria contínua; gerir e otimizar a resposta da sua equipa a situação adversas.

Segundo este regulamento, o enfermeiro especialista:

- **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.
 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.
 - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.
- **Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**
 - Promove a proteção dos direitos humanos.
 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

Neste âmbito foi necessário, por exemplo, pesquisar e partilhar com a equipa de saúde tendo para isso sido feita uma auto e hétero reflexão, baseada em pesquisas em bases de dados científicas (Apêndice 1). Foi demonstrado um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

O EEESF, deve interagir com as famílias utilizando um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a sua saúde familiar, agrupando dados sobre as famílias que permitam a identificação de problemas com posterior formulação de diagnósticos de enfermagem, objetivos e o planeamento e implementação de intervenções. O Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018), define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar.

Segundo este regulamento, o enfermeiro especialista de saúde familiar:

“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, deste modo, considera a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação, focando-se nela como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

Seguidamente, relatam-se intervenções desenvolvidas ao longo do estágio por unidades de competências específicas EEESF conforme o Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018).

Na competência **“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”**, enquanto EEESF é importante observar e cuidar da família como uma unidade, um todo e não como simples soma de pessoas. Assim como, entender que qualquer alteração em um de seus membros, ao longo do ciclo vital, pode repercutir no funcionamento estrutural da família, como um todo. Para que isso fosse possível, desenvolveram-se as seguintes unidades de competências:

“Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controle de situações complexas” e “desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência”

Durante as consultas, as visitas domiciliárias (VD) que foram realizadas ao longo do estágio, e na sala de tratamentos, houve sempre o cuidado em abordar as famílias com total disponibilidade, atitude de escuta, compreensão, estabelecendo com elas uma relação terapêutica, assim como manter uma relação empática para com elas, em todas as situações de intervenção. Por exemplo, o negociar da marcação de uma consulta de vigilância do peso de um recém-nascido ou de uma vacina compatível com os horários familiares ou numas situações mais complexas, como a preparação da família para a chegada do recém-nascido, em que foi possível avaliar os conhecimentos e significados atribuídos pela família. Estes acontecimentos podem constituir um risco de interferência negativa nas relações familiares, pelo que, foram implementadas intervenções, como por exemplo, ensinar a família sobre mudanças desta transição, estratégias facilitadoras da gestão e integração do recém-nascido, em parceria com os progenitores.

Desta forma, é perceptível a compreensão das necessidades das famílias, mas também verificar que cada família só dá a conhecer de si o que quer que se conheça, a maneira como se organizam e as ligações estabelecidas entre os seus membros são difíceis de reconhecer se a família não quiser partilhar, ou se não houver uma relação de confiança previamente estabelecida em todas as consultas de acompanhamento ou nas VD, bem como no acompanhamento aquando a realização de tratamentos e administração de injetáveis. A relação de parceria deve ser negociada e clarificada entre as partes envolvidas, só assim poderá ser uma parceria eficaz e positiva (Martins et al., 2012).

O EEESF deve ter uma visão integral da família dado que “a família, como um todo, é maior que a soma das suas partes” (Relvas, 1998; Alarcão, 2000), assim como refere a

OE, o EEESF deve reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica (Figueiredo,2012).

Sendo assim, a família deve ser vista como um todo, mas para além disso, ainda se descobriu que algumas famílias são mais recetivas à intervenção do EEESF do que outras, e que determinadas famílias são capazes de resolver os seus problemas e ultrapassar os seus obstáculos sem a intervenção do EEESF.

A melhor forma de conhecer a realidade de cada família é através da realização de VD para poder estar mais perto da sua realidade. Gomes et al. (2015) referem que o cuidado domiciliário é uma intervenção fundamental utilizado pelos EF como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, ao favorecer e estabelecer vínculos com a mesma e a compreensão de aspetos importantes da dinâmica das relações familiares. Estes autores destacam que durante a VD são desenvolvidas ações de orientação, educação e levantamento de possíveis soluções de saúde para que os indivíduos possam tornar-se independentes (Gomes et al., 2015).

Os estudos reportam que a VD deve ocorrer o mais precocemente possível e ao longo do ciclo vital, nas alturas de maior mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de instrumentos que as façam ultrapassar de forma saudável essas crises (Cruz & Bourget, 2010; Lacerda, 2010). Em relação a esse ponto, sugeriu-se que se implementasse, a VD a todas as puérperas e recém-nascidos pertencentes á USF, no entanto por falta de dotações seguras de Enfermeiros por doença prolongada de pessoal de enfermagem neste momento, só é realizada, nas famílias identificadas como situações de risco, nas consultas de saúde materna, por referenciação ou sempre que seja identificado algum risco, por exemplo pela aplicação de escalas de depressão pós parto ou pela aplicação de escala de risco familiar Garcia Gonzalez nas consultas de vigilância da criança.

“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família” e “monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde, situações complexas”

Nas várias consultas programadas (infanto/juvenil, materna, planeamento familiar, diabetes e hipertensão) que foram realizadas durante o estágio, foi possível recolher dados pertinentes juntamente das famílias, através de avaliações iniciais, para o preenchimento do processo familiar, em que as famílias se demonstraram expansivas e colaborativas. Toda essa obtenção de dados, como as interações familiares observadas e a comunicação não verbal foram essenciais para compreender as dificuldades e as emoções pelas quais passam todos os membros, e assim capacitá-los

através da utilização de técnicas como por exemplo a Metáfora, o Reenquadramento ou abordagens orientadas para as soluções. Estas técnicas são mais eficazes que a “ensino terapia” tradicional, pois assim o EEESF ajuda a família a identificar os seus problemas e a encontrar forças e recursos existentes que poderiam estar “escondidos” a cada situação e apoiá-los a ultrapassar momentos mais complexos de transição. Por exemplo, a primeira vinda à unidade de um casal após o nascimento do primeiro filho, em que podemos observar como eles se apoiam mutuamente naquele momento, e investigar como é que tem sido a dinâmica familiar do casal com o recém-nascido em casa.

Ao prestar cuidados às famílias, constatou-se que a intervenção nem sempre é idêntica, devendo ser específica e adequada a cada uma, considerando a sua especificidade. Tendo como referencial teórico e operativo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, para que fossem possíveis essas avaliações familiares mais complexas, em situações mais vulneráveis, foram utilizados alguns instrumentos, tais como: APGAR Familiar de Smilkstein, genograma e ecomapa visando o conhecimento global de cada família.

A utilização de instrumentos de avaliação auxilia a comunicação terapêutica e proporciona a compreensão da funcionalidade familiar, pelo que devem ser integrados na avaliação das distintas áreas do sistema familiar de forma a possibilitar a criação de diagnósticos concordantes com as necessidades da família (Figueiredo, 2012).

Estes instrumentos de avaliação são de extrema importância para o EEESF atuar nas diferentes dimensões: estrutural, funcional e de desenvolvimento da família, de forma a intervir nas suas necessidades, conforme o estipulado pelo Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018) da OE. Através da entrevista familiar, o EEESF após a recolha de dados sobre a estrutura familiar, utiliza os instrumentos de avaliação familiar com o objetivo de conhecer a família, identificando as suas crenças, cultura para compreender o seu impacto na saúde para implementação de planos de cuidados direcionados a cada família. Segundo Figueiredo (2009), a utilização de instrumentos de avaliação familiar favorece uma comunicação terapêutica e possibilitam uma maior compreensão da dinâmica e funcionalidade familiar.

“Intervém de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas” e “facilita a resposta da família em situação de transição complexa”

Nas consultas de vigilância, nas VD e no contexto ambulatorio houve sempre a preocupação em estabelecer uma relação de proximidade com os elementos da família

de forma individual e coletiva, e sempre que estivesse presente um familiar ou uma pessoa de referência, procedeu-se intencionalmente ao seu envolvimento no processo de saúde/doença do seu familiar, e assim estabelecer diagnósticos de enfermagem, em parceria com a família e ajustados à sua singularidade, estrutura, objetivos e recursos específicos, promovendo a autonomia e a responsabilidade familiar. Vários estudos apresentam que são indicadores de atitudes positivas face à importância da integração da família como um parceiro dialogante, que deve colaborar na prestação de cuidados de enfermagem e sendo considerada como um recurso positivo e de apoio e não como um fardo (Rodrigues, 2013). Por exemplo: nas consultas da pessoa com diabetes ou de hipertensão arterial, reconheceu-se em algumas situações que era necessário a presença da pessoa que confeciona as refeições, que faz as compras para que fosse possível negociar e modificar comportamentos inadequados, na confecção e aquisição dos alimentos, mas também para incentivar à prática de atividade física.

Segundo Wright e Leahey (2012), é desta forma que se modificam as percepções mútuas dos membros da família sobre a doença que vivenciam, e conseqüentemente modificar os seus comportamentos, e assim alcançar juntamente com as famílias três objetivos: ajudar a enfrentar os desafios do tratamento, mobilizar o apoio da família e reduzir tensões intrafamiliares (Wright e Leahey, 2012). De acordo com a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), nada ocorre isoladamente, ou seja, algo que afete um dos elementos, irá afetar todos os outros e, portanto, qualquer alteração causará impacto sobre todos os outros elementos do sistema (Andrade & Martins, 2011).

Para Meleis (2010), as transições são períodos críticos que podem afetar o bem-estar e a saúde das famílias, e que o suporte adequado durante esses momentos pode facilitar a adaptação e o crescimento.

- **Transições Desenvolvimentais:** Relacionadas aos ciclos de vida e etapas de desenvolvimento. Exemplos incluem nascimento de um filho, entrada na escola, adolescência, saída dos filhos de casa e aposentadoria.
- **Transições Situacionais:** Envolvem eventos inesperados ou mudanças de circunstâncias. Por exemplo, mudanças de emprego, mudanças de residência, casamento, divórcio, e a morte de um ente querido.
- **Transições de Saúde e Doença:** Referem-se a mudanças relacionadas à saúde, como o diagnóstico de uma doença crônica, hospitalização, recuperação de uma cirurgia, e adaptação a uma deficiência.
- **Transições Organizacionais:** Ligadas a mudanças na organização familiar, como quando alguém assume um novo papel ou responsabilidade dentro da

família. Exemplos incluem uma pessoa se tornar o principal cuidador de um familiar idoso ou a entrada de um novo membro na família, como um enteado.

Durante o EPC houve oportunidade de interagir com famílias a vivenciarem transições complexas do ciclo de vida tais como: famílias com filhos pequenos, famílias com filhos na escola, famílias com filhos adolescentes, assim como família com diagnóstico recente de elemento submetido a cirurgia por neoplasia, famílias com diagnóstico recente de elemento com doença crônica, famílias com doentes acamados e até famílias a viverem um luto patológico. Constatou-se no decorrer do estágio, que tal como Meleis (2010), considera, que o Enfermeiro é o principal agente facilitador dos indivíduos e famílias que experienciam transições, pois intervém sobre as mudanças e as exigências que se refletem no cotidiano das mesmas. Apreendeu-se que o EEESF tendo o privilégio de trabalhar com e na família deve, por um lado, aprofundar o entendimento da transição para o indivíduo/família, detetando os aspetos que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável e, por outro, deve incidir em cuidados antecipatórios, que preparem para a mudança de papéis e previnam efeitos negativos. Neste âmbito foi detetada uma família que atravessava dificuldades em lidar com *ciberbullying* na adolescência, segundo o estudo de Pedras et al. (2021), o tipo de experiência de violência mais identificado pelos adolescentes ocorre em ambiente escolar. A violência na escola é definida como todo o tipo de violência que decorre em ambiente escolar, e relacionado com esta comunidade: *bullying*, *cyberbullying*, abuso sexual, violência verbal e psicológica, e a punição através de violência física. De acordo com Carvalhosa (2009); Lima e Matos (2001); Green (2008); Olweus (2003); Rigby e Slee, (1993); Solberg e Olweus (2003), conforme mencionado por António et al. (2012), as vítimas de *bullying* enfrentam uma diminuição na autoestima, sociabilidade e felicidade, além de um desempenho escolar reduzido. Elas também apresentam altos níveis de ansiedade e uma maior predisposição para a depressão e o isolamento social. Fisicamente, essas vítimas têm uma maior propensão a sentir dores de estômago e de cabeça, e em casos mais severos, podem ter tendências à automutilação e ao suicídio. Como EEESF, é fundamental estar vigilante a todos esses sintomas, que podem indicar que uma criança ou adolescente está a ser vítima de *bullying*, seja de forma direta ou indireta. É importante abordar esse tema durante as consultas, envolvendo toda a família, para garantir que a criança ou jovem receba apoio contínuo em casa e para prevenir a recorrência do problema. Foi realizado um panfleto sobre a temática (Apêndice 2).

“Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar” e “formaliza a monitorização e a avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”

Ao longo do estágio, confirmou-se que a família continua a ser encarada como contexto de prestação e não como alvo de cuidados, em algumas das práticas das enfermeiras da USF. Com o propósito de refletir em conjunto com a equipe de enfermagem sobre o assunto e os possíveis campos de registo que o aplicativo informático SClínico permite, na área de intervenção à família foram mostrados à EOC vários registos clínicos realizados no âmbito do estágio com o propósito de refletir em conjunto sobre as boas práticas do EEESF.

Enquanto estudante foi possível participar em momentos de intervalo ao meio da manhã, que serviram também para a avaliação e reflexão do seu desempenho em contexto de estágio com a EOC.

Todas as monitorizações e as avaliações familiares realizadas ao longo do estágio, tiveram sempre por base o respeito pela individualidade de cada família como parceiros ativos na planificação de cuidados, num ambiente calmo e seguro.

Desta forma, foi possível desenvolver intencionalmente com as famílias, estratégias contínuas para a resolução de conflitos, gerir emoções e como lidar com situações mais complexas da saúde familiar, e posteriormente uma autorreflexão, baseada numa avaliação conjunta (enfermeiro-família) sobre as estratégias implementadas e os progressos deles.

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

Na segunda competência, **“Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”**, segundo o Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018 da OE, o EEESF deve assumir o papel de elo de ligação entre a família, os outros profissionais de saúde e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil. Para além de ser também gestor e organizador de recursos, com o objetivo de empoderar a autonomia das famílias que cuida, e prestador de cuidados nos vários níveis de prevenção em saúde. Para o desenvolvimento da respetiva competência estão elencadas as seguintes unidades de competências:

“Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”

Durante todo o percurso de estágio, houve a oportunidade de articular os cuidados desenvolvidos (consultas, sala de tratamentos, VD) com outras equipas de saúde interna (médicos e internos de Medicina Geral e Familiar da USF, assistente social), ou

externa (Rede de apoio social e comunitária, que é presidida pela junta de freguesia e outras unidades de saúde da comunidade), e mobilizar recursos necessários e disponíveis para a prestação de cuidados às famílias abordadas, sempre com o intuito de melhorar a qualidade dos mesmos.

Foi importante realizar VD em articulação com a médica da equipe, a famílias de risco. Duas famílias foram referenciadas para outras equipas de saúde. Na primeira, verificou-se que a utente idosa que vivia sozinha, apresentava dependência moderada na realização das atividades de vida diária, devido a idade avançada, existência de uma limitação na mobilidade e dificuldade respiratória. Após avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional desta família unitária, apresentou-se o caso à EOC e à médica de família. A utente não possui descendentes diretos nem familiares próximos, como sobrinhos, mas dispõe de suporte social proveniente de um indivíduo que auxiliou na criação (filho dos seus antigos empregadores) e de uma vizinha. Foram analisadas as forças desta família e numa filosofia colaborativa encontraram forma de se articularem para ajudar a senhora na elaboração de refeições, banhos e outros afazeres domésticos. Optou-se também por referenciar para o Serviço Social e foi realizada uma reunião com a Junta de Freguesia no sentido de ativar a rede social de apoio a fim de melhorar as condições da habitação da Sra. em questão, pois a habitação não possui sistema de abastecimento de água canalizada, e o quarto onde a utente residia apresentava as paredes gravemente afetadas por infestação de bolor negro. A outra situação, foi uma família nuclear em que os pais idosos são totalmente dependentes do filho que apresentava uma saturação do papel de prestador de cuidados. Perante esta situação o principal foco de atenção foi informar que a rede de cuidados continuados tem uma valência de descanso do cuidador. Após um período de reflexão o cuidador pediu esse apoio pelo que foi feita essa referência para os Cuidados Continuados. De salientar que várias famílias foram referenciadas para os cuidados continuados para a valência de descanso do cuidador, seguida da valência e reabilitação.

“Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”

Segundo Hanson (2005), o EEESF pode desempenhar diferentes papéis, dos quais destaca: substituto da família; colaborador; intermediário; coordenador e supervisor de processos; explicador/intérprete; consultor; conselheiro; educador para a saúde; modificador do ambiente familiar; modelo de identificação; advogado; investigador; implementador de teorias; epidemiologista e perito.

Toda a prática clínica realizada durante o estágio, tanto na consulta de enfermagem, como nas visitas domiciliares e nos cuidados ambulatoriais, teve como objetivo a componente preventiva do processo de planejamento e ação, visando restabelecer a saúde, reduzir a ansiedade e o sofrimento, e promover a saúde e prevenir a doença.

Na prevenção primária, o objetivo é modificar a exposição aos fatores de risco existentes para evitar o desenvolvimento de doenças, controlando os fatores de risco ou causais do indivíduo ou da população. Durante o estágio, foram desenvolvidas várias atividades neste âmbito, como a vacinação (Antitetânica, Papiloma Vírus Humano) e a distribuição de preservativos nas consultas de planejamento familiar ou para adolescentes. Além disso, foram fornecidas informações sobre o estado de vacinação contra a *COVID-19* e realizado o encaminhamento para os locais de vacinação na comunidade.

Na prevenção secundária, o objetivo é diminuir as sequelas ou consequências da doença já diagnosticada, tanto ao nível dos sintomas/qualidade de vida, quanto da mortalidade. Por exemplo, nas consultas de diabetes e hipertensão, após a avaliação da gestão do regime terapêutico (medicamentos, atividade física e dieta), houve a oportunidade de incentivar os utentes e as suas famílias a aderirem ao regime terapêutico, com base em planos relacionados com o número de refeições diárias, a compra dos alimentos mais adequados segundo a rotulagem e a prática de atividade física. Da mesma forma, nas restantes consultas, realizaram-se rastreios de cânceros do colo do útero, cólon e reto, rastreio metabólico do recém-nascido (diagnóstico precoce) e testes de avaliação da acuidade auditiva e visual nas consultas de saúde infantil para crianças de 5, 10, 12 e 15 anos.

A prevenção terciária tem como principal objetivo limitar a progressão da doença, reduzindo o seu impacto e consequências. Nas visitas domiciliares realizadas a utentes acamados, foram desenvolvidos ensinamentos às famílias cuidadoras sobre a importância de infraestruturas adequadas para cuidar dos seus familiares.

Quanto à prevenção quaternária, esta consiste num conjunto de ações destinadas a evitar a iatrogenia associada às intervenções dos profissionais de saúde. As atividades desenvolvidas nesta área incluíram, nas consultas de diabetes e hipertensão, a identificação de utentes com excesso de medicação e a capacitação para evitar o consumo inapropriado de cuidados de saúde através de consultas repetitivas desnecessárias. Também se procurou abordar a falta de autoconfiança no papel parental, que influencia negativamente a capacidade de gerir desafios relacionados com o cuidado dos filhos, como no caso de pais inseguros quanto ao acompanhamento dos seus filhos, levando-os a recorrer excessivamente ao centro de saúde por problemas

comportamentais. Foram fortalecidas as capacidades dessas famílias para a resolução de problemas, com base em informações sobre o papel parental, resultando numa menor necessidade de recorrer à USF.

Por último, a prevenção quinquenária, ao contrário das demais prevenções que visam a melhoria da qualidade dos cuidados e da saúde dos utentes, tem como objetivo prevenir danos ao utente, atuando no profissional de saúde para evitar o Síndrome de *Burnout*. Para isso, foram essenciais os momentos de partilha com a enfermeira tutora e a restante equipa multiprofissional do polo Y.

A USF, enquanto contexto de estágio, foi facilitadora do processo de aprendizagem. A equipa multidisciplinar manifestou sempre disponibilidade e aceitação, ao longo do período formativo, principalmente a equipa de enfermagem e em concreto a EOC que supervisionou a minha experiência de aprendizagem. A metodologia de trabalho, segundo o modelo equipa de família, e a experiência profissional da formanda, elevaram as expetativas em relação ao estágio realizado. Salienta-se, que em todo o processo de abordagem às respetivas famílias, houve sempre o cuidado em se apresentar como estudante de enfermagem de Saúde Familiar, e pedir autorização para a realização atividades de enfermagem, sem descuidar o respeito pelos princípios éticos e deontológicos que sustentam o exercício profissional da enfermagem, e também com outras equipas e profissionais.

Em síntese, considera-se que este estágio permitiu atingir os objetivos propostos no plano de estudos e consecutivamente desenvolver as competências preconizadas para o EEESF num contexto privilegiado e facilitador da aprendizagem.

CAPÍTULO II – ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em contexto de estágio com relatório de natureza profissional, numa USF do ACeS Baixo Mondego da ARSC, no período compreendido entre 26 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023 e investiga a adaptabilidade e coesão familiares em famílias com cuidadores informais a cuidar de idosos dependentes.

Neste capítulo de enquadramento teórico, é exposta a informação obtida através da consulta e análise bibliográfica relevante para a compreensão da temática em estudo. Esta é fundamental para o conhecimento atual do assunto em estudo, formulação e compreensão da questão de investigação e fundamentação da pesquisa delineada (Fortin, 2009).

O estudo sobre famílias revela o quanto é complexo, uma vez que envolve tanto o conhecimento sobre a estrutura do grupo como a dinâmica da configuração familiar (quais os papéis e funções de cada membro da família e como estes se interligam), além de envolver questões relacionadas com a proximidade e expressão de afeto entre os membros do grupo familiar. Ao considerarmos os tipos de relação e vinculação estabelecidas entre os membros da família identificam-se os subsistemas familiares, que possuem funções e demandas específicas, como por exemplo, conjugal, parental e fraterno e o individual. Esse reagrupamento organiza-se segundo variáveis, tais como, geração, sexo, papel ou função, interesses comuns, entre outros (Minuchin, 1990).

Carter e McGoldrick (1995), consideram que quando uma mudança coincide com um ponto de transição do ciclo de vida, esse evento pode provocar adversidades no núcleo familiar. Para além das mudanças esperadas dentro do ciclo vital, outros eventos, inerentes a um outro membro ou ao grupo como um todo, podem interferir no funcionamento familiar (doença crónica, dependência de um dos membros ou outro). Quando um elemento do grupo familiar adoece e passa a ser dependente, faz com que a família faça emergir um cuidador dentre os membros. Trata-se de um novo papel dentro do sistema familiar que leva a novas adaptações. Podemos questionar se as características da família, em especial aquelas relacionadas com a afetividade e proximidade entre os membros e a capacidade da família em adaptar as suas normas, regras e liderança para ajustar-se a novas situações, mantendo a coesão familiar.

A adaptabilidade e coesão familiar são conceitos muito relevantes quando discutimos famílias que contam com idosos dependentes. Em famílias com idosos que necessitam de cuidados e assistência, é fundamental que a família seja capaz de se adaptar às

mudanças necessárias para fornecer o suporte adequado ao idoso e manter a coesão familiar. A adaptabilidade familiar refere-se à capacidade da família de se ajustar e lidar com mudanças, desafios e tensões, enquanto a coesão familiar está relacionada ao grau de união, comunicação e apoio emocional entre os membros da família (Olson, 2011).

Assim, no presente capítulo abordar-se-á o envelhecimento demográfico, Adaptabilidade e Coesão Familiar, e o Cuidador informal.

1.1 – A FAMÍLIA E A TEORIA SISTÉMICA DO CICLO DE VIDA FAMILIAR

Existem várias definições de família, resultantes das diferentes disciplinas que estudam este conceito, como psicologia, sociologia e economia. Essas disciplinas têm contribuído para as transformações do conceito de família ao longo do tempo e nas diferentes culturas.

Segundo Hanson (2005), as definições de família têm se concentrado em diferentes aspectos, dependendo da área científica. Legalmente, refere-se às relações estabelecidas por laços de parentesco, adoção, tutela ou casamento. Biologicamente, são as redes genéticas entre as pessoas. Sociologicamente, é um grupo de pessoas que coabitam no mesmo espaço. Psicologicamente, são grupos onde existem laços emocionais fortes.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é definida como um conjunto de seres humanos considerados como uma unidade social, unidos por parentesco, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo pessoas significativas. A família é mais do que a soma de seus membros e relações; é uma unidade social em si mesma (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005). Segundo o Modelo de Adaptação de Roy, a família é vista como um sistema adaptativo com entradas, controle interno e processos de feedback e saídas. Esse modelo ajuda a compreender como as famílias se adaptam às questões de saúde (Roy 1976; Roy & Roberts, 1981).

A família é entendida como um todo, um sistema que deve ser compreendido holisticamente (Relvas, 2006; Wright & Leahey, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a importância das relações além dos laços biológicos ou legais na definição de família: "Família é um grupo cujas relações são baseadas na confiança, apoio mútuo e um destino comum" (OMS, 1994, conforme citado por Lopes, 2021, p.15). Alarcão (2000), acrescenta que a família é um local privilegiado para vivenciar e

aprender dimensões significativas da interação, como linguagem, comunicação, contato corporal e relações interpessoais.

A teoria sistêmica oferece uma compreensão mais profunda da família, considerando-a como um sistema vivo regido por princípios básicos, como unidade organizada, padrões de influência mútua entre seus membros, trocas constantes com o ambiente externo, tendência ao reequilíbrio e presença de subsistemas independentes (Dessen & Braz, 2005).

Os subsistemas familiares surgem das principais relações estabelecidas na família, como o conjugal, o parental e o fraternal. Esses subsistemas possuem funções e demandas específicas, organizando-se conforme variáveis como geração, sexo, papel ou função, e interesses comuns (Minuchin, 1990).

O ciclo de vida familiar pode ser compreendido como uma série de etapas evolutivas relacionadas ao desenvolvimento da vida familiar, durante as quais ocorrem uma série de eventos previsíveis que demandam adaptação e ajuste dos seus membros (Alarcão, 2000).

De acordo com Alarcão (2000), a família, como sistema aberto, passa por transformações evolutivas ao longo do tempo, resultantes do próprio ciclo de vida familiar. Assim, qualquer nova condição ou evento dentro da família pode desequilibrar o sistema, levando à reorganização e estabelecimento de um novo equilíbrio.

Carter e McGoldrick (1995) descrevem o ciclo de vida familiar com base no modelo da família nuclear, identificando seis estágios de desenvolvimento da vida familiar:

- Saída do jovem adulto da família de origem: Nesta fase, o jovem adulto sai de casa e assume responsabilidades pessoais, profissionais e financeiras. Tanto a família quanto o jovem precisam de garantir que essa separação não prejudique as relações familiares, promovendo assim a autonomia do jovem adulto.
- Casamento: Este estágio é caracterizado pela formação do novo casal, com a união das famílias de origem dos dois jovens adultos. O desafio principal é estabelecer um novo sistema familiar com normas e padrões próprios, transformando o patrimônio comum por meio de negociação e renegociação contínuas, além de resolver conflitos de lealdade com as famílias de origem.
- Nascimento dos filhos: Os casais passam por transições significativas aquando do nascimento dos seus filhos, momento em que se tornam pais. O foco principal está na responsabilidade do cuidado aos filhos pequenos.
- Adolescência dos filhos: Nesta etapa, os filhos entram na adolescência, o que requer maior flexibilidade nas relações familiares. Os conflitos facilitam uma

revisão da vida familiar, enquanto o casal pode enfrentar crises de meia idade e refletir sobre satisfação pessoal, profissional e conjugal.

- Família na meia-idade: Os filhos normalmente já têm suas próprias famílias nesta fase, seguindo seus próprios ciclos de vida familiar. Os pais devem permitir essa separação, orientar os filhos adultos e reestruturar o relacionamento conjugal.
- Família no estadió tardio: Neste estadió, os pais lidam com os desafios do envelhecimento e enfrentam mudanças nos papéis geracionais. Eles precisam de se adaptar à reforma, perda de entes queridos e a uma nova dinâmica conjugal. É necessário redefinir limites e renegociar lealdades dentro da família.

Embora esta descrição dos estádios do desenvolvimento familiar não contemple a variedade de tipos familiares existentes na contemporaneidade, ela facilita a compreensão da evolução do sistema familiar ao longo do tempo (Olson, 2011).

1.2 – O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E A FAMÍLIA

O envelhecimento demográfico, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2023), é um fenómeno evidente em Portugal, onde houve uma redução no tamanho médio das famílias ao longo das décadas. O casal continua sendo a forma de organização familiar predominante, mas houve um aumento significativo nas famílias monoparentais e no número de pessoas que vivem sozinhas. Além disso, os casais sem filhos também aumentaram.

Esse envelhecimento populacional é tanto um desafio quanto uma oportunidade, sendo Portugal o 4º país mais envelhecido da União Europeia, conforme os dados da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) [Direção-Geral de Saúde (DGS), 2017]. Com uma população de 10.639.726 residentes, com um índice de envelhecimento de 185,6% em 2022 (INE, 2023). Essa tendência de envelhecimento deverá persistir em Portugal até pelo menos 2080, com um aumento projetado na população com mais de 65 anos, passando de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas até 2080, de acordo com as projeções do INE (2020).

O envelhecimento demográfico é um fenómeno global que afeta principalmente as sociedades desenvolvidas devido ao aumento da expectativa de vida e à queda na taxa de natalidade. Como destaca Figueiredo et al. (2011), o envelhecimento é um processo multidimensional que envolve mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Isso inclui alterações no corpo associadas à idade, aspetos psicológicos como cognição e

personalidade, e fatores sociais que refletem o contexto cultural e ambiental, influenciando a saúde individual e familiar.

A dependência pode surgir em qualquer idade, mas a sua prevalência aumenta com o avanço da idade devido ao surgimento e desenvolvimento de doenças crônicas relacionadas com o envelhecimento (Correia, 2017). Isso coloca desafios significativos para os profissionais de saúde, particularmente para os enfermeiros, que devem focar na saúde da família como um todo, visando manter famílias saudáveis que possuam recursos biológicos, mentais, socioculturais e ambientais para se manterem em equilíbrio (Almeida, 2017).

1.3 – A FAMÍLIA E A NECESSIDADE DE ELEGER UM CUIDADOR INFORMAL

A família desempenha um papel fundamental na saúde das pessoas, fornecendo cuidados essenciais, apoio emocional e interações afetivas necessárias para o desenvolvimento mental e físico. Ao longo das décadas, a família tem sido a principal responsável pelos cuidados, especialmente para os membros frágeis e dependentes. Em Portugal, esse papel da família continua a ser proeminente, com a maioria dos cuidados domiciliários informais sendo fornecidos por residentes na mesma habitação, como evidenciado pelo Relatório da Entidade Reguladora de Saúde (ERS) (ERS, 2015), que aponta Portugal como líder na Europa nesse tipo de cuidados.

Quando um membro da família adoece, é comum que a família se organize para designar um cuidador informal, que geralmente é um dos próprios membros da família. Esse cuidador informal assume a responsabilidade pelos cuidados do familiar doente, mas raramente recebe remuneração ou formação específica para essa função. No entanto, o papel de cuidador informal é complexo e exigente, com impactos significativos na vida pessoal, social e profissional do cuidador. É comum que os cuidadores informais experimentem sintomas de stress, fadiga, frustração, isolamento social, depressão e diminuição da autoestima (Martins et al., 2003).

1.4 – ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR

Quanto à dinâmica e funcionalidade familiar, o MCSCF, elaborado por Olson (2011), destaca a coesão, a adaptabilidade e a comunicação como componentes essenciais de todos os sistemas familiares, desempenhando um papel crucial no diagnóstico relacional da família, na pesquisa e na avaliação clínica familiar (Olson 2011).

Segundo Olson et al. (1989), conforme citado por Sequeira et al. (2021), a coesão familiar é descrita como o vínculo que os membros da família têm uns com os outros. As variáveis ou conceitos utilizados para diagnosticar e medir a coesão incluem vínculos emocionais, limites, ligações, tempo, espaço, amigos, tomada de decisão, interesses e recreação.

A flexibilidade familiar, ou capacidade de adaptação, é definida como "a habilidade de um sistema conjugal ou familiar para modificar sua estrutura de poder e regras de relacionamento em resposta ao estresse situacional e de desenvolvimento". Os conceitos utilizados para medir e descrever essa dimensão incluem "poder familiar (assertividade, controle, disciplina), estilos de negociação e relação entre papéis e regras de relacionamento" (Olson et al., 1989, p. 48).

Por fim, a comunicação é vista como uma dimensão facilitadora, permitindo que casais e famílias se concentrem em "habilidades de escuta, fala, auto-revelação, clareza, continuidade, respeito e consideração" (Olson, 1993, p. 108).

De acordo com o Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) da OE, a prática do EE deve ir ao encontro dos princípios ético-deontológicos enunciados. Neste âmbito, são competências comuns do enfermeiro especialista: gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança do utente; identificar práticas de risco e implementar medidas de prevenção destas; adotar uma conduta antecipatória; acompanhar e prevenir a recorrência de incidentes de práticas inseguras; desenvolver práticas de qualidade, gerindo, colaborando e implementando programas de melhoria contínua; gerir e otimizar a resposta da sua equipa a situação adversas.

No âmbito da temática retratada é fulcral que os EE tenham estas competências, para evitar a ocorrência de cuidados omissos, e conseqüentemente, eventos adversos, que podem pôr em causa a segurança do utente. Para isso é necessário que estes otimizem as respostas da sua equipa a potenciais situações adversas, e supervisionem a delegação de competências aos cuidadores informais, almejando a promoção da saúde da família, e uma melhoria contínua dos cuidados.

De acordo com o Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018) da OE, são competências específicas do EEESF: cuidar da família ao longo do ciclo vital (como uma unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros); estabelecer uma relação de confiança com esta; promover a saúde familiar; trabalhar as situações complexas que possam surgir; conceber um plano de ação de promoção da saúde com a família; e monitorizar as suas respostas em situações complexas.

Tendo isto por base, é importante que o EEESF reflita acerca das competências quando se encontra a trabalhar com uma família em situação complexa, como seja o caso de um dos elementos necessitar de cuidados de enfermagem no domicílio, que tenham de ser prestados por um cuidador informal. Primeiramente, o EEESF deve ter em conta a saúde do elemento mais debilitado/ doente, mas também a saúde e competência (ou não) do potencial cuidador, sendo que é seu dever cuidar de toda a família e de cada um dos seus elementos. Identificado o possível cuidador informal é fulcral que seja estabelecido um plano de ação com toda a família relativamente à alteração da dinâmica familiar a partir do momento em que um dos elementos da família se torna cuidador informal de outro. Por fim, mas não menos importante, o EEESF deve ter em conta a sua competência de monitorizar a resposta da família perante esta situação, e perceber se todas as informações fornecidas (para prevenir eventos adversos, por exemplo) foram compreendidas pela família e/ou cuidador, e avaliar como se está a dar a transição e o processo no domicílio.

A cultura portuguesa responsabiliza as famílias e preferencialmente as mulheres, pelos cuidados aos seus elementos idosos, no entanto, na sequência das transformações sociais, a família depara-se com uma multiplicidade de obrigações e funções, partilhando ou delegando esses cuidados a outros cuidadores, não tendo frequentemente as ferramentas necessárias para o cuidar (Figueiredo, 2009). Assim, repensar a família como alvo e participante de cuidados é imperativo, sendo já reconhecido pela mais atual legislação, tendo-se que adotar novas conceções para se compreender e intervir no núcleo familiar, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades durante o seu continuum de desenvolvimento.

Durante a prática clínica desenvolvida na comunidade no âmbito deste curso de mestrado, ocorreram frequentemente situações, onde as famílias, maioritariamente com um membro idoso dependente, assumiam a responsabilidade do cuidar, desempenhando essa tarefa frequentemente com carências formativas e estruturais, que impossibilitavam a eficiência desejada, fomentando situações de angústia e stress familiar. A orientação da prática através de um modelo dinâmico, permitiu a estruturação do pensamento no sentido de uma mais fidedigna compreensão da realidade das famílias, conduzindo a intervenções mais eficazes e congruentes com a especificidade de cada uma delas.

As interações desenvolvidas quer com as famílias, quer com outros agentes, parceiros comunitários mobilizados em prol das necessidades das famílias observadas durante a visita domiciliária ou no consultório, levaram a questionar essa prática, uma vez que as

suas potencialidades eram subvalorizadas na prática clínica como enfermeira de família generalista.

Assim e face aos resultados que fui obtendo pela avaliação e intervenção, achei importante para o meu processo de construção do saber, refletir e indagar de forma mais objetiva e científica acerca das potencialidades do MDAIF e as intervenções realizadas; bem como a explorar novas estratégias e/ou recursos que se possam mobilizar no futuro, com resultados evidenciados. O processo reflexivo deve acompanhar o processo de cuidados em todas as suas fases de uma forma regular e sistemática, propiciando mudanças cognitivas nos profissionais, com vista à melhoria contínua dos seus cuidados, pela atualização, reformulação e incremento dos seus saberes, promovendo a prática baseada na evidência (Jordan et al., 2019).

Assim, como consequência de uma população envelhecida, existe a necessidade de analisar a adaptabilidade e coesão das famílias com cuidadores informais a cuidar de idosos dependentes. O presente estudo irá procurar investigar acerca da Adaptabilidade e Coesão das famílias com cuidadores informais da USF a fim de identificar em que medida a família com cuidador informal cumpre o critério acima descrito.

Este estudo insere-se num processo de melhoria contínua dos cuidados prestados aos utentes da USF.

2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi conduzido em três fases distintas. Inicialmente, a fase de recolha de dados ocorreu de 1 de janeiro de 2023 a 15 de janeiro de 2023. Em seguida, a fase de aplicação do instrumento de avaliação foi realizada de 01 de fevereiro a 27 de março de 2023. Por fim, a fase final envolvendo o tratamento estatístico e análise dos dados teve lugar entre 19 de abril de 2023 a 24 de outubro de 2023.

Após a contextualização e enquadramento teórico da temática em estudo, são detalhados os seguintes aspetos: o tipo de estudo realizado; a população e amostra envolvidas; a questão de pesquisa e os objetivos delineados para guiar o estudo; os instrumentos e procedimentos utilizados na colheita de dados; as considerações éticas desde a fase de projeto; e, por fim, a análise dos dados obtidos e a respetiva discussão.

2.1 – TIPO DE ESTUDO

O presente estudo adota um desenho descritivo-correlacional, com o objetivo de explorar as relações entre variáveis para descrevê-las.

2.2 – OBJETIVOS

Analisar a Adaptabilidade e Coesão Familiar em famílias com cuidadores informais com idosos dependentes.

Conhecer as famílias com sobrecarga do cuidador informal com idosos dependentes.

Identificar a relação entre a Adaptabilidade e Coesão Familiar e a Sobrecarga do cuidador informal com idosos dependentes.

2.3 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

De forma a operacionalizar o desenvolvimento do presente trabalho de investigação, no contexto da problemática de investigação descrita, formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual o nível de Coesão e Adaptabilidade Familiar em famílias com cuidadores informais a cuidar de idosos dependentes?

2.4 – POPULAÇÃO ALVO

A população-alvo deste estudo abrange todas as famílias com cuidadores informais responsáveis por idosos participantes do programa de saúde "Dependentes" no Sistema

de Informação SClínico, acedido através do ficheiro da EOC em uma Unidade de Saúde Familiar na região centro do país. Como critério de exclusão, consideram-se as famílias cujos idosos dependentes residem em lares ou instalações semelhantes, bem como as famílias que se recusam a participar no estudo. Salienta-se que, das 28 famílias inicialmente identificadas, apenas 22 famílias com 44 indivíduos participaram da amostra deste estudo.

Para uma melhor compreensão desta temática, importa definir cuidador informal e o termo dependência:

- Cuidador informal:
 - principal é definido como o cônjuge, companheiro(a), parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou colateral da pessoa cuidada. Este cuidador acompanha e cuida da pessoa de forma permanente, vivendo com ela na mesma habitação e não recebendo remuneração por sua atividade de cuidado (Lei n. 100/2019 de 6 de setembro, 2019).
 - não principal é aquele que acompanha e cuida da pessoa de forma regular, mas não permanente, podendo ou não receber remuneração por sua atividade de cuidado (Lei n. 100/2019 de 6 de setembro, 2019).
- Dependência é entendida como "uma situação em que a pessoa, devido à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença grave e ou incurável em fase avançada, falta ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue realizar as atividades de vida diária por si mesma" (Lei n. 52/2012 de 5 de setembro, 2012, p. 5119).

2.5 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Na investigação científica, a seleção e aplicação adequadas dos instrumentos de colheita de dados são cruciais para garantir a validade e a fiabilidade dos resultados. Segundo Fortin (2009), estes instrumentos devem ser rigorosamente escolhidos e adaptados ao contexto do estudo, permitindo a obtenção de dados precisos e relevantes para responder às questões de investigação.

Questionário Sociodemográfico (Apêndice 3)

Este tem como objetivo a caracterização das famílias. Inclui as variáveis demográficas, aborda questões sociais, habilitações literárias, a situação profissional, a composição do agregado familiar, tempo que é cuidador, se tem apoio de familiares ou de outros, tipo de família e fase de desenvolvimento da família segundo Duval.

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES IV) (Anexo 1):

A Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar – Versão IV (FACES IV) foi criada por Olson e Gorall (2006) com base no Modelo Circumplexo (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2006). A FACES IV é uma escala de autorrelato utilizada para avaliar o funcionamento familiar. Deve ser preenchida por todos os membros da família com idade superior a 12 anos. Esta ferramenta mede os padrões de relacionamento familiar através dos níveis de coesão (limites e fronteiras internas da família) e flexibilidade (capacidade de adaptação às mudanças). A escala é composta por 62 itens, classificados numa escala *Likert* com 5 níveis de resposta para os itens de 1 a 52 (1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “indeciso”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente”) e com 4 níveis de resposta para os itens de 53 a 62 (1 = “insatisfeito”; 2 = “geralmente satisfeito”; 3 = “muito insatisfeito”; 4 = “totalmente insatisfeito”).

A escala inclui duas subescalas equilibradas e quatro subescalas desequilibradas. As subescalas equilibradas são Coesão Equilibrada e Flexibilidade Equilibrada. As subescalas desequilibradas são Desmembrada, Emaranhada, Rígida e Caótica. Adicionalmente, há uma subescala para avaliar o nível de Comunicação e outra para o nível de Satisfação Familiar. Cada subescala Equilibrada e Desequilibrada contém 7 itens, enquanto as subescalas de Comunicação e Satisfação possuem 10 itens cada. A distribuição dos itens é a seguinte:

Coesão Equilibrada: itens 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37

Flexibilidade Equilibrada: itens 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38

Desmembrada: itens 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39

Emaranhada: itens 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40

Rígida: itens 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41

Caótica: itens 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42

Comunicação: itens 43 a 52

Satisfação: itens 53 a 62 (Olson & Gorall, 2006).

As pontuações da FACES IV são expressas em percentis, rácios e dimensões. Os percentis são aplicados para avaliar as seis subescalas da FACES IV, bem como as escalas de Satisfação e Comunicação (Olson & Gorall, 2006).

Os rácios indicam o grau de equilíbrio ou desequilíbrio de um sistema familiar em termos de coesão e flexibilidade. Rácios superiores a 1 indicam famílias mais equilibradas, e rácios inferiores a 1 indicam sistemas familiares mais desequilibrados. Assim, temos o rácio de coesão, o rácio de flexibilidade e o rácio circunplexo total.

Estes rácios são calculados pela divisão da subescala equilibrada pela média das subescalas desequilibradas como representado na tabela 4 :

Tabela 4

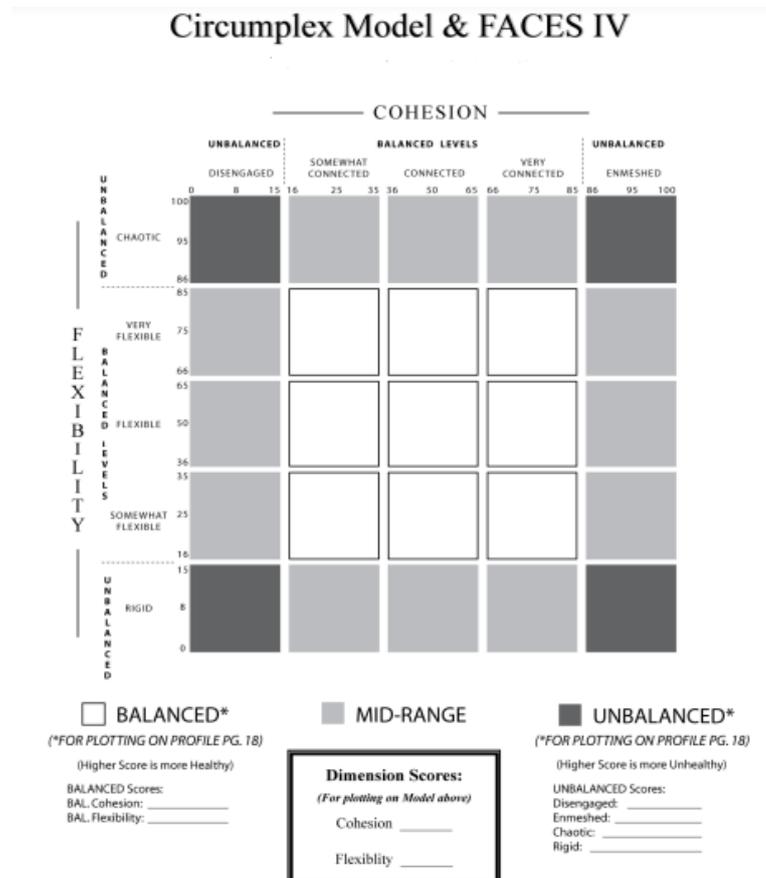
Cálculo de rácios

Rácio Coesão		Rácio Flexibilidade	
Coesão Equilibrada /	[(Emaranhada +	Flexibilidade Equilibrada /	
Desmembrada) / 2]		[(Rígida + Caótica) / 2	
Rácio Circunplexo Total			
[(coesão Equilibrada + Flexibilidade Equilibrada) / 2] / [(Emaranhada + Desmembrada + Rígida + Caótica) / 4]			

As dimensões agregam as pontuações das subescalas equilibradas e desequilibradas nas dimensões de coesão e flexibilidade para posicionar o sistema familiar no Modelo Circunplexo (Figura 9). O modelo categoriza cada dimensão em cinco níveis, resultando em 25 tipos diferentes de sistemas familiares: nove sistemas equilibrados, doze sistemas equilibrados numa dimensão e desequilibrados na outra, e quatro sistemas desequilibrados em ambas as dimensões. A hipótese central do Modelo Circunplexo, designada por hipótese curvilínea, pressupõe que relacionamentos familiares equilibrados conduzem a funcionamentos familiares saudáveis (níveis equilibrados/balanceados), enquanto relacionamentos familiares desequilibrados, caracterizados por níveis extremamente baixos ou extremamente altos em ambas as dimensões (i.e., coesão ou flexibilidade familiar) estão associados a funcionamentos familiares problemáticos e disfuncionais (Olson, 2000, 2011).

Figura 9

Modelo Circumplexo e FACES IV (Olson, 2011)



Escala de Sobrecarga do Cuidador (ZARIT) (Apêndice 4)

A Escala de Zarit é um questionário de autorrelato projetado para avaliar a sobrecarga percebida pelos cuidadores informais, considerando o impacto da doença na vida deles. As questões abordam problemas nos domínios de saúde e bem-estar, vida pessoal e social, e finanças. A versão utilizada neste estudo é composta por 22 itens, pontuados em uma escala *Likert* de zero (Nunca) a cinco (Quase Sempre), com uma pontuação total variando de 22 a 110. Pontuações mais altas indicam uma maior percepção de sobrecarga. A Tabela 5 apresenta os pontos de corte definidos na literatura para interpretação dos resultados (Sequeira, 2010).

Tabela 5

Pontos de corte da ESC (Sequeira, 2010)

Pontos de corte da ESC

<46 Sem Sobrecarga

46-56 Sobrecarga Ligeira

>56 Sobrecarga Intensa

2.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O estudo foi realizado segundo os princípios éticos e deontológicos que guiam a profissão de enfermagem, nomeadamente o respeito do direito à autodeterminação, o dever de sigilo e o respeito da intimidade da pessoa e da sua família, de acordo com o Código Deontológico, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Foi elaborado e entregue a todos os participantes no estudo o consentimento informado (Apêndice 5).

Foram solicitadas previamente as necessárias autorizações institucionais para a realização da investigação, nomeadamente: ao Coordenador da USF onde foi realizado o estágio (Anexo 2), à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer n. 924_11_2022) (Anexo 3) e à Comissão de Ética da ARS Centro (140/22 – 19.01.2023) (Anexo 4), tendo sido obtido parecer favorável de todos os intervenientes.

Relativamente às escalas que integram o protocolo de investigação: foi solicitado o pedido de autorização para a utilização da escala FACES IV aos respetivos autores (Anexo 5); a Escala de ZARIT Familiar é uma escala de uso gratuito, encontrando-se disponível no programa informático SClínico.

2.7 – CONSISTÊNCIA INTERNA DOS DADOS RECOLHIDOS

A fiabilidade das escalas pode ser estudada através da análise da sua consistência interna. Entre os vários métodos que podem ser aplicados optámos pela determinação do coeficiente Alpha de Cronbach, por ser o mais adequado para escalas tipo *Likert*. Se não houver cotação incorreta dos itens, este coeficiente pode apresentar valores compreendidos entre 0 e 1. Para este coeficiente, valores mais próximos de 1 são interpretados como indicando maior consistência interna. Quanto mais elevada for a consistência interna de uma escala, maior é a sua homogeneidade e mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados. Como atrás referimos, este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas, nomeadamente para escalas tipo *Likert*, e, de acordo com muitos autores, nomeadamente, Nunnally (1978) citado por Maroco Garcia-Marques (2006), resultados iguais ou superiores a 0.70 são

reveladores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido, tal como referiu DeVellis (1991) citado por Maroco Garcia-Marques (2006).

Analisando os resultados que constituem a Tabela 6, podemos constatar que as subescalas da escala de autorrelato do funcionamento familiar (FACES IV), apresentam valores de Alpha superiores a 0.70 exceto na subescala Emaranhada. Esta situação foi registada, igualmente, em outros estudos anteriores. Relativamente à escala sobre o grau de sobrecarga subjetiva de cuidadores informais de idosos dependentes (ZARIT) apresenta um coeficiente Alpha com valor 0.83.

Podemos, assim, concluir que ambas as escalas evidenciam boa consistência interna e, conseqüentemente, boa fiabilidade.

Tabela 6

Alphas de Cronbach obtidos para as subescalas da FACES IV e para a escala ZARIT

Escala / Subescala	n.º de itens	Alpha de Cronbach
Coesão	7	0.77
Flexibilidade	7	0.80
Desmembrada	7	0.84
Emaranhada	7	0.51
Rígida	7	0.80
Caótica	7	0.80
Comunicação	10	0.84
Satisfação	10	0.84
ZARIT	22	0.83

2.8 – FERRAMENTAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao software de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS), na versão 29.

Para sistematizar a informação obtida com a aplicação do instrumento de colheita de dados elaborado e proceder ao estudo das relações entre variáveis utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Foram aplicadas as seguintes técnicas estatísticas:

- Frequências absolutas e relativas (percentuais);

- Medidas de tendência central: média aritmética, média ordinal e mediana;
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão, valor mínimo e valor máximo;
- Coeficientes: Alpha de Cronbach e correlação de Spearman;
- Testes: teste de correlação do coeficiente de correlação de Spearman, teste de Mann-Whitney e teste Shapiro-Wilk (teste de normalidade).

Na seleção das técnicas estatísticas tivemos em consideração a natureza e as características das variáveis envolvidas e as indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por Marôco (2021).

Em todos os testes fixámos o valor 0.05 como limite de significância. Tal implica que rejeitamos a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I era inferior a 5%, ou seja, rejeitámos a hipótese H_0 para valores de $p < 0.05$.

Os resultados que apresentamos na Tabela 7 foram obtidos com a aplicação do teste de normalidade e permitem-nos constatar que as distribuições de valores da sobrecarga (Escala de ZARIT) e das subescalas desmembrada, emaranhada e caótica do funcionamento familiar (Escala FACES IV), não podem ser consideradas com gaussianas ou normais. Este facto, conduziu-nos a aplicar teste não paramétricos nos estudos das relações entre variáveis.

Tabela 7

Resultados do estudo da normalidade das variáveis quantitativas, das subescalas da FACES IV e da escala ZARIT

Variáveis	p
Idade	0.057
Tempo como cuidador	0.158
Coesão	0.070
Flexibilidade	0.329
Desmembrada	< 0.001
Emaranhada	0.034
Rígida	0.245
Caótica	< 0.001
Comunicação	0.450
Satisfação	0.058
Sobrecarga	0.031

2.9 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Seguidamente procedemos à análise e apresentação dos dados e resultados de caracterização da amostra, do grau de sobrecarga subjetiva de cuidadores informais de idosos dependentes, do estudo do funcionamento familiar assim como do estudo da relação entre as variáveis presentes no estudo.

A nossa amostra era constituída por 44 elementos, pertencentes a 22 famílias. Os dados que apresentamos na Tabela 8 permitem-nos verificar que 50.0% dos respondentes eram cuidadores e 34.1% eram cônjuges do cuidador(a).

Dos 22 cuidadores 63.6% eram do sexo feminino. As suas idades situavam-se entre 30 e 80 anos, sendo a idade média 60.82 anos com desvio padrão 12.23 anos. Metade dos cuidadores tinham pelo menos 64.00 anos, 45.5% pertenciam ao grupo etário dos 60 aos 69 anos, seguidos de 22.7% que tinham entre 50 e 59 anos e de 18.2% cujas idades eram iguais ou superiores a 70 anos. Relativamente à escolaridade, observamos que 27.2% possuíam o 3.º ciclo do ensino básico ou equivalente e 18.2% referiram o 1.º ou 2.º ciclos do mesmo nível de ensino ou o ensino superior. Tendo por base a escala de Graffar adaptada, 36.4% foram classificados no nível 4, seguidos de 22.7% que foram classificados no nível 3 e de 18.2% que pertenciam ao nível 5. A maioria dos cuidadores, concretamente 54.5%, estava na situação de não ativo.

Tabela 8

Caracterização sociodemográfica

Variáveis	n	%
Respondente		
Cuidador	22	50.0
Cônjuge	15	34.1
Filho(a)	4	9.1
Neto(a)	1	2.3
Dependente	2	4.5
Sexo		
Feminino	14	63.6
Masculino	8	36.4
Grupo etário		
< 40	2	9.1
40 – 49	1	4.5
50 – 59	5	22.7
60 – 69	10	45.5
≥ 70	4	18.2
$\bar{x} = 60.82$	Md = 64.00	s = 12.23
	$x_{\min} = 30$	$x_{\max} = 80$

Escolaridade		
Analfabeto	1	4.5
1.º Ciclo do Ensino Básico	4	18.2
2.º Ciclo do Ensino Básico	4	18.2
3.º Ciclo do Ensino Básico	6	27.2
Ensino Secundário	3	13.6
Ensino Superior	4	18.2
Profissão		
Nível 1	3	13.6
Nível 2	2	9.1
Nível 3	5	22.7
Nível 4	8	36.4
Nível 5	4	18.2
Situação profissional		
Ativo	10	45.5
Não ativo	12	54.5

Os dados que constituem a Tabela 9 permitem constatar que todos os agregados familiares eram compostos pelo cuidador e pela pessoa dependente, 68.2% integravam também o cônjuge do cuidador e 22.7% tinham na sua composição filhos do cuidador. A maioria dos cuidadores (68.2%) era filho(a) da pessoa cuidada e também a maioria prestava cuidados a tempo parcial (59.1%). O Tempo como cuidador situava-se entre 2 e 10 anos sendo a média 5.86 anos com desvio padrão 2.38 anos. Metade dos cuidadores referiu tempos de prestação de cuidados iguais ou superiores a 5.50 anos, 36.4% eram cuidadores há 4 ou 5 anos, seguidos de 27.3% que cuidavam da pessoa dependente há pelo menos 8 anos e de 22.7% que desempenhavam esta função há 6 ou 7 anos. Verifica-se que 81.8% dos cuidadores referiram ter apoio de familiares ou outros. Quanto ao tipo de família, 45.5% eram nucleares, 31.8% eram alargadas e 18.2% eram do tipo monoparental. Quanto à fase de desenvolvimento da família segundo Duval, metade das famílias eram idosas, 22.7% eram famílias com filhos adolescentes e 18.2% eram famílias de meia-idade.

Tabela 9

Caracterização familiar e do contexto do cuidado

Variáveis	n	%
Composição do agregado familiar		
Cuidador(a)	22	100.0

Cônjuge	15	68.2
Namorado(a)	1	4.5
Filho(a)	5	22.7
Irmão(ã)	1	4.5
Dependente	22	100.0
Grau de parentesco com a pessoa cuidada		
Esposa(o)	2	9.1
Filha(o)	15	68.2
Nora/Genro	2	9.1
Neta(o)	2	9.1
Sobrinha(o)	1	4.5
Tempo dedicado ao cuidar		
Tempo integral	9	40.9
Tempo parcial	13	59.1
Tempo como cuidador (anos)		
2 – 3	3	13.6
4 – 5	8	36.4
6 – 7	5	22.7
≥ 8	6	27.3
$\bar{x} = 5.86$	$Md = 5.50$	$s = 2.38$
$x_{min} = 2$	$x_{máx} = 10$	
Apoio de familiares ou outros		
Sim	18	81.8
Não	4	18.2
Tipo de família		
Nuclear	10	45.5
Alargada	7	31.8
Monoparental	4	18.2
Reconstituída	1	4.5
Fase de desenvolvimento da família segundo Duval		
Famílias com filhos em idade escolar	1	4.5
Família com filhos adolescentes	5	22.7
Família com adulto jovem a sair de casa	1	4.5

Família de meia-idade	4	18.2
Família idosa	11	50.0

A aplicação da escala FACES IV e dos critérios de classificação em cada uma das suas subescalas permitiu obter os dados e resultados que apresentamos na Tabela 10. Verificamos que 63.6% eram coesas, 52.3% eram muito flexíveis, 54.5% foram classificadas como tendo um nível muito baixo de desmembramento, 56.8% revelaram um nível baixo de emaranhamento, 36.4% evidenciaram um nível moderado de rigidez seguidas de 29.5% cujo nível era alto e de 20.5% que foram classificadas com nível baixo e 70.5% evidenciaram nível muito baixo de caóticaidade.

As famílias evidenciaram valores de percentis mais elevados nas subescalas relativas à flexibilidade, à rigidez e à coesão, enquanto nas subescalas desmembrada e caótica os valores dos percentis foram tendencialmente mais baixos.

Tabela 10

Subescalas equilibradas e desequilibradas de coesão e flexibilidade

Subescala	n	%
Coesão		
Algo coesa	6	13.6
Coesa	28	63.6
Muito coesa	10	22.7
$\bar{x} = 50.59$ Md = 50.00 s = 16.93 $x_{\min} = 12$ $x_{\max} = 81$		
Flexibilidade		
Algo flexível	0	0.0
Flexível	21	47.7
Muito flexível	23	52.3
$\bar{x} = 62.70$ Md = 65.00 s = 12.38 $x_{\min} = 30$ $x_{\max} = 88$		
Desmembrada		
Muito baixo	24	54.5
Baixo	19	43.2
Moderado	0	0.0
Alto	1	2.3
Muito alto	0	0.0
$\bar{x} = 28.00$ Md = 26.00 s = 9.88 $x_{\min} = 12$ $x_{\max} = 68$		
Emaranhada		
Muito baixo	1	2.3
Baixo	25	56.8
Moderado	17	38.6

Alto				1	2.3
Muito alto				0	0.0
$\bar{x} = 41.41$	Md = 40.00	s = 8.78	$x_{\min} = 26$	$x_{\max} = 64$	
Rígida					
Muito baixo				2	4.5
Baixo				9	20.5
Moderado				16	36.4
Alto				13	29.5
Muito alto				4	9.1
$\bar{x} = 54.09$	Md = 55.00	s = 17.63	$x_{\min} = 16$	$x_{\max} = 85$	
Caótica					
Muito baixo				31	70.5
Baixo				11	25.0
Moderado				2	4.5
Alto				0	0.0
Muito alto				0	0.0
$\bar{x} = 24.11$	Md = 20.00	s = 8.22	$x_{\min} = 15$	$x_{\max} = 50$	

Analisando a Tabela 11, verifica-se que 40.9% das famílias evidenciaram um nível moderado de comunicação, seguidas de 36.4% cujo nível de classificação foi avaliado como alto. Relativamente a satisfação constata-se que 36.4% revelaram um nível baixo seguidas de 34.1% com nível moderado e de 18.2% com nível muito baixo.

Tabela 11

Subescalas de comunização e satisfação familiar

Subescala	n	%
Comunicação		
Muito baixo	1	2.3
Baixo	6	13.6
Moderado	18	40.9
Alto	16	36.4
Muito alto	3	6.8
$\bar{x} = 54.50$	Md = 58.00	s = 20.00
	$x_{\min} = 15$	$x_{\max} = 97$
Satisfação		
Muito baixo	8	18.2
Baixo	16	36.4
Moderado	15	34.1
Alto	4	9.1
Muito alto	1	2.3
$\bar{x} = 37.73$	Md = 35.00	s = 18.81
	$x_{\min} = 10$	$x_{\max} = 92$

O cálculo dos rácios permitiu a classificação das famílias em termos de coesão, flexibilidade e total (Tabela 12). Constata-se que 75.0% eram famílias equilibradas em termos de coesão, 93.2% eram também famílias equilibradas relativamente à flexibilidade e 77.3% foram classificadas como famílias equilibradas em termos do Modelo Circumplexo total.

Tabela 12

Classificação das famílias segundo os rácios de coesão, flexibilidade e circumplexo total

Rácio	n	%
Coesão		
Família equilibrada	33	75.0
Família desequilibrada	11	25.0
$\bar{x} = 1.57$ Md = 1.40 s = 0.76 $x_{\min} = 0.20$ $x_{\max} = 3.50$		
Flexibilidade		
Família equilibrada	41	93.2
Família desequilibrada	3	6.8
$\bar{x} = 1.72$ Md = 1.66 s = 0.77 $x_{\min} = 0.90$ $x_{\max} = 5.70$		
Circumplexo total		
Família equilibrada	34	77.3
Família desequilibrada	10	22.7
$\bar{x} = 1.26$ Md = 1.23 s = 0.41 $x_{\min} = 0.70$ $x_{\max} = 3.10$		

A aplicação da Escala de *ZARIT* e dos critérios de classificação propostos pelo autor possibilitou avaliação do nível de sobrecarga dos cuidadores tal como se apresenta na Tabela 13. Verificamos que a maioria dos cuidadores, concretamente 54.5%, foram considerados sem sobrecarga, seguidos de 27.3% que se situaram no nível de sobrecarga intensa e dos restantes 18.2% que estavam num nível de sobrecarga ligeira.

Tabela 13

Nível de sobrecarga dos cuidadores

Nível de sobrecarga	n	%
Sem sobrecarga	12	54.5
Sobrecarga ligeira	4	18.2
Sobrecarga intensa	6	27.3
$\bar{x} = 48.18$ Md = 44.00 s = 9.32 $x_{\min} = 37$ $x_{\max} = 72$		

Na Tabela 14 apresentamos os resultados do estudo de correlação entre a sobrecarga

do cuidador e as subescalas do funcionamento familiar. Este estudo foi realizado através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância.

Observamos que existem correlações estatisticamente significativas entre a sobrecarga e as subescalas referentes à flexibilidade ($r_s = -0.43$; $p = 0.043$) e à satisfação com a família ($r_s = -0.50$; $p = 0.019$). Em ambas as situações o coeficiente de correlação apresenta valores negativos que sugerem que os cuidadores que integram famílias mais flexíveis e em que a satisfação é maior tendem a evidenciar menor sobrecarga.

Tabela 14

Correlação dos valores de sobrecarga com as subescalas do funcionamento familiar

Sobrecarga		n	r_s	p
Funcionamento familiar				
Coesão		22	-0.19	0.406
Flexibilidade			-0.43	0.043
Desmembrada			+0.30	0.179
Emaranhada			-0.16	0.469
Rígida			-0.34	0.126
Caótica			0.30	0.175
Comunicação			-0.22	0.324
Satisfação			-0.50	0.019

A comparação da sobrecarga e do funcionamento familiar em função do tempo dedicado ao cuidar, realizada através da aplicação do teste de Mann-Whitney, permitiu obter os resultados que apresentamos na Tabela 15.

Verifica-se a existência de diferença significativa, unicamente, em termos de sobrecarga ($p = 0.038$) e a comparação dos resultados das medidas de tendência central permitem-nos afirmar que os cuidadores que desempenha a atividade de cuidar a tempo inteiro tendem a revelar maior sobrecarga.

Tabela 15

Comparação da sobrecarga e das subescalas do funcionamento familiar em função do tempo dedicado ao cuidar

Sobrecarga / Funcionamento familiar		n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p
Tempo dedicado ao cuidar						
Sobrecarga						0.038
Tempo inteiro		9	14.94	53.89	57.00	

	Tempo parcial	13	9.12	44.23	44.00	
Coesão						
	Tempo inteiro	9	8.72	43.89	50.00	0.088
	Tempo parcial	13	13.42	56.62	50.00	
Flexibilidade						
	Tempo inteiro	9	8.67	57.22	55.00	0.085
	Tempo parcial	13	13.46	66.62	65.00	
Desmembrada						
	Tempo inteiro	9	13.00	29.33	26.00	0.362
	Tempo parcial	13	10.46	26.08	26.00	
Emaranhada						
	Tempo inteiro	9	12.72	43.78	45.00	0.458
	Tempo parcial	13	10.65	40.54	36.00	
Rígida						
	Tempo inteiro	9	9.28	45.33	40.00	0.180
	Tempo parcial	13	13.04	56.69	60.00	
Caótica						
	Tempo inteiro	9	11.89	25.89	24.00	0.813
	Tempo parcial	13	11.23	23.54	20.00	
Comunicação						
	Tempo inteiro	9	10.39	51.22	50.00	0.501
	Tempo parcial	13	12.27	57.15	62.00	
Satisfação						
	Tempo inteiro	9	9.67	33.56	35.00	0.267
	Tempo parcial	13	12.77	42.00	40.00	

Procedeu-se ainda aos estudos das relações da sobrecarga e do funcionamento familiar com as variáveis: sexo, idade, situação profissional, tempo como cuidador e apoio de familiares ou outros. Em nenhum destes estudos observamos a existência de diferenças ou correlações estatisticamente significativas. Por este motivo, optámos por não apresentar os respetivas tabelas de resultados.

2.10 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados apresentada de seguida engloba os tópicos relativos à caracterização da amostra, ao perfil etário e escolaridade, à sobrecarga dos cuidadores, à funcionalidade familiar e ao apoio e tipologia familiar.

Caracterização da Amostra

Os resultados obtidos no estudo revelam uma amostra composta por 44 elementos pertencentes a 22 famílias, dos quais metade eram cuidadores e cerca de um terço

eram cônjuges dos cuidadores. Estes dados estão em consonância com estudos prévios que apontam para uma prevalência significativa de cuidadores informais no seio familiar, sendo frequentemente cônjuges ou filhos dos dependentes (Rodrigues et al., 2018; Santos et al., 2019). A maioria dos cuidadores eram do sexo feminino, uma tendência amplamente documentada na literatura, onde se destaca que as mulheres assumem frequentemente o papel de cuidadoras principais (Pinquart & Sörensen, 2006; Gratao et al., 2015).

Perfil Etário e Escolaridade

A idade média dos cuidadores era de 60.82 anos, com um desvio padrão de 12.23 anos, e a escolaridade variava desde o 1.º ciclo do ensino básico até ao ensino superior. Estes dados são consistentes com a evidência que indica que a faixa etária predominante dos cuidadores situa-se entre os 50 e 70 anos (Tomomitsu et al., 2014), sendo esta uma etapa da vida em que os indivíduos podem estar a enfrentar também outros desafios pessoais e de saúde. A escolaridade dos cuidadores é um fator relevante, pois estudos mostram que níveis mais baixos de educação estão frequentemente associados a uma maior sobrecarga (Bauer & Sousa-Poza, 2015).

Sobrecarga dos Cuidadores

A sobrecarga subjetiva dos cuidadores foi um ponto central do estudo, destacando-se que aqueles que prestavam cuidados a tempo inteiro tendem a apresentar uma maior sobrecarga. Esta relação é corroborada por outros estudos que indicam que a intensidade e a duração dos cuidados são fatores críticos na experiência de sobrecarga dos cuidadores (Bastawrous, 2013; Schulz & Eden, 2016). A correlação negativa entre a sobrecarga e a flexibilidade familiar e a satisfação familiar sugere que ambientes familiares mais coesos e flexíveis podem atuar como fatores protetores contra a sobrecarga.

Funcionalidade Familiar

A aplicação da escala FACES IV revelou que a maioria das famílias (63.6%) eram coesas e 52.3% muito flexíveis, refletindo um funcionamento familiar saudável e adaptativo. Famílias coesas e flexíveis tendem a proporcionar um melhor suporte social e emocional aos cuidadores, o que pode atenuar os efeitos negativos da sobrecarga (Olson, 2000; Sanches et al., 2019). A classificação das famílias em termos de coesão, flexibilidade e o modelo circumplexo total como equilibradas reforça a importância de um funcionamento familiar adequado na promoção do bem-estar dos cuidadores.

Apoio e Tipologia Familiar

A maioria dos cuidadores referiu ter apoio de familiares ou outros, um dado que sublinha a importância das redes de suporte no alívio da carga do cuidador (Chappell & Dujela, 2008). A predominância de famílias nucleares e alargadas é indicativa das estruturas familiares típicas que ainda prevalecem em muitos contextos, onde a responsabilidade dos cuidados é partilhada entre os membros da família (Bedard et al., 2000).

CONCLUSÃO

A componente clínica do estágio proporcionou o desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Através da colaboração com as famílias e da avaliação das dinâmicas e necessidades espirituais, antropobiológicas, sociais e culturais, foi possível desenvolver a capacidade de orientar decisões clínicas baseadas em evidências, fortalecendo a resiliência e o bem-estar familiar.

Os objetivos deste estágio foram refletir sobre as competências adquiridas e apresentar os resultados de uma investigação sobre a adaptabilidade e coesão familiar em famílias com cuidadores informais. O estudo quantitativo, com um desenho descritivo-correlacional, revelou que famílias com níveis equilibrados de coesão e flexibilidade apresentam funcionamentos mais saudáveis e menor sobrecarga para os cuidadores informais. Estes achados reforçam a importância do papel do enfermeiro em promover o equilíbrio nas relações familiares para melhorar o bem-estar geral.

A aplicação da escala FACES IV e a hipótese curvilínea do Modelo Circumplexo demonstraram que relacionamentos familiares equilibrados estão associados a funcionamentos familiares saudáveis, enquanto níveis extremos de coesão ou flexibilidade indicam disfunção familiar. Estes resultados sublinham a necessidade de estratégias de intervenção que promovam a flexibilidade e a coesão dentro das famílias.

Para a futura prática do EEESF, é essencial a utilização de ferramentas de avaliação, como o MDAIF, para identificar necessidades, recursos e forças das famílias. Esta abordagem permitirá intervenções mais direcionadas e eficazes, que não só reduzirão a sobrecarga dos cuidadores informais, mas também promoverão uma melhor adaptação e coesão familiar.

Contribuições para o Futuro:

As contribuições para o futuro do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) abrangem várias áreas essenciais. Primeiramente, destaca-se a **defesa de políticas públicas de apoio**, com iniciativas como a advocacia por políticas que beneficiem famílias com idosos dependentes. Estas podem incluir programas de educação contínua para cuidadores, abordando temas como gestão de stress, prevenção de complicações e uso correto de equipamentos de apoio. Além disso, é crucial o desenvolvimento de plataformas digitais e materiais pedagógicos que promovam a autoeficácia dos cuidadores, adaptados a diferentes contextos culturais e socioeconómicos.

Outro foco importante é a **promoção da coesão e adaptabilidade familiar**, dado que as relações familiares podem ser profundamente impactadas pelo cuidado prolongado de um idoso dependente. Para isso, recomenda-se implementar sessões de aconselhamento familiar que ajudem as famílias a desenvolver estratégias de comunicação e gestão das forças durante as transições mais complexas. A realização de avaliações regulares da coesão e adaptabilidade familiar, utilizando instrumentos como o FACES, permite propor intervenções personalizadas e eficazes.

A **articulação com redes de suporte comunitário** constitui outra dimensão relevante. O enfermeiro especialista pode desempenhar um papel ativo ao articular famílias com recursos comunitários, como serviços de apoio psicológico, fisioterapia ou cuidados continuados. Adicionalmente, é fundamental coordenar grupos de suporte para cuidadores familiares, promovendo a troca de experiências e reduzindo o isolamento social.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) desempenha um papel crucial na implementação de intervenções sustentáveis e eficazes face ao envelhecimento demográfico. Fundamentado na capacitação das famílias, na dinamização de redes de suporte comunitário e na integração de práticas baseadas na evidência, o EEESF adota uma abordagem sistémica e interconectada, inspirada no pensamento complexo de Edgar Morin.

Esta visão permite abordar as múltiplas dimensões da saúde de forma integrada, reconhecendo as interdependências entre indivíduos, famílias e comunidades, e promovendo estratégias adaptativas e inovadoras. Assim, assegura uma resposta integrada e holística às exigências de saúde das famílias que cuidam de idosos dependentes.

Em suma, o papel do EEESF é crucial para o apoio integral às famílias, contribuindo para a criação de ambientes familiares mais resilientes e saudáveis. A prática baseada em evidências, aliada à avaliação contínua das dinâmicas familiares, permitirá intervenções mais precisas e eficazes, promovendo o bem-estar e a coesão familiar a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica* (3ª ed.). Quarteto Editora.
- Almeida, A. (2017). *Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas Implicações para os Cuidados de Enfermagem* [Tese Doutorado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]. Estudo Geral: Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24191/1/Tese%20de%20Doutoramento%20para%20reposit%C3%B3rio.pdf>
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40(16), 185-199. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227>
- António, R., Pinto, T., Pereira, C., Farcas, D., & Moleiro, C. (2012). Bullying homofóbico no contexto escolar em Portugal. *Psicologia*, 26(1), 17-32. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v26i1.260>
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden – A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005>
- Bauer, J. & Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *Journal of Population Ageing*, 8, 113-145. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>
- Bedard, M., Molloy, D., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. & O'Donnell, M. (2000). The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. *The Gerontologist*, 41(5), 652-657. <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.652>
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar* (2ª ed.). Artmed Editora.
- Chappell, N. & Dujela, C. (2008). Caregiving: Predicting at-risk status. *Canadian Journal on Aging*, 27(2), 169-179. <https://doi.org/10.3138/cja.27.2.169>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). (2015). https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_Kit_Portugues%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf
- Correia, A. (2017). *Síndrome de Fragilidade no Idoso* [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral: Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/82733>

- Cruz, M. & Bourget, M. (2010). A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 605–613. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902010000300012>
- Decreto-Lei n. 298/2007 de 22 de agosto. (2007). Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. Em *Diário da República: 1ª Série*, n. 161, 5587-5596.
- Dessen, M. & Braz, M. (2005). As relações maritais e sua influência nas relações parentais: implicações para o desenvolvimento da criança. In M. Dessen & A. Junior (Coord.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 132-151). Artmed Editora.
- Entidade Reguladora de Saúde. (2015). *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2023). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2024). Guia para a Realização de Citações em Texto e Referências Bibliográficas.
- Ferreira, A., Martins, D., & Queirós, P. (2017). Regulamento Interno da USF.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Lusociência.
- Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(3), 11–22. <https://www.researchgate.net/publication/231562389>
- Fortin, M. (2009). O processo de investigação – da concepção à realização. (5a ed.). Lusociência.
- Gomes, M., Fracoli, L. & Machado, B. (2015). Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. *O Mundo da Saúde*, 39(4), 470–475. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20153904470475>

- Gratao, A., Vendrúscolo, T., Talmelli, L., Figueiredo, L., Santos, J. & Rodrigues, R. (2015). Burden and the emotional distress in caregivers of elderly individuals. *Text Context Nursing*, 21(2), 304–312. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. Recuperado em 28 de junho, 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estimativas da População Residente*. Recuperado em 28 de junho, 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jordan, Z., Lockwood, C., Aromataris, E., & Munn, Z. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1), 58-71. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>
- Lacerda, M. (2010). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2621–2626. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500036>
- Lei n. 100/2019 de 6 de setembro. (2019). Estatuto do Cuidador Informal. Em *Diário da República: 1ª Série*, n. 171, 3-16.
- Lei n. 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Em *Diário da República: 1ª Série*, n. 181, 8059-8105.
- Lei n. 52/2012 de 5 de setembro. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Em *Diário da República: 1ª Série*, n. 172, 5119-5124.
- Lopes, F. (2021). Cuidar de Quem Cuida: Promoção da Saúde na Família da Pessoa com Doença Mental [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43677>
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90. <http://hdl.handle.net/10400.12/133>

- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (8ª ed.). ReportNumber.
- Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I. & Barbieri-Figueiredo, M. (2012). Enfermagem e Famílias: conceções e práticas dos enfermeiros em unidades de internamento. In J. Carvalho, M. Barbieri-Figueiredo, H. Fernandes, A. Vilar, L. Andrade, M. Santos, M. Figueiredo, M. Martinho, M. Martins, & P. Oliveira (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44-54). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31851>
- Maynard. P. & Olson, D. (1987). Circumplex Model of Family Systems: A Treatment Tool in Family Counseling. *Journal of Counseling and Development*, 65(9), 502–504. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1987.tb00766.x>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Minuchin, S. & Fishman, H. (2004). *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Artes Médicas.
- Morin, E. (2017) *Introdução ao pensamento Complexo* (6ª ed.) Instituto Piaget.
- Olson, D. & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Coord., 3ª ed), *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (pp. 514-548). Guilford.
- Olson, D. (1993). *Circumplex Model of Marital and Family Systems: Assessing family functioning*. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (2ªed., 104–137). The Guilford Press.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
- Olson, D., & Gorall, D. (2006). *Faces IV and the Circumplex model*. Life Innovations. https://pedpsych.org/wp-content/uploads/2016/02/3_innovations.pdf
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. (1989). *Families: What makes them work*. Sage.

- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n. 01/2023 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de comunitária – referencial em enfermagem de saúde familiar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Pedras, S., Moreira, P., Ramalho, S., Inman, R., Faria, S. & Araújo, M. (2021). The exposure to violence questionnaire in adolescents: Psychometrics and Associations with well-being. *Journal of Child and Families Studies*, 30(4), 633-649. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01903-9>
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (6ª ed). Edições Sílabo.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Psychometrics and Associations with well-being. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 33-45. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.p33>
- PORDATA. (2011). Municípios. População. <https://www.pordata.pt/portugal/familias+unipessoais+segundo+os+censos+total+e+com+65+e+mais+anos-788-6287>
- Portaria n. 301/2008 de 18 de abril. (2008). Critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar. Em *Diário da República: 1ª Série*, n. 77, 2278-2281.

- Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República: 2ª Série*, n. 26, 4744-4750.
- Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Diário da República: 2ª Série*, n. 135, 19354-19359.
- Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica* (4ª ed.). Edições Afrontamento.
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=XNQguO>
- Rodrigues, L., Gomes, H. & Paúl, C. (2018). Cuidar dos cuidadores: Intervenções para cuidadores de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 582–589.
- Roy, C. & Roberts, S. (1981). *Theory Construction in Nursing: An Adaptation Model*. Prentice Hall.
- Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Prentice Hall.
- Sanches, A., Neri, A. & Yassuda, M. (2019). Family cohesion and flexibility: The social support network of the elderly and their caregivers. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1).
- Santos, R., Sousa, M., Simões-Neto, J., Nogueira, M., Belfort, T., Torres, B. & Dourado, M. (2019). Caring for caregivers: A systematic review of interventions for caregivers of older adults with dementia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(4).
- Schulz, R. & Eden, J. (2016). *Families caring for an aging America*. National Academies Press.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2(12), 9-16. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2173&pesquisa=
- Sequeira, J., Vicente, H., Daniel, F., Cerveira, C., Silva, M., Neves, S. Santo, H. & Guadalupe, S. (2021). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – Version

- IV(FACES IV): Validation Study in the Portuguese Population. *Journal of Child and Family studies*, 30, 1650-1663. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01941-3>
- Serviço Nacional de Saúde (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Recuperado a 28 de julho, 2024, de: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061191/Pages/default.aspx>
- Silva, R. (2013). *Avaliação do impacto de modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar no contexto dos cuidados de saúde primários em Vila Franca do Campo* [Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral: Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/26045>
- Tomomitsu, M., Perracini, M. & Neri, A.(2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 3429-3440. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>
- Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Lusodidacta.

ANEXOS

ANEXO 1

FACES IV, Versão Portuguesa

Código: _____

FACES IV

(Versão Portuguesa - Sequeira, Vicente, Daniel, Cerveira, Silva, Neves, Espírito Santo & Guadalupe, 2021)

Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale com uma cruz (x) no quadrado respetivo a resposta que está mais de acordo com a perceção que tem da sua família.

Não há respostas “certas” ou “erradas” nem respostas para causar uma boa impressão.

Por favor, não deixe nenhuma questão em branco.

Em que medida está de acordo com cada uma das seguintes afirmações:

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1. Os elementos da família envolvem-se na vida uns dos outros.					
2. A nossa família procura novas maneiras para lidar com os problemas.					
3. Damo-nos melhor com pessoas fora da família do que entre nós.					
4. Passamos muito tempo juntos.					
5. Quando se quebram as regras da família há consequências graves.					
6. Na nossa família parece que nunca nos organizamos.					
7. Os elementos da família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
8. Na nossa família os pais partilham a liderança de um modo equilibrado.					
9. Quando estão em casa, os elementos da família parecem evitar o contacto uns com os outros.					
10. Os elementos da família sentem-se pressionados para passar a maioria do tempo livre juntos.					
11. Existem consequências claras quando um elemento da família faz algo errado.					
12. É difícil perceber quem é o líder na nossa família.					
13. Nos momentos difíceis os elementos da família apoiam-se uns aos outros.					
14. As regras são justas na nossa família.					
15. Na nossa família sabe-se muito pouco acerca dos amigos uns dos outros.					
16. Na nossa família somos muito dependentes uns dos outros.					
17. A nossa família tem uma regra para quase tudo.					
18. Na nossa família não conseguimos concretizar as coisas.					
19. Os elementos da família consultam-se sobre decisões importantes.					

Código: _____

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
20. A minha família é capaz de se ajustar às mudanças quando é necessário.					
21. Quando há um problema para ser resolvido cada um está por sua conta.					
22. Os elementos da família têm pouca necessidade de ter amigos fora da família.					
23. A nossa família é extremamente organizada.					
24. É pouco claro quem é responsável pelas tarefas e atividades na nossa família.					
25. Os elementos da família gostam de passar parte do seu tempo livre juntos.					
26. Alternamos entre nós as responsabilidades domésticas.					
27. Na nossa família raramente fazemos coisas em conjunto.					
28. Sentimo-nos muito ligados uns aos outros.					
29. Na nossa família ficamos frustrados quando há uma alteração nos planos ou rotinas estabelecidas.					
30. Não há liderança na nossa família.					
31. Apesar dos elementos da família terem interesses individuais, continuam a participar nas atividades familiares.					
32. Na nossa família temos regras e papéis claros.					
33. Os elementos da família raramente dependem uns dos outros.					
34. Ressentimo-nos quando alguém faz coisas fora da família.					
35. É importante seguir as regras na nossa família.					
36. A nossa família temos dificuldades em saber quem faz o quê nas tarefas de casa.					
37. Na nossa família existe um bom equilíbrio entre a separação e a proximidade.					
38. Quando os problemas surgem nós comprometemo-nos.					
39. Geralmente os elementos da família agem de forma independente.					
40. Sentimo-nos culpados quando queremos passar algum tempo longe da família.					
41. Uma vez tomada uma decisão é muito difícil alterá-la.					
42. A nossa família sente-se caótica e desorganizada.					

ANEXO 2

Autorização Para a Realização de Trabalhos de Investigação

27/10/22, 17:33 Gmail - Pedido de autorização

 Sandra Figueiredo <sandracvfigueiredo76@gmail.com>

Pedido de autorização
3 mensagens

Sandra Figueiredo <sandracvfigueiredo76@gmail.com> 14 de julho de 2022 às 14:44
Para: [j\[redacted\]@arscentro.min-saude.pt](mailto:j[redacted]@arscentro.min-saude.pt)
Cc: [\[redacted\]@gmail.com](mailto:[redacted]@gmail.com)

Boa Tarde,
Conforme solicitado, venho por este meio pedir a Vossa excelência que se digne a autorizar a realização de um trabalho de investigação no âmbito do estágio, na sua USF, polo de Cernache sob a tutoria da Enfermeira Sandra Gaspar.

Com os melhores cumprimentos
Sandra Figueiredo
Mestranda na ESEnFC

 **Pedido ao Coordenador da USF [redacted].pdf**
280K

[redacted] Santos Coimbra <[\[redacted\]@arscentro.min-saude.pt](mailto:[redacted]@arscentro.min-saude.pt)> 15 de julho de 2022 às 09:05
Para: Sandra Figueiredo <sandracvfigueiredo76@gmail.com>

Bom dia

Da parte da USF [\[redacted\]](#) não há inconveniente a realização do referido trabalho de investigação

Com os melhores cumprimentos
[\[redacted\]](#)
Coordenador da USF [\[redacted\]](#)

De: Sandra Figueiredo <sandracvfigueiredo76@gmail.com>
Enviado: 14 de julho de 2022 14:44
Para: [j\[redacted\]@arscentro.min-saude.pt](mailto:j[redacted]@arscentro.min-saude.pt)
Cc: [\[redacted\]@gmail.com](mailto:[redacted]@gmail.com)
Assunto: Pedido de autorização

[Citação ocultada]

Sandra Figueiredo <sandracvfigueiredo76@gmail.com> 15 de julho de 2022 às 09:06
Para: [j\[redacted\]@arscentro.min-saude.pt](mailto:j[redacted]@arscentro.min-saude.pt)

Muito grata
[Citação ocultada]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=896184-9c&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3A6465872350271839998&siml=msg-a%3A6467...> 1/1

ANEXO 3

Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Parecer Nº / P924_11_2022

Título do Projecto: "Adaptabilidade e coesão familiar com cuidados informais"

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Sandra Cristina Varino de Figueiredo

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar
Enfermeira na USF Condeixa – ACES Baixo Mondego

Investigador Responsável: Sandra Cristina Varino de Figueiredo

Orientadora: Professora Adjunta Marina Montezuma Vaquinhas

Co-orientadora: Professora Doutora Marília Neves

Enfermeira Colaborante: Enfermeira Especialista Mariana Gaspar

Relator: Rui Cruz

Parecer

ENQUADRAMENTO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo transversal, exploratório descritivo de abordagem metodológica quantitativa.

Os objetivos deste estudo são:

1. Analisar a adaptabilidade e coesão familiar em famílias com cuidadores informais com idosos dependentes;
2. Conhecer as famílias com sobrecarga do cuidador informal com idosos dependentes;
3. Identificar a relação entre a adaptabilidade e coesão familiar e a sobrecarga do cuidador informal com idosos dependentes.

A população do estudo será constituída pelas famílias com idosos dependentes existentes no ficheiro da Enfermeira Cooperante Especialista Mariana Gaspar, USF Condeixa – ACES Baixo Mondego (cerca de 28 famílias identificadas).

A inclusão das famílias na amostra para a participação no estudo, passa pelo critério de aceitação e disponibilidade para participar do estudo.

O local para a realização do estudo será o domicílio da família da pessoa dependente, no momento da visita domiciliária programada previamente pela Enfermeira de Família-Enfermeira Sandra Gaspar.

O Instrumento de Colheita de Dados contempla os seguintes questionários:

- Questionário de caracterização sociodemográfica;
- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - Faces IV (Avaliar a coesão e a adaptabilidade familiar. Versão Portuguesa).
- Entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador (Versão Portuguesa)



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS:

1. A investigadora principal afirma que para ter acesso às famílias será através da Enfermeira Cooperante que contactará as famílias e as convidará a participar no estudo.
2. Quanto ao recrutamento das famílias e dos cuidadores, será realizado pela Enfermeira Orientadora Cooperante.
3. Os procedimentos metodológicos para a recolha de dados do estudo estão descritos, assim como o contexto em que são aplicados os questionários. A utilização dos referidos questionários está devidamente autorizada pelos autores.
4. O Consentimento Informado Livre e Esclarecido dirigido ao cuidador informal cumpre os formalismos e esclarecimentos necessários e está em conformidade com o estudo em questão.
5. A confidencialidade, anonimização e segurança de dados recolhidos são garantidos pela investigadora através do acesso reservado apenas aos investigadores, sendo guardadas as entrevistas/questionários em armário fechado e posterior destruição após a sua utilização para o estudo.
6. Não se identificam riscos para os participantes.
7. Não existem custos de participação para os sujeitos da investigação nem possíveis compensações financeiras.
8. O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pela investigadora responsável.
9. A data prevista para início da recolha de dados encontra-se ajustada em face da pronúncia desta Comissão.

RECOMENDAÇÃO:

- Considerando que a população alvo do estudo será constituída pelas famílias com idosos dependentes existentes no ficheiro da Enfermeira Cooperante da USF *Unidade de Saúde Familiar* (cerca de 28 famílias identificadas), deverá ser solicitado parecer à CE da ARS Centro.

CONCLUSÕES:

Depois de cumprida esta última recomendação, o parecer é favorável à realização do estudo.

O relator: Rui Santos Cruz

Assinado por: **Rui Santos Cruz**
Num. de Identificação: 07007443
Data: 2022.12.29 11:16:10+00'00'



Data: 22/12/2022 O Presidente da Comissão de Ética: Naia Flomena Bokello



ANEXO 5

Autorização Para Utilização da Escala FACES IV

27/10/22, 17:29

Gmail - Pedido de autorização para utilização da Escala FACES IV



Sandra Figueiredo <sandravfigueiredo76@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da Escala FACES IV

3 mensagens

Sandra Figueiredo <sandravfigueiredo76@gmail.com>
Para: joanasequeira@ismt.pt

26 de outubro de 2022 às 22:06

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - área de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem Coimbra, venho por este meio requerer a sua autorização para a utilização da adaptação, tradução e validação para a população portuguesa da Faces IV (Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar). A escala será utilizada num estudo que tem por objetivo avaliar a adaptabilidade e coesão familiar em famílias com cuidadores informais.
Grata pela atenção

Atenciosamente
Sandra Figueiredo
Mestranda em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de saúde familiar.

Joana Sequeira <joanasequeira@ismt.pt>
Para: Sandra Figueiredo <sandravfigueiredo76@gmail.com>
Cc: sonia_28@live.com.pt

27 de outubro de 2022 às 17:14

Olá sandra
Aqui vai a escala final e o artigo
Bom trabalho
JS

No dia 26/10/2022, às 22:06, Sandra Figueiredo <sandravfigueiredo76@gmail.com> escreveu:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - área de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem Coimbra, venho por este meio requerer a sua autorização para a utilização da adaptação, tradução e validação para a população portuguesa da Faces IV (Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar). A escala será utilizada num estudo que tem por objetivo avaliar a adaptabilidade e coesão familiar em famílias com cuidadores informais.
Grata pela atenção

Atenciosamente
Sandra Figueiredo
Mestranda em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de saúde familiar.

Joana Sequeira, Phd Clinical Psychology
Assistant Professor, ISMT
www.ismt.pt
joanasequeira@ismt.pt

3 anexos



INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA part1.5437946F.png 25K



Family_Adaptability_and_Cohesion_Evaluation_Scale_.pdf 709K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=896184c9c6&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar3495151821932139642&simpl=msg-a%3Ar7305...> 1/2

27/10/22, 17:29

Gmail - Pedido de autorização para utilização da Escala FACES IV



FINAL_FACES_IV.pdf 284K

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Enfermeiro Especialista e as Habilidades de Tomada de Decisão Ética e Deontológica

MESTRADO EM ENFERMAGEM APÊNDICE COMUNITÁRIA – ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Enfermeiro Especialista e as habilidades de tomada de decisão ética e deontológica

A escolha do tema da recusa terapêutica é um problema que me angustia na prática clínica, e sinto necessidade de aprofundar conhecimentos para que as minhas intervenções como enfermeira especialista nesta área sejam éticas e deontologicamente corretas tanto a nível da prestação de cuidados como na liderança de formação da equipa multidisciplinar advogando os direitos dos utentes/famílias.

Na contemporaneidade vivemos em sociedades em que o pluralismo moral é inevitável: não há uma única conceção de bem, ou do que deve ser uma vida moralmente correta. Não há lugar para a imposição pela força de uma qualquer moral, pois as conceções de bem divergem (Engelhardt, 2001). É este novo contexto social, filosófico e político que, dá lugar à contestação de cuidados de saúde de índole paternalista que, embora afirmando visar o melhor bem do/a cidadão, se desinteressavam dele como centro de decisão, portanto com vontades e desejos eventualmente diferentes dos do médico, enfermeiro ou equipa médica e de enfermagem. Nessas circunstâncias, os cuidadores de saúde geriam a saúde do cidadão-doente segundo o que lhes parecia defender os seus “melhores interesses”, desinteressando-se de saber se esses denominados “melhores interesses” obtinham o acordo do próprio doente, ou seja, se essa era uma defesa que ele próprio assumia como sua, por considerar que estava de acordo com a sua mundividência e, portanto, com a sua noção de “bem”. Tratava-se, como se disse, de procedimentos que estavam de acordo com a realidade sociológica que se viveu durante séculos em vários domínios, mas que agora têm cada vez menos base de sustentação, (Rawls, 2001). No campo da saúde, novas reivindicações por parte dos cidadãos não surgem assim de forma extemporânea, mas limitam-se a refletir as novas realidades sociológicas, filosóficas e políticas que as sociedades ocidentais passaram a vivenciar. É neste contexto que, se situa a necessidade, no âmbito da saúde, de um consentimento informado, livre e esclarecido para uma série de atos médicos ou de enfermagem. No fundo, não se trata senão de fazer ecoar no âmbito dos cuidados de saúde preocupações já existentes noutros âmbitos da sociedade no que diz respeito ao respeito pela dignidade das pessoas e, conseqüentemente, pela sua autodeterminação e o seu livre desenvolvimento da personalidade (Rawls, 2001).

O Enfermeiro especialista de Saúde familiar envolve a família na planificação dos cuidados e na gestão da saúde, promovendo estratégias de coping individuais e familiares de forma a potenciar a resolução de conflitos/problemas. É importante respeitar os direitos dos utentes nomeadamente no que concerne á sua autodeterminação. O dicionário da língua Portuguesa da Porto Editora clarifica este conceito definindo **Autodeterminação** como um dos princípios fundamentais dos direitos humanos e significa autonomia, abrangendo auto-responsabilidade, auto-regulação e livre-arbítrio de um ser humano. A Ordem dos Enfermeiros no seu Código Deontológico, (2005), refere que o Enfermeiro tem o dever de informar, este dever assenta sobre os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa, podemos afirmar que o respeito pelo direito á autodeterminação pode ser entendido como o respeito pela autonomia como um valor que se enraíza na liberdade individual e no respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, enquanto livres e esclarecidas.

O enfermeiro especialista de saúde familiar constitui, assim, um elo de ligação fundamental entre as famílias e o sistema nacional de saúde, havendo uma maior acessibilidade e proximidade de cuidados, sendo o indivíduo responsável pela sua saúde, pelo que deve adotar comportamentos saudáveis, devendo ser apoiado e motivado. O Código Deontológico mais informa que o enfermeiro deve abster-se dos **juízos de valor** sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida. O respeito pela dignidade humana é um valor autónomo e específico, inerente aos seres humanos, em virtude da sua personalidade. É um princípio ético e moral. Em Portugal, a assunção jurídica do respeito pela dignidade humana encontra-se estabelecida no Artigo 1º da Constituição que determina que Portugal é uma república soberana, baseada na **dignidade da pessoa humana** (...). Na medida em que se encontra na primeira norma da constituição, é também fundamental para a Deontologia de Enfermagem Portuguesa, uma vez que está consagrado na primeira norma do Código Deontológico do Enfermeiro, (2015) A Dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios, que devem estar presentes em todas a decisões e intervenções de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Outro documento relacionado com a saúde é a Carta dos Direitos e Deveres dos doentes. Quando pensamos na recusa terapêutica temos o dever de promover e defender o direito da pessoa ao consentimento informado, que é fundamentado no respeito pela autonomia que pressupõe o consentimento. A autodeterminação nos cuidados de saúde implica, hoje, não só que o paciente consinta ou recuse uma intervenção determinada heteronomamente, mas que

tenha todos elementos de análise sobre as possibilidades de tratamento possíveis, assumindo se como sujeito e como um par, um igual na relação. Daí, também, a ideia de um consentimento ou de um dissentimento autênticos, ou seja, de acordo com os valores e as convicções das pessoas (Pereira, 2004). Segundo a British Medical Association e a Law Society, os critérios a ter em consideração para apreciar a “capacidade” de uma pessoa implicam que ela possa:

“(1) compreender, em termos amplos e em linguagem simples, em que consiste o tratamento médico, os seus fins e a sua natureza, e porque razão o tratamento lhe está a ser proposto;

(2) compreender os seus principais benefícios, riscos e alternativas;

(3) compreender, em termos amplos, as consequências de não receber o tratamento;

(4) possuir a capacidade de tomar decisões livres (isto é, livres de pressões);

e (5) conservar a informação o tempo suficiente para tomar uma decisão” (Pereira, 2004).

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar o EESF é responsável por facilitar a resposta da família em situação de transição, promovendo o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança; Identificação e análise da dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio; identifica e analisa a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança e explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos. Assim torna-se o profissional de saúde mais indicado pela capacitação das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de fragilidade ou patológicas, durante as transições. Em suma O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético - deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carta de OTAVA para a Promoção da Saúde. (maio de 1987). Lisboa: Ed. port Lisboa: DGS.
- Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte. (2009). *Documento-Guia sobre Consentimento Informado*. www.arsnorte.min-saude.pt/. Obtido de www.arsnorte.min-saude.pt/.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida-Parecer n.º 57: Sobre o Projecto de Lei N.º 778/X –Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento Informado” (. (2009). Obtido de <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-o-projecto-de-lei-n-o-788-x-quot-direitos-dos-doen>.
- Constituição da República Portuguesa, V. (Revisão Constitucional [2005]). <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf>. Obtido de Parlamento.pt.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. (1948). Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>
- Enfermeiros, O. d. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.
- ENGELHARDT, H. T. (2001). *Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Another Battle in the Culture*. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- ESEnfC, C. P. (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto) <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem>.
- Lei n.º 15/2014. (21 de março de 2014). Diário da República, N.º 57. I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Melleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company.
- PEREIRA, A. G. (2004). *O consentimento informado na relação médico-paciente. Estudo de Direito Civil*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Regulamento n.º 140/2019. (6 de fevereiro de 2019). Diário da República, II série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 428 de 16 de julho de 2018 Diário da República n.º 135, II série, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa (Portugal), P. 19354 – 19359. (s.d.).

APÊNDICE 2

Flyer de Sensibilização sobre Cyberbullying

O QUE É O CYBERBULLYING?

O Cyberbullying acontece quando alguém é ofendido na sua página pessoal de qualquer rede social (Facebook, WhatsApp ou Instagram); quando são abertos grupos ou comunidades com a finalidade de diminuir, ridicularizar e humilhar o alvo por qualquer uma de suas características pessoais: cor, religião, sexualidade, classe social, aparência ou limitações físicas e intelectuais.



Com quem devo falar se sofro bullying online?

O primeiro passo é procurares ajuda de alguém em quem confies, como os teus pais, um familiar próximo, um professor ou um profissional de saúde.

Acabar com o cyberbullying não é apenas denunciar os agressores, é também reconhecer que todos merecem respeito – online e na vida real!

COMO POSSO DENUNCIAR UM CASO DE CYBERBULLYING?

Tenta oferecer ajuda.

É importante que ouças o teu amigo. Como se está a sentir? Por que razão não quer denunciar? Deixa-o saber que não tem que denunciar nada formalmente, mas é essencial que converse com alguém que possa ajudá-lo.

Não fazer nada pode deixar a pessoa com o sentimento de que todos estão contra ela e que ninguém se importa.

As tuas palavras podem fazer a diferença!



SOU ADOLESCENTE e agora?

ESTOU A DESCOBRIR QUEM SOU...



O MEU CORPO

É importante reconheceres as mudanças que estão a acontecer no teu corpo e cuidares da tua saúde, nesta fase tão importante do teu crescimento.

Todos os dias, somos invadidos por imagens de corpos semelhantes que assumimos como o corpo ideal. Lembra-te que tudo o que vês na internet e redes sociais quase nunca corresponde à realidade! O mais importante é teres um corpo saudável, por isso, não te esqueças de ter uma alimentação equilibrada, de praticares desporto e de aceitares o teu corpo que é único e maravilhoso!

A MINHA SEXUALIDADE

A sexualidade é uma combinação do sexo e da orientação sexual das pessoas, dos seus sentimentos pelos outros e dos sentimentos sobre si próprias enquanto seres sexuais.

O que é a orientação sexual?

A orientação sexual é a atracção emocional, romântica ou sexual que uma pessoa sente relativamente a outra pessoa. Não é fixa e pode mudar ao longo da vida. A orientação sexual de uma pessoa não se define pelas suas características ou pela forma como se comporta. A única forma de saberes a orientação sexual de alguém é se essa pessoa te disser!

AS MINHAS EMOÇÕES

É normal experienciare emoções positivas (felicidade, amor, confiança...) e negativas (zanga, medo, vergonha, culpa, tristeza, preocupação...)

As emoções dão-te informação sobre o que estás a experienciar e ajudam-te a decidir como deves reagir. Conheceres as tuas emoções pode ajudar-te a falar sobre sentimentos de forma mais clara, a evitar ou a resolver conflitos e a ultrapassar sentimentos difíceis e dolorosos...

CONSENTIMENTO

significa que "sim" é "sim" e "não" é "não". Sem um "sim" muito claro não há consentimento e a acção não deve acontecer!

AS MINHAS RELAÇÕES

As relações durante a adolescência são, por vezes, mais curtas porque esta é uma fase da vida em que queres experimentar coisas diferentes e andas à procura daquilo que realmente queres.

Numa relação saudável sentes-te confortável em partilhar os teus sentimentos; as coisas privadas que partilhas mantêm-se entre os dois; podes falar e resolver conflitos; preocupas-te com a outra pessoa e com a sua opinião; sentes-te amad@ e valorizad@ por seres quem és (não pelas tuas roupas, pela tua aparência, etc.).

IDENTIDADE DE GÊNERO

Gênero é uma outra forma de dizer homem ou mulher. As pessoas podem ter o corpo correspondente a um dos géneros, mas sentirem que são do género oposto ou não se identificarem com nenhum dos géneros.

Se tiveres dúvidas sobre algum destes temas, deves falar com o/a teu enfermeiro/a ou médico/a de família!

APÊNDICE 3

Caracterização do Contexto do Cuidador Informal

Caracterização do contexto do cuidador informal

Sexo:

Idade:

Habilitações literárias:

Profissão:

Situação Profissional:

Composição do agregado familiar:

Grau de parentesco com a pessoa cuidada:

É cuidador a tempo inteiro ou tempo parcial?

Há quanto tempo é cuidador?

Tem algum apoio de familiares ou outros?

Tipo de família:

Unitária Nuclear Alargada Monoparental Reconstituída

Fase de desenvolvimento da família segundo Duval:

Formação de família Nascimento dos filhos Família com filhos em idade pré-escolar

Famílias com filhos em idade escolar Família com filhos adolescentes

Família com adulto jovem a sair de casa Família de meia idade Família idosa

APÊNDICE 4

Escala de ZARIT

ESCALA DE ZARIT

Pretende medir o grau de sobrecarga subjetiva de cuidadores informais de idosos dependentes

Consta de 22 itens relacionados com os sentimentos do cuidador quando cuida de outra pessoa, cada um dos quais se classifica/pontua numa escala de frequência que varia de 1 (nunca) a 5 (quase sempre). AUTOMINISTRADA

- Pontuar cada item, de acordo com a seguinte escala:

1=NUNCA | 2=RARAMENTE | 3=ALGUMAS VEZES | 4=BASTANTE VEZES | 5=QUASE SEMPRE

- Somar a pontuação da totalidade dos 22 itens.
- Posicionar a pontuação na escala nível de sobrecarga.

Pontuação

1.Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	
2.Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	
3.Sente-se enervado quando tenta compatibilizar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	
4.Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	
5.Sente-se limitado quando está com o seu familiar?	
6.Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	
7.Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	
8.Sente que o seu familiar está dependente de si?	
9.Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	
10.Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	
11.Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	
12.Sente que a sua vida social foi afetada pelo fato de estar a cuidar do seu familiar?	
13.Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?	
14.Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	
15.Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	
16.Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	
17.Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	
18.Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	
19.Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	
20.Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	
21.Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	
22.Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	
Total	

APÊNDICE 5

Consentimento Informado

Consentimento Informado

O presente estudo é realizado âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do Mestrado em Enfermagem de Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar. O estudo intitula-se como “Adaptabilidade e coesão familiar em famílias com cuidadores informais.”

A mestranda Sandra Cristina Varino de Figueiredo, estudante na Escola Superior de Enfermagem Coimbra, solicita a participação de famílias com cuidadores informais para responderem a um instrumento de recolha de dados através de entrevista conduzida pela estudante acima mencionada que tem como objetivo:

- Descrever o tipo de e a fase de desenvolvimento, de famílias com cuidadores informais
- Analisar a coesão e adaptabilidade familiar em famílias com cuidadores informais
- Conhecer as famílias com sobrecarga do cuidador informal
- Identificar a relação entre a funcionalidade familiar e a sobrecarga do cuidador informal.

Este documento serve para solicitar a sua disponibilidade para a realização de uma entrevista com aplicação de um questionário, bem como para esclarecer o objetivo da mesma.

Garante-se total anonimato e confidencialidade a respeito da informação obtida, sendo esta utilizada unicamente para fins académicos. A participação neste estudo será totalmente livre e pessoal, respeitando o direito à reserva pessoal no que concerne às questões/temas abordados no decurso da entrevista. Pode ainda revogar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo de cuidados.

Contactos da investigadora:

Telemóvel: 934100825

E-Mail: sandracyfigueiredo76@gmail.com

Declaração

Declaro por meio deste termo que concordo em participar no estudo intitulado de “Adaptabilidade e coesão familiar em famílias com cuidadores informais.” desenvolvida pela mestranda Sandra Cristina Varino de Figueiredo, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Afirmo que recebi toda a informação necessária e aceitei participar por minha livre vontade no âmbito da investigação acima identificada. Fui informado (a), dos objetivos do estudo e a minha colaboração concretizar-se-á pelo fornecimento da informação, no decurso da entrevista/preenchimento de instrumento de recolha de dados.

Fui informado(a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso e também que será mantido o anonimato e a confidencialidade durante a informação prestada no âmbito do presente estudo assim como da destruição de todo o material no final de toda a investigação.

Data:

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora: