



**Instituto Politécnico de Santarém**  
Escola Superior de Saúde de Santarém

**ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E A DOENÇA DE  
ALZHEIMER**

**Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na área de  
Enfermagem de Saúde Familiar**

**Autor:**  
**Paula Raquel Estafero Santiago**

**Orientador:**  
**Fátima Saragoila**

**Co-Orientador:**  
**Maria João Esparteiro**

Dedico este trabalho à família...  
...à família que me viu crescer,  
...à família que eu vi prosperar,  
...à família que vamos criar!

Agradeço à Associação de Alzheimer de Portugal que amavelmente me recebeu e comigo partilhou os seus saberes, permitindo o fundamental contacto com o grupo de suporte para os familiares e amigos de doentes de Alzheimer, em Lisboa.

Agradeço aos enfermeiros da ULS de Matosinhos por demonstrarem a aplicação do MDAIF, demonstrando como se deve focar a família como cliente, alvo dos cuidados de enfermagem.

Agradeço aos enfermeiros da USF D. Sancho I pela oportunidade e ajuda. Gostaria de agradecer a todos os que caminharam comigo na senda do conhecimento especializado da enfermagem de saúde familiar, quer por comigo terem partilhado experiências, dúvidas, conhecimentos ou por terem sido a luz em momentos mais ténidos.

Um agradecimento sincero a todas as famílias que me permitiram crescer com as suas vivências, que me deixaram vislumbrar o seu dia-a-dia e que me mostraram que é preciso cuidar de quem cuida.

Knowledge is empowering to those who develop it, those who use it, and those who benefit from it.  
(MELEIS, et al 2000)

## RESUMO

O enfermeiro de saúde familiar perspectiva a família como unidade básica de cuidados, respeitando o seu contínuo equilíbrio dinâmico ao longo do ciclo vital familiar. O enfermeiro de família pode facilitar o processo de transição da família, através da sua capacitação, atingindo um padrão de desenvolvimento familiar eficaz, em que os resultados obtidos, decorrentes das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a família, correspondem a ganhos em saúde. O processo de cuidados das cinco famílias alvo de intervenção, em contexto de estágio, foi baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIREDO, 2009). As famílias seleccionadas possuíam a característica transversal de serem cuidadores de familiares com doença de Alzheimer (DA), tendo em conta que se trata de uma doença crónica, degenerativa de elevado desgaste físico e psicológico para a família cuidadora, sendo que os enfermeiros podem ter um papel activo numa intervenção psico-educacional.

Para desenvolver a prática baseada na evidência foi formulada uma pergunta PICO: ***Qual o papel do enfermeiro, como facilitador do Coping familiar, na família com um elemento com doença de Alzheimer?*** A evidência demonstra que as famílias cuidadoras de familiares com DA devem ser alvo de intervenção de enfermagem, promovendo a saúde dos cuidadores, através do desenvolvimento de grupos de ajuda que capacitem a família a lidar com os problemas comportamentais e cognitivos do seu familiar, sendo trabalhada a resolução de problemas, estratégias de gestão de comportamento e estratégias de *Coping* baseadas na emoção. As intervenções de enfermagem dirigidas às famílias cuidadoras, mesmo após institucionalização da pessoa com DA, podem atenuar a sobrecarga da experiência e facilitar o *Coping* da família, sendo novamente valorizada a participação em grupos de suporte dirigidos ao familiar cuidador.

**PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Saúde Familiar, Doença de Alzheimer e Coping**

## ABSTRACT

The family health nurse evaluates the family as the basic unit of care, respecting its continuous dynamic equilibrium throughout the family life cycle. The family nurse can facilitate the transition of the family, through their empowerment, reaching an effective pattern of family development, that the results obtained result from nursing interventions developed with the family, corresponding to health gains. The process of care of the five families target of intervention in the context of traineeship, was based on the *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar* (FIGUEIREDO, 2009). The families selected had the common feature of having caregivers of family members with Alzheimer's Disease (AD), taking into account that it is a chronic, degenerative disease, of high physical and psychological exhaustion for family caregivers, and nurses may have an active role in a psycho-educational intervention.

To develop evidence-based practice was formulated a PICO question: **What is the role of the nurse as a facilitator of family coping in the family with a member with Alzheimer's disease?** Evidence shows that family caregivers of relatives with AD should be the subject of nursing intervention, promoting the health of caregivers, through the development of support groups that empower the family to deal with behavioral and cognitive problems of his family, and worked on problem-solving strategies, behavior management and coping strategies based on emotion. Nursing interventions aimed at the family caregivers, even after institutionalization of the person with AD, can mitigate the burden and facilitate family coping, being again praised the involvement in support groups addressed to the family caregiver.

**PALAVRAS-CHAVE: Nursing, Family Health, Alzheimer Disease and Coping**

<b>ÍNDICE</b>	
<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1 – ANALISANDO E REFLECTINDO (N)A PRÁTICA</b>	13
<b>2 – ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR E A DOENÇA DE ALZHEIMER</b>	28
<b>3 – INTERFACE INTEGRATIVA – DO PRECONIZADO (NA EVIDÊNCIA) AO REALIZADO</b>	35
<b>4 – CONCLUSÃO</b>	41
<b>5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	44
<b>ANEXOS</b>	49
ANEXO I – PROJECTO DE ESTÁGIO	50
ANEXO II – DIAPOSITIVOS SESSÃO MDAIF E SAPE	51
ANEXO III - QUESTIONÁRIOS AVALIAÇÃO DA SESSÃO MDAIF E SAPE	52
ANEXO IV - OS FOLHETOS DIRECCIONADOS POR AV'S DO GRUPO PSICOEDUCATIVO	53
ANEXO V - QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO GRUPO PSICOEDUCATIVO	54
ANEXO VI - GUIA DE AVALIAÇÃO INICIAL DA FAMILIA – SAPE	55
ANEXO VII – QUADRO REPRESENTATIVO DA FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PICO	56
ANEXO VIII – PROTOCOLO DE PESQUISA	57
ANEXO IX – QUADRO SÍNTESE DOS ARTIGOS	58
ANEXO X – ARTIGOS CIENTÍFICOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	59

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro n.º 1 – Quadro representativo da formulação da pergunta PICO

34

## CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**AD** – *Alzheimer Disease*

**APFADA** – Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DA** – Doença de Alzheimer

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ESC** – Escala de Sobrecarga do Cuidador

**F** – Folha

**ICN** – International Council of Nurses – Conselho Internacional de Enfermeiros

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

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PICO** – População; Intervenções; Comparação; Outcomes

**p.** – página

**PBE** – Prática Baseada na Evidência

**PC** – Prestador de cuidados

**pp.** – páginas

**SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

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

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

O presente relatório remete-se à Unidade Curricular Estágio e Relatório do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar que decorreu ao longo de 18 semanas, num total de 350 horas de ensino clínico no contexto da Unidade de Saúde Familiar (USF) D. Sancho I – Pontével – Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lezíria I – Ribatejo.

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, exige-se que este demonstre capacidade para cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (REGULAMENTO n.º 126/2011).

A avaliação e intervenção familiar foram implementadas segundo referencial teórico do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por FIGUEIREDO (2009), tendo em conta que este modelo situa a família como cliente, na centralidade dos cuidados de enfermagem, utilizando uma abordagem sistémica para valorizar as forças, recursos, e competências de adaptabilidade características das famílias.

Considerando as propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização que conferem à família uma organização estrutural específica, reconhecendo a complexidade do sistema familiar, o “balançar intermitente” da família em busca do seu próprio equilíbrio pode necessitar de apoio estruturado a nível comunitário para colmatar as suas mais variadas necessidades, e apoiar o seu desenvolvimento enquanto família. Apesar do crescente envolvimento da comunidade local, corporações, associativismo e demais organizações comunitárias, de índole pública ou privada, continua a haver lacunas e omissões no apoio às famílias nas mais variadas situações. Do contexto da prática adveio uma preocupação por parte da equipa de enfermagem sobre a ausência de resposta local especializada e direccionada às necessidades manifestadas por diversos cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer (DA). Assim sendo, o presente estágio permitiu dar foco aos cuidados de enfermagem de família centrado nas dinâmicas internas das famílias e suas relações com os sistemas que as rodeiam. Trabalhou-se com as famílias, maximizando o seu nível de saúde através do desenvolvimento de estratégias de auto-capacitação e *Coping* familiar, incidindo particularmente em situações de transição de famílias com um elemento com DA.

Um processo de transição completo é caracterizado pela aquisição de estratégias e comportamentos, permitindo às pessoas enfrentar com sabedoria as novas situações de vida. A mestria no processo de transição para papel de prestador de cuidados na família surge como resultado de capacidades adquiridas anteriormente, juntamente com capacidades e competências aprendidas ao longo do actual processo de transição, tornando-se o enfermeiro de saúde familiar um elemento de referência neste processo. Para melhor esclarecer esta

instabilidade advinda das transições não normativas na vida das famílias utiliza-se como concepção a teoria das Transições de MELEIS (2010).

A estrutura organizativa do presente documento é composta pela análise do trabalho realizado em contexto de estágio, seguido do desenvolvimento da revisão sistemática da literatura, cujo protocolo se inicia com a formulação da pergunta segundo a metodologia PICO, dando o mote para a contextualização teórica, realizando-se a análise dos artigos científicos que retratam a evidência, com a conseqüente análise entre o evidenciado cientificamente e o desenvolvido na prática da prestação de cuidados de enfermagem de saúde familiar. Realizando assim uma prática baseada na evidência.

Objectivos do presente relatório:

- Reflectir sobre as actividades desenvolvidas em contexto clínico, demonstrando capacidade para cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Analisar o papel do enfermeiro de família na capacitação de famílias com elementos com doença de Alzheimer;
- Relacionar a evidência científica com os cuidados prestados às famílias em ensino clínico.

## 1 – ANALISANDO E REFLECTINDO (N)A PRÁTICA

Ao longo do presente capítulo realizou-se uma reflexão crítica das actividades desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, com os consequentes ganhos em saúde para as famílias cuidadas. As competências desenvolvidas pela mestrandia serviram de linha orientadora do capítulo, realçando as competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Para além de anteriormente a mestrandia ter prestado cuidados de enfermagem a utentes e famílias (família enquanto contexto), intervindo nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, no âmbito dos cuidados de saúde primários, durante a sua prática profissional de índole generalista ao longo de quatro anos, foi necessário que o conjunto de competências adquiridas no âmbito dos cuidados gerais fosse aprofundado e desenvolvido no domínio específico da enfermagem de saúde familiar para que se obtivesse um conhecimento especializado que originasse uma prática direccionada ao cuidado da família como cliente.

O enfermeiro especialista em saúde familiar cuida da família enquanto cliente, em situações de saúde e doença, enfatizando as respostas da família a problemas reais e potenciais, valorizando as dimensões da família (estrutura, desenvolvimento e função). O planeamento do ensino clínico, tendo em conta o estabelecimento de estratégias para desenvolver determinadas competências, permitiu agilizar o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados às famílias.

A elaboração de um projecto de estágio (ANEXO I), no início do mesmo, permitiu delinear *à priori* a área de intervenção a enfatizar, estabelecendo objectivos concretos que capacitassem a obtenção de competências específicas, exigidas ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, planeando desde cedo o caminho a seguir através de actividades dirigidas. O projecto de estágio demonstrou ser uma estrutura sólida que orientou o processo de trabalho. A selecção de cinco famílias com a característica em comum de possuírem um elemento com DA foi sendo determinante para a organização das actividades desenvolvidas em contexto clínico. Esta selecção permitiu intervir de forma mais aprofundada, especializada e direccionada às necessidades das famílias numa fase de transição situacional específica, concentrando sinergias na procura pela melhor intervenção de enfermagem defendida pela evidência científica encontrada.

Torna-se premente prestar cuidados direccionados às necessidades das famílias, dando também resposta às suas carências de apoio, levando à sua capacitação para uma adaptação eficaz da família às mudanças impostas pela situação de DA de um dos seus membros. O questionamento da resposta fornecida pelos serviços de saúde, em específico por parte da USF D. Sancho I, surgiu da reflexão sobre a acção realizada com a própria equipa de enfermagem, após reconhecimento que a resposta fornecida aos cuidadores de pessoas com

DA não era direccionada para colmatar as necessidades manifestadas por este nicho de utentes alvo de cuidados. Esta razão revelou ser determinante para que o projecto de estágio contempla-se como prioritária a intervenção em cinco famílias que possuíssem como característica transversal a existência de um membro com DA, com a premissa de serem famílias em acompanhamento em contexto de visitação domiciliária de enfermagem.

Segundo SEQUEIRA (2010), as famílias continuam a debater-se com falta de apoio técnico e social para desempenharem o seu papel no cuidar das pessoas que sofrem de quadro demencial, com especial ênfase na pessoa com DA. A carência de apoio experienciada pelas famílias, personalizada sobretudo no cuidador familiar, bem como a prevalência crescente de pessoas com DA, em parte devido ao aumento da esperança média de vida, obrigam a uma consciencialização dos profissionais de saúde e levam ao questionamento da estrutura organizativa dos cuidados. Segundo BARRETO (2010, citado por SEQUEIRA, 2010) dos cerca de milhão e meio de idosos que fazem parte da população portuguesa, mais de setenta mil padecem de um processo demencial, na sua maior parte DA, sendo que surgem mais de doze mil casos novos todos os anos. Os cuidadores de pessoas com demência devem ser alvo de especial atenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que se constata que gastam mais horas a prestar cuidados e que experimentam maior esforço físico e mental comparativamente aos cuidadores de pessoas sem demência (ORY et al, 1999, p.177-185).

O processo de cuidados destas famílias teve como referencial o MDAIF, desenvolvido por FIGUEIREDO (2009), tendo por finalidade as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar:

**“11.1. Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;  
12.1 Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;  
11.3. Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.”** (REGULAMENTO n.º 126/2011)

O MDAIF (FIGUEIREDO, 2009) defende uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família, como cliente e unidade de intervenção, desenvolvendo os cuidados de forma sistémica, impulsionando a maximização das suas forças, recursos e competências, bem como a sua capacidade decisória na gestão do seu funcionamento, segundo a pedra angular do estilo colaborativo. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, focando as respostas da família aos seus problemas. Torna-se pois impreterível a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direccionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição. A Teoria das Transições de MELEIS (2010) foi utilizada como referencial teórico na prestação de cuidados às famílias em contexto clínico.

A referida teoria das transições trata-se de uma teoria de médio alcance com ênfase em fenómenos de enfermagem que reflectem a prática clínica e o processo de enfermagem,

segundo a premissa de que uma transição não é uma simples mudança, tratando-se de um processo através do qual a pessoa se capacita a integrar a mudança na sua vida. Pelo que uma transição eficaz acontece quando o sentimento de insegurança, stress ou desajuste é substituído por bem-estar e sapiência relativamente a determinada situação ou acontecimento. Participar num processo de transição que leve à mestria implica a aquisição de conhecimento, participação em redes de suporte social, manutenção ou desenvolvimento de estreitas relações com outros e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através do desenvolvimento do auto-conhecimento (aumentando a resiliência) (MELEIS, 2005, p. 25-48). A concepção dos cuidados de enfermagem segundo a teoria das transições de Meleis preconiza que:

“A enfermeira interage («interacção») com um ser humano numa situação de saúde-doença («cliente de enfermagem»), ser humano que é parte integrante do seu contexto sócio-cultural («ambiente») e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição («transição»). As interacções enfermeira-cliente organizam-se em torno de uma intenção («processo de enfermagem») e a enfermeira utiliza algumas acções («terapêuticas de enfermagem») para promover, recuperar ou facilitar a saúde («saúde».)” (MELEIS e TRANGENSTEIN, 1994, p. 256)

O conceito de transição define-se como uma “(..) passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro(..). A transição refere-se tanto ao processo como aos resultados de interacções complexas entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e assenta no contexto e na situação” (MELEIS E TRANGENSTEIN, 1994, p. 256).

Uma transição denota mudança no status de saúde, no desempenho do papel nas relações interpessoais, expectativas ou capacidades. Transição exige que a pessoa incorpore novos conhecimentos, para alterar o comportamento e, portanto, para mudar a definição do “eu” no contexto social. (MELEIS, 2005, p. 102-120)

A natureza das transições encontrada nas famílias cuidadas em contexto de ensino clínico, eram de tipo situacional. De relevar que os processos de transição possuem propriedades transversais e comuns, nomeadamente a consciencialização, o envolvimento, a mudança, tempo de vida e eventos críticos. Tendo em conta que existem factores facilitadores da transição a nível pessoal (significado pessoal, crenças e atitudes, status sócio-económico, conhecimento e capacidades) e social (recursos da comunidade, sociedade), pretendeu-se intervir nas famílias maximizando os factores facilitadores. Assim sendo, foi possível capacitar as famílias através da promoção da saúde, esclarecendo dúvidas direccionadas às suas necessidades, foi também possível rentabilizar os recursos disponíveis na comunidade, encaminhando as famílias para a sua utilização, bem como o desenvolvimento de intervenções específicas, nomeadamente o desenvolvimento de um grupo psicoeducativo, dirigido aos familiares cuidadores de pessoas com DM.

O final do processo de transição é determinado pela aquisição de estratégias e comportamentos no processo de transição para papel de prestador de cuidados na família, sendo o resultado conjunto de capacidades adquiridas anteriormente e das capacidades e competências aprendidas ao longo do processo de transição actual. Como padrões de resposta estabelecem-se os indicadores de processo (sentir-se envolvido, interacção, estar situado, confiança) e indicadores de resultado (perícia e coping). O desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com as famílias cuidadas foi a estratégia desenvolvida

para facilitar o desenrolar do processo transicional em que se encontravam, alcançando o *Coping* das famílias.

Para além da concepção teórica, a avaliação da família segundo o MDAIF centra-se em três áreas distintas de atenção (avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional), compostas, por sua vez, por categorias. Pretendeu-se obter um conhecimento aprofundado da família, tendo em conta uma avaliação organizada de forma sistemática, para direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar. Para avaliação de todas as famílias foram utilizadas as escalas de avaliação preconizadas e incluídas no MDAIF, nomeadamente a escala de readaptação social de Holmes e Rahe, notação social da família (GRAFFAR adaptado), Apgar familiar de Smilkstein e o FACES II, para além da elaboração de genogramas e ecomapas.

Das escalas preconizadas pelo MDAIF, a escala de notação social da família (GRAFFAR adaptado) comprovou ser a de mais prática aplicação, visto ser uma escala de preenchimento intuitivo, e de fácil interpretação, pois possui uma correlação directa com a formulação de diagnósticos de enfermagem no processo de cuidados à família. No entanto, tanto a escala FACES II, APGAR familiar, como a de GRAFFAR (adaptada), demonstraram ser de grande utilidade na avaliação familiar, uma vez que, de forma logicamente integrada, permitem a elaboração de diagnósticos de enfermagem, delineando o plano de cuidados para cada família, tendo em conta as suas características e necessidades específicas enquanto unidade de cuidados.

A avaliação das famílias foi feita individualmente, bem como a formulação de diagnósticos e o conseqüente plano de cuidados dirigido individualmente a cada família. No entanto, para facilitar a compressão do trabalho desenvolvido, foi possível estabelecer uma relação e sintetizar os diagnósticos mais comuns do conjunto de diagnósticos de enfermagem definidos para cada uma das cinco famílias alvo de cuidados.

A elevada frequência de utilização de determinado diagnóstico de enfermagem na avaliação das famílias alvo de cuidados, permite reforçar a pertinência premente de ir ao encontro das necessidades mais comuns das famílias. Só foi possível estabelecer esta relação de comparação entre as diferentes famílias, tendo em conta que todas as famílias partilhavam características transversais comuns, nomeadamente trataram-se de famílias com um elemento com DA na mesma fase do ciclo vital da família. Apesar das famílias vivenciarem processos de saúde/doença similares, cada situação é vivenciada individualmente por cada família de forma distinta, pelo que a intervenção planeada e desenvolvida com cada uma das famílias também foi um processo individualizado e adaptado a cada família, segundo toda a sua especificidade. Ainda assim, numa perspectiva de maximizar e partilhar, de forma generalista, alguns dos achados mais relevantes para a partilha do conhecimento, considerou-se importante organizar as avaliações das famílias de forma a transparecer a existência de pontos de clivagem transversais, devendo ser valorizados pela enfermagem de saúde familiar como áreas de intervenção, após adaptação à situação individual de cada família.

Observou-se então ser comum às cinco famílias o diagnóstico de *Conhecimento do papel de prestador de cuidados não demonstrado*. Já o diagnóstico de *Saturação do papel de prestador de cuidados* foi formulado para quatro das famílias cuidadas, enquanto que três

destas famílias apresentam em comum os diagnósticos de *Conflito do papel de prestador de cuidados*, *Edifício residencial não seguro* e *Precaução de segurança não demonstrado*. Considerou-se ainda conveniente sistematizar os principais diagnósticos organizando-os nas três dimensões avaliativas do MDAIF, assim sendo na dimensão estrutural identificou-se como diagnóstico mais frequente *Precaução de segurança não demonstrado*, enquanto que na dimensão funcional foi: *Conhecimento do papel de prestador de cuidados não demonstrado*, no entanto há que salientar que não houve nenhum diagnóstico estabelecido no âmbito da dimensão desenvolvimental. Este facto deve ser contextualizado na realidade de todas as famílias se encontrarem na quinta etapa do ciclo vital familiar (família com filhos adultos) e por se encontrarem numa situação de transição situacional, e não numa transição normativa, esta última expectável e delimitada ao longo do ciclo de vida da família. De entre as áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF, nomeadamente *Papel Parental*, *Adaptação à gravidez*, *Planeamento Familiar* e *Satisfação Conjugal*, apenas a Satisfação Conjugal poderia ser identificada como foco de atenção neste contexto, no entanto não se verificou nenhuma alteração nesta área de atenção, não tendo sido realizada nenhuma intervenção neste âmbito em nenhuma das famílias alvo de avaliação e intervenção em contexto de ensino clínico.

As principais necessidades de intervenção sentidas pelas famílias foram de encontro ao desenvolvimento do papel de prestador de cuidados, relativamente ao *conhecimento*, *saturação* e/ou *conflito do papel*. Esta avaliação conjunta sustenta as intervenções desenvolvidas ao longo do contexto de ensino clínico com as famílias, tanto a nível individual, como a nível de intervenção de grupo, direccionado a um conjunto de cuidadores das famílias cuidadas, no sentido de capacitar as famílias para o desempenho dos seus papéis de forma resiliente e promovendo a dinâmica que leva ao equilíbrio familiar.

Para adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista: “**C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**” (REGULAMENTO n.º 122/2011) tornou-se necessário dar a conhecer o MDAIF aos elementos das equipas de enfermagem das diferentes unidades funcionais do centro de saúde do Cartaxo. Tendo em conta a especificidade e recente génese do MDAIF existia um desconhecimento deste modelo de avaliação e intervenção familiar por parte das equipas de enfermagem. A necessidade de formação foi verbalizada pelos enfermeiros, de forma pontual após questionamento, tendo no entanto sido especificamente pedido pela enfermeira chefe que fosse desenvolvida uma formação nesta área. Assim sendo, e à semelhança do realizado no estágio anterior, foi realizada uma sessão de formação (ANEXO II) dirigida às equipas de enfermagem da USF D. Sancho I, USF Cartaxo Terra Viva, UCSP e UCC do Cartaxo com o intuito de dar a conhecer a recente especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar, o referido modelo de avaliação e intervenção familiar e as possibilidades de operacionalizar os registos SAPE no processo da família.

Para proceder à avaliação da sessão foi desenvolvida uma grelha de avaliação constituída com quatro níveis avaliativos, “desadequado”, “pouco adequado”, “adequado” e

“muito adequado”, os quais deram resposta aos seis itens avaliados, nomeadamente “pertinência do tema”, “metodologia utilizada”, “duração da sessão”, “relação entre os conhecimentos aprofundados, face ao esperado”, “disponibilidade da formadora para esclarecimento de dúvidas”, “avaliação geral da sessão”, bem como um campo aberto para outras observações/comentários (ANEXO III).

No final da sessão os enfermeiros presentes responderam, de forma anónima, ao instrumento de avaliação da sessão, obtendo-se 10 questionários que avaliaram a 100% como “Muito adequado” todos os itens questionados. Existiram ainda observações como “Muito bom”, “tema bastante pertinente para a melhoria da qualidade dos cuidados em comunidade e em articulação com as diferentes unidades funcionais”, “tema que pretendo aprofundar, contando com a disponibilidade da formadora para tal.”. Como tal, considera-se ter sido reconhecido pelos enfermeiros a necessidade e pertinência de formação na área desenvolvida.

As actividades seguidamente retratadas tiveram como finalidade atingir as seguintes competências:

**“I2.2. Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar; I2.3. Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar”** (REGULAMENTO n.º 126/2011);  
**“C2 – Adapta a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;”** (REGULAMENTO n.º 122/2011)

Ao longo do ensino clínico foi possível contactar e acompanhar os profissionais da Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do Doente de Alzheimer (APFADA) com o objectivo de perceber o impacto que esta associação tem a nível da capacitação da família quando um dos seus elementos se encontra em situação de dependência tendo em conta a DA. O contacto com esta associação surgiu facilitado, tendo em conta a existência prévia de uma parceria entre o núcleo da APFADA do Ribatejo com o centro de saúde e câmara municipal do Cartaxo, na vertente de apoio psicológico e social para os residentes no concelho do Cartaxo, tendo existido anteriormente um grupo de estimulação cognitiva para pessoas em fase inicial da doença no concelho do Cartaxo, desenvolvido pela Terapeuta Ocupacional e apoio pontual a nível da formação dos cuidadores desenvolvido pelas Enfermeiras do centro de saúde, no entanto nunca existiu a nível concelhio um grupo de ajuda mútua para cuidadores.

Após diversas diligências foi concedida autorização para participar no grupo de apoio aos familiares e cuidadores de pessoas com DA, desenvolvido na sede da APFADA em Lisboa, tendo sido possível participar em três sessões. O grupo de ajuda mútua desenvolvido pela APFADA tem como objectivo diminuir o desgaste emocional (saturação do papel de prestador de cuidados do familiar com DA). Pretende ainda esclarecer dúvidas relacionadas com a doença e combater o isolamento social, demonstrando ser uma mais-valia e um recurso de saúde para o desenvolvimento do papel de prestador de cuidados.

A observação do papel da terapeuta dinamizadora (Psicóloga) deste grupo de ajuda permitiu esclarecer a mestrandia relativamente às expectativas dos familiares perante as reuniões do grupo, tendo sido uma mais-valia na compreensão do intuito do grupo de ajuda. O

facto de não existirem enfermeiros a participar no grupo de ajuda fez com que a presença da enfermeira mestranda, aquando das reuniões, fosse valorizada e considerada uma mais-valia pela dinamizadora para esclarecer dúvidas dos familiares relativamente a aspectos relativos ao cuidar da pessoa com DA, bem como a clarificação das possibilidades de recurso e referenciação para os diversos serviços de saúde. De salientar que em todas as reuniões foi deixado à consideração dos familiares cuidadores a autorização da participação da mestranda enquanto observadora participante, sendo de valorizar o comentário de um dos familiares aquando da terceira reunião do grupo presenciada, em que, tendo este familiar estado presente nas reuniões anteriores com a presença da mestranda, referiu: “nós já a assumimos como a nossa enfermeira do grupo”. A aceitação por parte dos familiares participantes do grupo permitiu que, no decorrer das reuniões, a integração e participação da mestranda tivesse sido, também por estes, solicitada.

O contacto com os familiares do grupo de ajuda permitiu compreender que as necessidades sentidas pelas famílias necessitam de ser valorizadas pelos enfermeiros. Sendo que os próprios familiares procuram ajuda dos enfermeiros, quando esta ajuda está ao seu alcance. O papel do enfermeiro, enquanto agente potenciador da família, depende da estruturação de intervenções que vão de encontro às necessidades específicas das famílias. Sendo a DA uma doença cognitiva progressivamente incapacitante, é necessário acompanhar as famílias ao longo deste processo com uma evolução expectável. O acompanhamento das famílias permite que estas vão adquirindo os conhecimentos e informações que necessitam para se ajustarem às necessidades e alterações impostas pela doença, que afectam todo o sistema familiar ao longo do tempo e exigem um conjunto de respostas direccionadas e específicas consoante a situação.

O enfermeiro de família deve ser um elemento de referência tanto como fonte de informação, como agente mobilizador e de ligação entre a família e os recursos existentes e mais adequados para dar resposta em cada caso. Sempre que o enfermeiro facilita o processo de transição de uma família está a capacitar a família numa situação de crise, dando-lhe ferramentas e trabalhando com a família para atingir uma situação de resiliência, originando processos de *Coping* familiar.

Através da experiência vivenciada com a APFADA foi possível constatar que existe espaço para criar equipas multidisciplinares, que de forma integradora, fomentem também a capacitação das famílias e tornem esta transição num processo mais facilitado na vida das famílias. O desenvolvimento da parceria da APFADA com o concelho do Cartaxo surgiu em 2007, no entanto a mesma parceria encontra-se suspensa desde da reestruturação dos cuidados de saúde primários, sendo datado de ano de 2008 o último levantamento de dados e identificação de utentes com DA no concelho do Cartaxo. À data existiam 13 utentes identificados e acompanhados pela equipa de saúde em todo o concelho do Cartaxo. No início da realização do projecto de estágio encontravam-se identificadas 9 famílias com um elemento com DA pertencentes apenas à USF D. Sancho I - Pontével, sendo que no final do estágio e relatório encontravam-se identificadas 18 famílias com pelo menos um elemento com DA.

O aumento do número de famílias sinalizadas após diagnóstico de DA corrobora a importância de manter a equipa de saúde alerta para estes casos, intervindo precocemente

com as famílias e facilitando o processo de transição aquando do diagnóstico de DA, havendo uma crescente necessidade de manter um acompanhamento das famílias já identificadas e das que se confrontam inicialmente com a realidade da DA num elemento da sua família. Pretendia-se com estas diligências agilizar e restabelecer parcerias, reavivando projectos apartados, podendo (re)interligar uma rede de estruturas de apoio disponíveis para as famílias com membros com DA na área de influência da USF, originando uma estrutura de apoio na capacitação das famílias neste processo de transição situacional do ciclo de vida familiar. No entanto por imposições organizativas dos serviços, alheias à vontade da enfermeira mestranda, não foi possível restabelecer a parceria entre a APFADA e as unidades de saúde do Cartaxo.

No entanto, a evidência científica demonstra e comprova a necessidade de existirem grupos de apoio aos cuidadores de pessoas em situação de dependência por demência, salientando que a DA é uma doença crónica, degenerativa de elevado desgaste físico e psicológico para a família cuidadora. Possibilitar um suporte adequado, sob a forma de intervenções psico-educacionais, pode ser uma vantagem determinante para colmatar a carência ou fortalecer outras formas de suporte, tais como a familiar e social.

SÁNCHEZ-PASCUAL et al (2001, [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13918/beneficios\\_de\\_un\\_programa\\_formacion\\_cuidador.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13918/beneficios_de_un_programa_formacion_cuidador.pdf)) constatarem que, em relação ao programa de formação aos cuidadores de pessoas com demência, verifica-se que o cuidador passa a reagir melhor aos problemas comportamentais do seu familiar, observando-se melhorias na relação, obtendo-se ainda uma diminuição da sobrecarga de um modo geral.

A pertinência e resultados da intervenção direccionada aos cuidadores são também justificados por LAHAM (2003), o qual refere que 80% dos cuidadores revelaram melhoria na prestação de cuidados após apoio dos profissionais de saúde, essencialmente devido às orientações fornecidas, ficando o cuidador mais informado e mais seguro no desempenho do papel.

Encontraram-se definidas diversas estratégias de intervenção para cuidadores de pessoas com demência, entre as quais a intervenção psico-educacional. Segundo FALEIROS (2009) a intervenção psico-educacional define-se como uma apresentação estruturada de informações sobre a demência e questões relacionadas aos cuidados, podendo incluir uma participação activa dos cuidadores, tais como actividades de *Role Play*, podendo ainda existir estratégias de suporte nestas sessões.

Um grupo psicoeducativo constitui-se como um grupo de partilha, com o objectivo de formar e informar, procurando diminuir a sobrecarga e o impacto emocional das famílias de pessoas com DA, através do apoio de profissionais de saúde, permitindo também a troca de experiências e partilha de emoções. Daí que no dia 06 de Abril de 2011 foi realizada pela mestranda uma sessão do grupo psicoeducativo, dirigido aos familiares cuidadores de pessoas com DA, utentes da USF D. Sancho I. Para além dos familiares pertencentes às famílias alvo de avaliação e intervenção familiar no âmbito do estágio e relatório, foram ainda convidadas a participar os familiares de todos os utentes da USF sinalizados após diagnóstico com doença de Alzheimer até à referida data. Das 18 famílias contactadas, 7 confirmaram a sua presença, foram ainda convidadas a terapeuta ocupacional, enfermeiras da UCC e os enfermeiros

cooperantes no estágio e relatório da USF D. Sancho I. Foi possível contar com a presença de 5 profissionais de saúde e 4 familiares cuidadores. Seguindo a metodologia das sessões psicoeducativas, foi dado tempo para que cada um dos cuidadores falasse da sua experiência, das estratégias utilizadas em cada família para lidar com as imposições da doença, das alterações ocorridas na família após diagnóstico de DA. Houve ainda possibilidade para esclarecer dúvidas, partilhar experiências e clarificar aspectos relativos ao cuidar, indo de encontro às necessidades manifestadas pelos cuidadores, tendo sido apresentada informação direccionada por actividades de vida, estruturadas em suporte de panfleto e entregues aos presentes (ANEXO IV).

As intervenções dirigidas ao familiar cuidador têm impacto na sua qualidade de vida e na qualidade de vida do idoso dependente, o que reforça a importância das intervenções com os grupos de familiares cuidadores. Como forma de avaliar o impacto na qualidade de vida da família, planeou-se elaborar indicadores de resultado que demonstrassem evolução e ganhos em saúde da família com um elemento com DA ao longo do seu acompanhamento no grupo psicoeducativo. No entanto é necessário tempo para avaliar o impacto no processo de transição ao longo das suas fases, recolhendo experiências numa fase inicial, ao longo do processo, bem como no final, quando se adquirem competências para lidar com os acontecimentos de vida, como resultado da experiência de transição. Não se perspectivando continuação do acompanhamento das famílias com o grupo psicoeducativo, tendo existido apenas uma sessão, foi somente aplicado um questionário aos familiares presentes nessa sessão relativo à apreciação da mesma.

No entanto, sugere-se a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) no início e no fim da implementação de programas psicoeducativos, como forma de avaliar a sua eficácia ao longo do tempo. A versão portuguesa da ESC, adaptada por SEQUEIRA (2007, citado por SEQUEIRA 2010), permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador de idosos dependentes devido a doença crónica e, principalmente, devido a demência. A escala inclui informações sobre: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento, pelo que se defende a sua utilização em estudos posteriores. No entanto, como estratégia para avaliação da sessão do grupo psicoeducativo foi elaborado um instrumento de avaliação sob a forma de questionário anónimo e confidencial para preenchimento pelos familiares de pessoas com DA participantes na sessão (ANEXO V).

Como resultados gerais da avaliação do grupo, pode-se concluir que 75% dos cuidadores referiram ter necessidade de esclarecer dúvidas relacionadas com a DA, sendo que a totalidade dos participantes considerou que esclareceu as suas dúvidas. Quando questionados se a sessão do grupo psicoeducativo foi importante para os capacitar como cuidadores, numa escala de *Nada importante*, *Importante* e *Muito importante*, 50% dos inquiridos classificam como *Muito importante*, não havendo resposta no parâmetro *nada importante*. Quanto à pertinência do tema, todos os participantes o consideraram *pertinente*. Todos os familiares participantes na sessão do grupo psicoeducativo referiram ter esclarecido as suas dúvidas. Numa avaliação geral da sessão esta foi avaliada como *muito adequada* por 75% dos familiares participantes. O que leva a concluir que a única sessão desenvolvida em contexto de ensino clínico do grupo psicoeducativo, não só correspondeu às expectativas dos

participantes, como foi de encontro à revisão sistemática realizada. Já que se tende a demonstrar ser uma estratégia que permite capacitar os cuidadores, facilitando a expressão de emoções, troca de experiências relativas ao cuidar de pessoas com DA, havendo uma partilha de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas num espaço em que o centro dos cuidados é o familiar cuidador e não o familiar cuidado. As semelhanças entre histórias de vida, retratadas por alguns cuidadores, foram valorizadas pelos pares, demonstrando um sentimento de identificação com a verbalização de expressões tais como: “afinal não me acontece só a mim” (sic) ou ainda “eu passei pelo mesmo” (sic). Para além da intervenção dirigida ao grupo composto por cuidadores de familiares com DA foram realizadas intervenções individualizadas a cada uma das cinco famílias alvo de avaliação ao longo do ensino clínico.

Para retratar as intervenções direccionadas de forma individualizada a cada família, foi utilizado o critério já anteriormente descrito na sistematização dos diagnósticos de enfermagem identificados. Assim sendo, o diagnóstico *Conhecimento do papel de prestador de cuidados não demonstrado* foi formulado para as cinco famílias, pelo que o plano de cuidados de cada família possuiu como intervenções comuns: ensinamentos ao Prestador de cuidados relativos ao autocuidado higiene, sono e repouso, actividade física (*Encaminhar para serviços de saúde*, nomeadamente fisioterapeuta da UCC), comer e beber, ir ao sanitário (*Ensinar Prestador de Cuidados sobre equipamentos adaptativos*).

A *Saturação do papel de prestador de cuidados* foi um diagnóstico definido em quatro famílias, pelo que a intervenção passou pela avaliação da saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação), promoção de estratégias de *Coping* para o papel de prestador de cuidados, motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família, bem como o encaminhamento para serviços sociais, nomeadamente institucionalização em lar de idosos em duas famílias, e noutras duas famílias foi utilizado como recurso a IPSS “centro de dia” da respectiva freguesia, na vertente de apoio domiciliário. Tendo ainda existido uma proposta de internamento numa unidade de média duração, através da rede de cuidados continuados integrados, motivada pelo desgaste do cuidador, sendo que o mesmo processo não se desenrolou por não ser aceite pela família. A identificação de uma situação de desgaste do cuidador, cuja solução pode frequentemente passar por um período de internamento do familiar dependente numa unidade da rede de cuidados continuados, e no entanto essa intervenção não ter sido aceite pela família gerou um sentimento de impotência por parte da enfermeira mestranda. A família foi informada que a institucionalização numa unidade da rede trata-se de uma situação provisória visando, neste caso, o descanso do cuidador em risco de exaustão, permitindo um alívio pontual na *carga (burden)* do prestador de cuidados, facilitando o equilíbrio e reestruturação da dinâmica familiar. A decisão de recusar esta intervenção, adveio das suas crenças e valores enquanto família, a crença de que devem cuidar do familiar dependente enquanto for possível não se esbata com a possibilidade de diminuir a sobrecarga do cuidador. As crenças familiares foram obviamente aceites e respeitadas, pelo que os princípios de auto-organização e equifinalidade característicos dos sistemas familiares foram respeitados.

O confronto com a situação referida levou a uma reflexão na acção pela mestranda, concluindo que cada família responde de distinta forma a uma mesma situação de stress,

podendo rejeitar oportunidades que muitas outras famílias gostariam de usufruir, no entanto o poder da gestão do sistema familiar e a manutenção do seu equilíbrio depende das características próprias de cada família. As crenças familiares são determinantes para a constituição do sistema familiar, pelo que a aceitação das mesmas deve naturalmente ocorrer por parte do enfermeiro de família que lhes presta cuidados de forma holística. No entanto, foi de realçar que esta família especificamente, apesar de recusar o internamento do familiar por risco de saturação do prestador de cuidados, não deixou, ainda assim, de usufruir de todas as estratégias ao alcance da mestrandia para aumentar a resiliência e capacitar a família, salientando que aceitou o encaminhamento para a prestação de cuidados na comunidade com a utilização do apoio domiciliário do centro de dia para a prestação de cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente com DA na residência da família, sendo o cuidador um dos familiares participantes do grupo psicoeducativo desenvolvido.

A mobilização de recursos sociais surgiu também como intervenção que deu resposta ao diagnóstico *Conflito do papel de prestador de cuidados*, o qual foi identificado em três famílias, tendo sido necessário avaliar inicialmente os conflitos no papel (explorar/ desmontar os pontos de conflito do papel) e promover a comunicação expressiva de emoções. O *Consenso do papel de prestador de cuidados não demonstrado* levou ainda a que se motivasse e negociasse a redefinição dos papéis pelos membros da família.

No que concerne ao *Comportamento de adesão ao papel de prestador de cuidados não demonstrado*, foi necessário motivar os prestadores de cuidados da família a desenvolverem as actividades necessárias a estimular a independência do membro da família dependente, promovendo também a sua higiene, adesão ao regime terapêutico e a comportamentos de sono e repouso adequados, em que para tal e devido à especificidade da DA foi diversas vezes necessário mobilizar a equipa multidisciplinar para adequação da terapêutica instituída.

Relativamente aos diagnósticos *Edifício residencial não seguro e Negligenciado* validaram-se conhecimentos da família e desenvolveram-se intervenções de educação para a saúde sobre os riscos relacionados com o edifício residencial não seguro, foi necessário promover o envolvimento da família extensa, motivando-se a família para governo da casa e ensinamentos sobre riscos de deficiente higiene habitacional.

A *precaução de segurança* foi avaliada como *não demonstrada* em três famílias alvo de intervenção, havendo lugar educação para a saúde relativa à utilização de estratégias de adaptação às barreiras arquitectónicas, tais como a aplicação de corrimão à entrada da residência que apresentava escadas, utilização de cadeira/banco de banho para a banheira e aplicação de adaptador para a sanita. Por outro lado, dadas as especificidades da pessoa com DA foi necessário por vezes “criar barreiras”, ou seja foi necessário desenvolver estratégias e utilizar material de contenção e protecção anti-quedas que permitam manter um ambiente seguro, nomeadamente, a utilização de cinturão para cadeirão e cama com grades de protecção laterais. Os familiares das pessoas com DA que ainda detêm alguma mobilidade foram informados da existência de dispositivos que permitem a identificação da pessoa com DA que se possa perder fora de casa, nomeadamente através da organização Rumo Seguro e da Associação Alzheimer Portugal. De salientar ainda um caso específico de uma pessoa com

DA, cuja família foi seleccionada para intervenção e que foi necessário mobilizar a equipa multidisciplinar no sentido de juntar sinergias para que a senhora deixasse de conduzir o seu carro. Esta utente já não detinha capacidades cognitivas suficientes para manter a utilização do seu veículo de forma autónoma, independente e segura, sendo que para tal foi fundamental o apoio da família extensa. Relativamente ao mesmo diagnóstico referente à precaução de segurança foi necessário mobilizar estratégias para além das propostas no MDAIF, no caso específico do risco advindo do incorrecto armazenamento de substâncias agrícolas tóxicas, envolvendo e esclarecendo a família relativamente aos riscos, em especial o risco de envenenamento accidental por parte do seu familiar com DA, bem como foram ensinadas estratégias para armazenamento das referidas substâncias e reforçada a necessidade de utilização de equipamento de protecção individual.

Apesar da útil aplicação do MDAIF, encontrando-se organizado de forma prática e de muito completa abordagem familiar, foi pontualmente necessário realizar uma adequação entre a realidade encontrada e as intervenções preconizadas pelo MDAIF. No entanto, tal adequação não deve de nenhuma forma diminuir a valorosa e imprescindível importância da utilização do MDAIF na intervenção familiar.

A possibilidade de cuidar de famílias em situação de especial complexidade permitiu que a mestranda desenvolvesse competências, originando respostas adequadas aos processos relativos ao desenvolvimento familiar. Com as intervenções desenvolvidas com as famílias ao longo do ensino clínico, e a reavaliação da resposta familiar após a intervenção, pretendeu-se maximizar a qualidade de saúde das famílias, capacitando e valorizando a sua situação de saúde, numa lógica de abordagem nas três dimensões da prevenção. Foi possível facilitar o funcionamento familiar, promovendo as dinâmicas necessárias a capacitar as famílias para a maximização da sua saúde.

Tendo em conta a prática desenvolvida em contexto de ensino clínico considera-se que a mestranda desenvolveu competências no âmbito de avaliação de situações de especial complexidade, desenvolvendo respostas adequadas ao desenvolvimento familiar. Foram avaliadas e desenvolvidas intervenções que promovessem a dinâmica familiar, sendo que por vezes foi necessário adaptar a gestão dos recursos disponíveis, tendo em conta as situações e o contexto, mas perspectivando permanentemente a maximização da qualidade dos cuidados.

Para atingir a competência específica **B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade** (REGULAMENTO n.º 122/2011) é importante enquadrar as actividades desenvolvidas com o preconizado pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011, [Consult. em 2011.12.17] Disponível em: [WWWhttp://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCE\\_EC\\_PadrosQualidade\\_SaudeFamiliar\\_16Jul2011\\_VF.pdf](http://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCE_EC_PadrosQualidade_SaudeFamiliar_16Jul2011_VF.pdf)), a qual defende que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve desenvolver as suas práticas num quadro de referência de saúde familiar, orientador tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções com a família, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem. Assim sendo, a OE (2011, [Consult. em 2011.12.17] Disponível em:

[WWWhttp://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCE\\_EC\\_PadroesQualidade\\_SaudeFamiliar\\_16Jul2011\\_VF.pdf](http://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCE_EC_PadroesQualidade_SaudeFamiliar_16Jul2011_VF.pdf)) preconiza a utilização de um modelo de avaliação e intervenção familiar nas suas três dimensões à semelhança do MDAIF, tal como foi realizado ao longo do ensino clínico, tendo em conta que defende a avaliação da família nas suas três dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional, ao longo do ciclo vital familiar. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve ser uma ponte de ligação entre a família, os outros profissionais de saúde e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Nesse sentido, ao longo do estágio foram desenvolvidos esforços para a continuidade dos cuidados e referência a outros profissionais, recursos da comunidade, família extensa e a redes de suporte, sempre que necessário.

Com vista a facilitar a sistematização da avaliação inicial das famílias a realizar no contexto pelos enfermeiros de referência da equipa, foi desenvolvido um guia para colheita de dados relativos à família, para utilização no âmbito de visita domiciliária da USF, tendo por base a possibilidade de registos no aplicativo SAPE no processo da família (ANEXO VI). Este guia de colheita de dados foi desenvolvido em parceria com outra mestrandia a realizar estágio no mesmo contexto, tendo em conta que se trata de um guia de fácil utilização com parâmetros gerais de avaliação familiar, para que o seu uso possa ser continuado de forma normativa pelos enfermeiros da equipa. A utilização deste instrumento permite realizar uma caracterização familiar, que de outra forma poderia ser desvalorizada aquando da visita domiciliária direccionada à família como contexto. Assim sendo, o guia para avaliação inicial da família foi anexado ao guia previamente existente e em uso no serviço, utilizado aquando da visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera, encontrando-se também disponível para ser utilizado isoladamente noutras situações de cuidados de enfermagem em contexto de visita domiciliária.

A OE (2011, [Consult. em 2011.12.17] Disponível em: [WWWhttp://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCE\\_EC\\_PadroesQualidade\\_SaudeFamiliar\\_16Jul2011\\_VF.pdf](http://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCE_EC_PadroesQualidade_SaudeFamiliar_16Jul2011_VF.pdf)) defende que na senda da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve procurar que a família atinja os mais elevados níveis de satisfação, através da realização de actividades que visem minimizar o impacto dos factores de stress relacionados com a experiência de transições de saúde/doença que ocorram no seu percurso de desenvolvimento, pelo que se justifica o critério de selecção de famílias em situação de transição com um elemento com DA para avaliação e intervenção, tendo sido desde logo facilitada a comunicação expressiva de emoções, promovendo a mobilização de recursos de *Coping* familiares, internos e externos.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve maximizar o bem-estar da família, promovendo a capacitação da família para suplementar/complementar as actividades de vida relativamente às quais um dos seus membros é dependente. Pelo que ao longo do ensino clínico realizaram-se intervenções de enfermagem que contribuiriam para a capacitação da família e o seu bem-estar, face aos problemas identificados e diagnósticos formulados nas áreas de atenção da dimensão estrutural e de desenvolvimento. A realização

de educação para a saúde, desenvolvida nas diversas dimensões e dependendo das necessidades das famílias, foi a estratégia utilizada mais frequentemente permitindo a capacitação da família.

O rigor técnico/científico na implementação de estratégias de intervenção sistemáticas que visam a mobilização de recursos promotores de *Coping* familiar, foram aprofundadas através da revisão sistemática da literatura e mobilizados esforços conjuntos para a realização do grupo psicoeducativo, tal como foi anteriormente referido. Sendo de salientar que a OE (2011, [Consult. em 2011.12.17] Disponível em: [WWWhttp://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCEEC\\_PadroesQualidade\\_SaudeFamiliar\\_16Jul2011\\_VF.pdf](http://WWWhttp://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCEEC_PadroesQualidade_SaudeFamiliar_16Jul2011_VF.pdf)) defende que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar conjuntamente com a família desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde, nomeadamente através da intervenção de enfermagem em terapias psicoeducativas.

A OE (2011, [Consult. em 2011.12.17] Disponível em: [WWWhttp://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCEEC\\_PadroesQualidade\\_SaudeFamiliar\\_16Jul2011\\_VF.pdf](http://WWWhttp://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCEEC_PadroesQualidade_SaudeFamiliar_16Jul2011_VF.pdf)) defende ainda que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem através da utilização de um sistema de informação com terminologia CIPE que inclua as necessidades de cuidados de enfermagem da família, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.

O aplicativo SAPE baseia-se na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), permitindo formular diagnósticos de enfermagem no processo familiar, registar o planeamento de intervenções e tornar visíveis os resultados atingidos a nível familiar com a intervenção de enfermagem. No entanto destaca-se ainda a não parametrização deste aplicativo segundo o MDAIF, apesar da bem sucedida parametrização do mesmo noutros locais do país. Sendo o MDAIF um modelo de avaliação e intervenção familiar, adaptado à realidade da população Portuguesa, cuja utilização se encontra a ser difundida a nível nacional a parametrização do SAPE (processo familiar) segundo o MDAIF torna-se fundamental. A parametrização segundo o MDAIF permite que a avaliação e intervenção familiar sejam registadas exactamente como foram desenvolvidas. A utilização dos registos no aplicativo SAPE, sem parametrização no processo da família, tornou-se frequentemente omissa em alguns dados avaliativos, por não existir local próprio para registo, ou não transparecer a resposta real dos cuidados de enfermagem desenvolvidos. Tal constrangimento relaciona-se com lacunas na existência de intervenções direccionadas à família, demonstrando ser uma característica incapacitante na necessária demonstração de ganhos em saúde das famílias, advindo este ganho de intervenções de enfermagem desenvolvidas e não contempladas no aplicativo SAPE.

Ainda assim, na tentativa de desenvolver e dar a conhecer a possibilidade de registos no aplicativo informático SAPE no processo familiar, foi realizada uma sessão formativa dirigida às equipas de enfermagem das diversas unidades funcionais do centro de saúde do Cartaxo, nomeadamente USF D. Sancho I, USF Cartaxo Terra Viva, UCSP e UCC do Cartaxo. Esta sessão teve como premissa partilhar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito

dos registos de enfermagem no processo da família, adaptado às limitações existentes no próprio programa, sendo que não se encontra parametrizado tendo em conta o paradigma preconizado pelo modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar de FIGUEIREDO (2009).

No início do estágio considerou-se importante poder contactar e acompanhar os enfermeiros designados como parametrizadores do SAPE na ULS de Matosinhos ou noutra ACES, visto não existir enfermeiro parametrizador no ACES Lezíria I – Ribatejo. Esta partilha de conhecimentos foi mais relevante tendo em conta que na ULS de Matosinhos o SAPE (processo familiar) se encontrava parametrizado segundo o MDAIF, tanto a nível da avaliação inicial, como dos focos e intervenções. Concluiu-se que a partilha de conhecimentos e enriquecimento na área dos registos no processo familiar no aplicativo SAPE, segundo o MDAIF, na ULS foi enriquecedor, permitindo verificar a aplicação na prática do modelo e os seus registos de forma apropriada, tendo em conta a importância dos registos de enfermagem enquanto Instrumento Básico para a Prática de Enfermagem e o contemplado pela OE (2011, [Consult. em 2011.12.17] Disponível em: [WWW http://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCEEC\\_P adroesQualidade\\_SaudeFamiliar\\_16Jul2011\\_VF.pdf](http://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCEEC_PadroesQualidade_SaudeFamiliar_16Jul2011_VF.pdf))

Para atingir as competências específicas **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; C2 – Adapta a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados** (REGULAMENTO n.º 122/2011) realizou-se uma revisão sistemática da literatura, procurando contribuir para o enriquecimento e desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar.

Ao longo da prática clínica pretendeu-se expandir competências na melhoria da qualidade, bem como uma prática baseada na evidência, enriquecendo o contexto e adequando as práticas instituídas, pelo que a evidência encontrada levou ao desenvolvimento de estratégias utilizadas ao longo do ensino clínico, sendo de destacar o desenvolvimento do grupo psicoeducativo. A caracterização da prática baseada na evidência, desenvolvida no presente contexto, será objectivamente caracterizada na secção seguinte do presente relatório, dada a sua complexidade e necessidade de especificação adequada.

## 2 – ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR E A DOENÇA DE ALZHEIMER

A Prática Baseada na Evidência (PBE) compreende um processo integrador da competência clínica individual com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas existentes e nos princípios da epidemiologia clínica. Sendo este processo comprovadamente tão útil torna-se por isso necessário e urgente investir nesta área.

Na senda da PBE, inicia-se a revisão sistemática da literatura relativa à avaliação e intervenção na família como cliente. O contexto de ensino clínico vivenciado foi promotor da selecção das famílias segundo o critério de existência de um elemento com DA na família. Ainda numa fase inicial do estágio, e numa perspectiva de direccionar a prática a desenvolver no ensino clínico no sentido da evidência, ou seja para poder desenvolver uma prática baseada na evidência, aquando da realização do projecto de estágio foi elaborada a seguinte pergunta PICO (ANEXO VII): **Qual o papel do enfermeiro (I) como facilitador do Coping familiar (O), na família com um elemento com doença de Alzheimer (P)?**

Dando início ao desenvolvimento da revisão sistemática da literatura, surgiu a necessidade de analisar os termos chave que compõem a pergunta PICO, validando-os através dos descritores de saúde, e conceptualizando-os através da análise da literatura disponível. Posteriormente descreveu-se a fase metodológica, bem como se procedeu à análise dos artigos científicos resultantes da pesquisa. Os conceitos chave foram, nomeadamente: **Enfermagem, Coping, Família e Doença de Alzheimer**. As palavras-chave que emergiram da pergunta PICO foram validadas segundo os descritores de saúde em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> [Consult. em 16.01.2011] de forma a verificar a fiabilidade científica, nomeadamente: **Nursing, Coping, Alzheimer Disease e Family**.

Seguidamente serão alvo de conceptualização teórica os quatro termos chave provenientes da formulação da pergunta PICO.

O termo **Nursing** é definido nos descritores em Ciências de Saúde (em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> [Consult. em 16.01.2011]) para descrever o papel da enfermagem, incluindo procedimentos diagnósticos, terapêuticos e preventivos. Os enfermeiros são, na maior parte das vezes, os prestadores de cuidados de “primeira linha” dos utentes e famílias que atravessam um processo de transição. Os enfermeiros dão resposta aos desafios e exigências que as transições acarretam para o dia-a-dia dos utentes e para as suas famílias. O valor e pertinência da existência de um enfermeiro de família na prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, dando enfoque à família e permitindo o seu bem-estar enquanto cliente dinâmico e unidade base, constituinte da comunidade, tem vindo a ser distinguido e reconhecido por diversas entidades de renome na área da saúde nacional e internacional. Como é exemplo o documento elaborado pela Organização Mundial

de Saúde (OMS, 2002), de onde se destaca, das 21 metas definidas, a meta número 15 que realça o papel da enfermagem de saúde familiar no contexto dos cuidados de saúde primários:

*(...) No centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio (...)* os cidadãos teriam o direito de escolher os dois, médico e enfermeira (...) *(OMS, 2002, p.23).*

Tendo ainda em conta o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009), a enfermagem de saúde familiar surge como área do conhecimento especializado e de competências específicas, cujo alvo de intervenção é a família como unidade de cuidados, em que o enfermeiro de família promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

Os resultados obtidos pela família, traduzem-se em mudanças no seu funcionamento, a avaliação do processo e do resultado permite a formulação de novos diagnósticos e que se estabeleçam novas estratégias de intervenção, com a reformulação do plano de cuidados. Estes resultados obtidos, decorrentes das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a família, correspondem a ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. O enfermeiro e a família podem em conjunto criar rotinas de adaptação a uma determinada situação, conseguindo atingir um padrão de desenvolvimento familiar eficaz. (HANSON, 2005)

É de salientar que os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam as pessoas na iminência de processos de transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades e competências em situações de saúde-doença. Segundo MELEIS, et al (2000, p.12-28) investir no conhecimento é capacitar aqueles que o desenvolvem, aqueles que o usam, e aqueles que beneficiam dele. Não é possível lidar com a transição de um indivíduo, uma família ou uma comunidade, de forma isolada do seu ambiente. Perceber a forma como os seres humanos lidam com a transição e a forma como o ambiente afecta reciprocamente esse mecanismo de *Coping* é fulcral para a enfermagem. Já que o enfermeiro deve procurar maximizar os pontos fortes dos clientes, as suas forças e potenciais ou contribuir para a restauração de níveis óptimos de saúde, função, conforto e auto-realização. (MELEIS, 2005, p. 102-120)

Segundo FALEIRO (2009) as intervenções direccionadas para situações de doença específicas podem contribuir para que os cuidadores troquem experiências e se reconheçam como grupo, tendo a possibilidade de aprender a lidar com aspectos relacionados com os cuidados que terão de prestar e com as dificuldades que podem ter de vir a enfrentar. Os programas de apoio, que têm por base as fragilidades dos cuidadores, valorizando o binómio idoso doente/ cuidador, são fundamentais para a manutenção e promoção da saúde de quem é cuidado e de quem cuida.

BUCKWATER (et al, 2000, citado por HANSON, p.363) desenvolveram um estudo de investigação quase experimental de desenho longitudinal, com uma amostra de 245 prestadores de cuidados a familiares com demência, em 4 estados dos Estados Unidos da América, desenvolvido ao longo de 4 anos. O estudo teve como objectivo testar uma intervenção psico-educativa baseada na teoria, permitindo concluir que os prestadores de cuidados no grupo de tratamento sentiram melhoras no humor, ansiedade em relação aos

comportamentos problemáticos do familiar cuidado, houve ainda diminuição da sobrecarga (*burden*) da prestação de cuidados, tendo-se identificado uma crescente satisfação e controlo relacionados com a prestação de cuidados em comparação com o grupo de controlo. O estudo defende que os enfermeiros podem ter um impacto positivo nos resultados da prestação de cuidados aos familiares cuidadores de pessoas com demência, usando uma intervenção psico-educacional, baseada nos cuidados a prestar em contexto da comunidade.

Na mesma linha de intervenção em grupo surge uma estratégia terapêutica de enfermagem suportada pela teoria das transições de MELEIS (2010) denominada de *role supplementation*. Esta técnica foi inicialmente introduzida, teórica e empiricamente, pela autora, sendo utilizada na transição para a parentalidade e com pessoas em recuperação pós enfarte do miocárdio. Mais recentemente, esta intervenção terapêutica tem sido utilizada com cuidadores familiares (MELEIS, 2010). Sendo que um programa viável de *role supplementation* deve capitalizar a importância de outros recursos significativos (pessoas/redes de suporte social/instituições) para reforçar a incorporação de novos papéis. *Role supplementation* deve ser desenvolvido no contexto de um grupo de referência (grupo de ajuda) devidamente designado, envolvendo o próprio e outras pessoas/profissionais/instituições significativas como uma estratégia essencial. (MELEIS, 2010)

O termo **Coping** surge necessariamente neste quadro conceptual, pois é caracterizado como uma estratégia de adaptação, para atingir um estado de harmonia entre as necessidades internas e as exigências externas. *Entende-se por Coping:*

*(...) disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra as ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto Psicológico. (ICN, 2002, p.50).*

O *Coping* pode ser considerado como uma forma de adaptação a uma situação adversa, inclui o problema, real ou imaginado, e a resposta para enfrentar essa dificuldade (MELO, 2005). As estratégias de *Coping* podem ser pensamentos ou acções usadas para lidar com situações geradoras de stress e para diminuir as perturbações relacionadas. O *Coping* é encarado como um processo cognitivo e comportamental com o intuito de controlar o impacto no próprio bem-estar físico e psicológico.

A escolha das estratégias de *Coping* depende de variáveis ambientais (tais como os recursos sociais) que a pessoa identifica como disponíveis/necessários no momento para lidar com a situação potencialmente ameaçadora. É de destacar que o nível de baixo apoio social é um factor de vulnerabilidade face ao stress, por outro lado um nível elevado, pode aumentar a percepção do controlo, esbatendo os efeitos do stress e aumentando a capacidade do indivíduo para o enfrentar. A crise gerada pelo diagnóstico de uma doença grave pode ser caracterizada por vários factores, nomeadamente a ameaça à identidade do indivíduo, podendo este passar de competente e autónomo para um estado de dependência de outros, ameaçando os seus planos futuros e podendo afastá-lo da sua casa e rede social, sendo tanto

maior a ameaça quanto mais desconhecido for o futuro. Esta ameaça não esta apenas associada ao indivíduo, expandindo-se para os outros elementos da família. (MELO, 2005)

O padrão de resolução de problemas é caracterizado pelas estratégias habitualmente utilizadas pela família aquando de situações de stress. Este padrão surge moldado pelas interações advindas do contexto familiar e reflecte a tendência dos indivíduos em usarem um determinado comportamento/resposta em reacção a situações de stress, podendo-se “considerar as estratégias utilizadas pela família para lidar com as situações de stress como estratégias de *Coping*, que visam a adaptação através do processo de auto-organização” (FIGUEIREDO, 2009, p.97).

No presente relatório adopta-se o conceito desenvolvido por HANSON (2005), em que o Coping familiar é definido como o conjunto de estratégias que permitem a manutenção do funcionamento familiar fortalecendo a família como um todo, sendo para tal necessário utilizar recursos da família e/ou da comunidade, para lidar com o factor de tensão proveniente do sistema intra ou extra-familiar.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 1) a **família** é definida como um

“grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”. (ICN, 2006, p.171)

RELVAS (2000) defende que não é possível conhecer uma família sem conhecer os contextos em que esta participa. A família possui uma capacidade auto-organizativa que lhe confere consistência e coerência, para que se possa manter permeável e simultaneamente adaptável a influências externas, que se integram nas suas sinergias internas.

O modelo de relações é definido na e pela família, ou seja, “a qualidade emergente de processos comunicacionais que a fazem nascer, manter ou desaparecer” é a sua estrutura (RELVAS, 2000, p. 16). A família mantém-se como unidade emocional e afectiva, caracterizada pela sua dimensão psicológica e social, apesar dos processos de transformação da estrutura e da organização familiar. As famílias necessitam tanto de estabilidade como de mudança e da capacidade de mudar quando necessário, mantendo um equilíbrio dinâmico entre os seus processos de morfoestase e de morfogénese. (FIGUEIREDO, 2009)

O ciclo vital encontra-se em permanente transformação complexa entre diferentes estados fases ou períodos. Durante a evolução humana a mudança é inevitável, mas nem sempre é desejável. (ZAGONEL, 1999, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>)

As famílias desenvolvem-se através de transições, em que os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares, que podem derivar de situações relacionadas com o ciclo vital da família, designadas por normativas ou ainda situações não normativas, decorrentes de situações de stress acidentais. As situações não normativas dizem respeito a acontecimentos imprevisíveis, que provocam stress. Em qualquer processo de transição, a família pode responder adaptando-se e evoluindo, ou então mantendo os mesmos padrões,

numa tentativa de permanecer em funcionamento. As famílias demonstram a sua individualidade pela forma única como se desenvolvem ao longo do ciclo vital, que corresponde a mudanças de organização ajustadas a novos padrões de relacionamento interpessoal. (FIGUEIREDO, 2009)

A transição de um membro da família idoso de sua casa para uma casa de repouso e a transição para papel de prestador de cuidados na família são considerados por MELEIS (2010) como exemplos de transições situacionais. O impacto das transições, relacionadas com processos de doença em indivíduos e famílias, tem sido explorado em vários contextos de doença, incluindo doenças crônicas.

CARTER & McGOLDRICK (1995) consideram a família, como um sistema que se desloca através do tempo possuindo propriedades distintas de outros sistemas, defendendo que as transições mudam de família para família bem como de família a sistema. No entanto existem propriedades universais de transições, que se caracterizam por serem similaridades transversais aos processos de transição, das quais se destacam as transições como processos que ocorrem ao longo do tempo, envolvendo desenvolvimento, fluxo e movimento e também a essência da mudança que intervém na vida dos indivíduos e famílias, durante a transição. (ZAGONEL, 1999, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>)

No presente relatório a conceptualização de família define-se como uma unidade social, composta por elementos que estabelecem uma ligação determinada por afinidade, parentesco, consanguinidade ou características comuns entre os seus elementos que lhes fornece uma auto-identificação de grupo familiar, com propriedades de equifinalidade, auto-organização, retro-alimentação e partilha de regras, crenças e normas entre os seus elementos. A família desenvolve-se ao longo do ciclo de vida familiar, mantendo ou adaptando as suas características para promover o equilíbrio familiar. Cada família foi avaliada segundo uma análise das suas três dimensões caracterizadas por FIGUEIREDO (2009), nomeadamente na dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional. De salientar que as famílias cuidadas ao longo do ensino clínico partilhavam a característica comum de lidarem com um processo demencial, devido a um dos elementos da família sofrer de DA.

A **Doença de Alzheimer** é definida nos descritores de saúde (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, [Consult. em 16.01.2011]) como uma doença degenerativa do cérebro caracterizada por um processo demencial progressivo, associado a perturbações da memória, raciocínio, atenção e capacidade para resolver problemas, os quais são seguidos de apraxias severas e perda global das habilidades cognitivas. A condição ocorre principalmente após os 60 anos, e é marcada patologicamente por atrofia cortical severa e tríade de placas senis.

O percurso de uma doença crónica pode ser progressivo, constante, recidivo, ou episódico. Em doenças progressivas como a DA, o familiar afectado deteriora-se com o tempo, sendo que este desgaste pode ser rápido ou muito lento. A exigência dos cuidados de saúde aumentam à medida que o estado de saúde do doente piora, e os prestadores de cuidados da família podem ficar exaustos, com efeitos nocivos para a saúde. O tipo e grau de incapacidade também influencia a forma como os indivíduos e as famílias reagem à doença crónica. O

membro da família pode ficar incapacitado a diferentes níveis, sendo de destacar o nível da cognição, no caso da DA,

“Um déficit cognitivo grave é geralmente considerado difícil de ser tratado, porque o membro familiar não consegue comunicar nem participar na tomada de decisões. O comportamento do indivíduo também pode ser muito imprevisível e perturbador, o que pode isolar a família da comunidade. Quanto mais incerta ou imprevisível for a doença, mais a família tem de tomar decisões com contingências flexíveis ou planos de recurso. Este tipo permanente de resolução estratégica de problemas pode deixar exaustas até as famílias mais resilientes e adaptativas.” (HANSON 2005, p. 140)

A saturação do papel de prestador de cuidados da pessoa com DA surge quando a sobrecarga de trabalho não pode ser partilhada com outros familiares, o cuidador vai-se afastando progressivamente do seu mundo e tende a viver uma existência de rotinas em que se esforça por não pensar, alternadas por momentos de esgotamento ou mesmo desespero. Segundo SEQUEIRA (2010), as famílias continuam a debater-se com falta de apoio técnico e social para desempenharem o seu papel no cuidar das pessoas que sofrem de quadro demencial, com especial ênfase no doente de Alzheimer. O papel de prestador de cuidados, que corresponde ao papel terapêutico definido por HANSON (2005), que inclui dar apoio na procura de cuidados de saúde e ajudar a pessoa doente no tratamento e reabilitação, é definido na CIPE versão 2 como:

“(…) um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família.” (ICN, 2002, p.63)

Segundo o MDAIF de FIGUEIREDO (2009), o papel de prestador de cuidados, enquanto área de atenção relevante em enfermagem de família, engloba como dimensões avaliativas: o conhecimento do papel, comportamentos de adesão, consenso, conflito e saturação do papel. Segundo este modelo, o enfermeiro de família deve avaliar a saturação do papel, promover estratégias de *Coping* para o papel, motivar e negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família, orientar e/ou requerer serviços sociais/saúde. Assim, importa compreender em que medida as intervenções de enfermagem influenciam o bem-estar destas famílias.

O bem-estar da família potencia-se promovendo a autonomia do sistema familiar e concebendo a família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes de transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família, como o são famílias com pessoas com doença de Alzheimer. Pelo que, para dar resposta à pergunta PICO (Quadro 1) - **Qual o papel do enfermeiro (I) como facilitador do Coping familiar (O), na família com um elemento com doença de Alzheimer (P)?** - e tendo por base os conceitos anteriormente conceptualizados, as quatro palavras-chave foram alvo de pesquisa na plataforma informática EBSCOhost, tendo como recurso as bases de dados científicas da

CINAHL e MEDLINE, individualmente pesquisadas sem filtro e posteriormente com filtros, como é visível em pormenor no ANEXO VIII.

Quadro n.º 1 – Quadro representativo da formulação da pergunta PICO

(P)	<b>Participantes</b>	Quem vai ser estudado?	Família com um elemento com Doença de Alzheimer	<p><b>PALAVRAS – CHAVE</b>  <b>Nursing</b>  <b>Coping</b>  <b>Alzheimer Disease</b>  <b>Family</b></p> <p>(Validadas em MESHBrowser disponível em: <a href="http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html">http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html</a> [Consult. em 16.01.2011])</p>
(I)	<b>Intervenções</b>	O que vai ser estudado?	Papel do enfermeiro	
(C)	<b>Comparações</b>	(As comparações podem existir ou não)		
(O)	<b>Outcomes</b>	Resultados / Efeitos ou Consequências.	Coping familiar	

A pesquisa dos artigos científicos disponíveis foi realizada a 3 de Fevereiro de 2011, sendo que as quatro palavras-chave conjugadas deram origem a 52 artigos científicos, os quais foram sujeitos a filtragem por disponibilização de texto integral e filtro temporal entre o ano 2000 a 2010, tendo a selecção ficado diminuída a 14 artigos. De destacar que apesar da pesquisa ter sido definida inicialmente até 3 de Fevereiro de 2011, data da realização da pesquisa nas bases de dados, apenas existiam artigos disponíveis até 2010, assim sendo o filtro temporal permaneceu no ano da última publicação disponível.

Os 14 artigos obtidos na pesquisa foram sujeitos a critérios de inclusão, nomeadamente artigos disponíveis de forma gratuita e que focassem os cuidadores de familiares com DA. Foram ainda utilizados como critérios de exclusão a abordagem de situações de demência não especificada como DA, bem como o enfoque da intervenção apenas na pessoa com DA.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão acima descritos emergiram sete artigos que foram analisados e permitiram desenvolver respostas à pergunta PICO formulada. Os textos foram caracterizados e analisados tendo em conta o seu nível de evidência, tipo de estudo e desenho, participantes, objectivo do estudo, questões/hipóteses de investigação, estratégias utilizadas e principais resultados obtidos (ANEXO IX).

### 3 – INTERFACE INTEGRATIVA – DO PRECONIZADO AO REALIZADO

A realização da revisão sistemática da literatura permitiu iniciar o complexo processo da Prática Baseada na Evidência. A mobilização dos dados recorrentes da revisão sistemática da literatura serviu, por sua vez, de base para o desenvolvimento do estágio. Só foi possível realizar intervenções de enfermagem especializadas, enriquecedoras e promotoras do desenvolvimento do *Coping* familiar ao longo do contexto clínico, pois a prática teve por base a melhor evidência disponível. A PBE compreende um processo integrador da competência clínica individual com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas existentes e nos princípios da epidemiologia clínica. (FRENCH, 1999, p. p.72-78).

No presente capítulo deu-se resposta à pergunta PICO formulada no início do estágio, através da análise da literatura emergente da revisão sistemática da literatura integrando a prática desenvolvida.

Os vários problemas que permeiam a vida das famílias exigem respostas para que estas possam ultrapassar momentos de instabilidade, mudanças no desempenho de papéis, ansiedade, depressão e insegurança, até alcançarem novamente o equilíbrio perdido. A existência de famílias com pessoas idosas com doenças crônicas e progressivamente incapacitantes, como a DA, é uma realidade emergente que o enfermeiro de família necessita de reconhecer, havendo a necessidade óbvia de criar estratégias eficazes que facilitem este processo de transição das famílias que lidam com a DA. Nesta linha de pensamento surge o estudo defendido por SKINNER (2009, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=753d79d0-5af2-42ff-8842-ac121600b793%40sessionmgr4&vid=28>) o qual reconhece claramente que lidar com a DA é doloroso e stressante para a pessoa e para a família, sendo que no desempenho do papel de cuidadores surgem escolhas difíceis, muitas vezes exclusivas por se tratar de pessoas com DA, sendo que as famílias reagem de diferentes formas perante uma mesma situação.

O estudo desenvolvido por FARRAN et al (2004, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=12&sid=9b22cd32-e0b7-44d7-a0d7-128167f96d65%40sessionmgr4&vid=1>) conclui que o envelhecimento crescente da população leva a que os enfermeiros estejam mais propensos a cuidar de pessoas com DA, seja na comunidade ou após institucionalização, no entanto caso o stress, o sofrimento emocional e as mudanças na saúde física do cuidador não forem alvo de cuidados, os enfermeiros podem passar a ter dois tipos de doentes, a pessoa com DA e o seu cuidador familiar.

No contexto da prática as famílias continuam a debater-se com falta de apoio técnico e social direccionado para a capacitação no desempenho do seu papel de prestador de cuidados a familiares com quadro demencial, com especial ênfase na pessoa com DA. Esta foi a razão

determinante para que as cinco famílias seleccionadas para intervenção ao longo do contexto clínico possuíssem como característica transversal a existência de um membro com DA. Assim sendo, o foco dos cuidados de enfermagem de saúde familiar teve a sua ênfase nas dinâmicas internas das famílias e suas relações com os sistemas que as rodeiam. Trabalhou-se em conjunto com as famílias, maximizando o seu nível de saúde, incidindo e direccionando os cuidados de enfermagem particularmente para as situações de transição de famílias com um elemento com DA.

O conceito de transição é utilizado como enfoque central na enfermagem, considerando-se um período entre estados completamente estáveis. A extensão e a intensidade do período de transição varia ao longo do tempo, com diferentes consequências em diferentes pessoas e famílias que experienciam um mesmo evento. O papel do enfermeiro de saúde familiar pode ser determinante nos processos de Transição, desde que a sua intervenção seja centralizada na família e nas suas reais necessidades.

SKINNER

(2009,

URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=753d79d0-5af2-42ff-8842-ac121600b793%40sessionmgr4&vid=28>) vem defender que os enfermeiros vêem a pessoa como cliente, mas considera que as famílias também devem ser alvo de intervenção, devendo dar resposta continuamente às necessidades das famílias, fornecendo informação à medida que a família a requeira e encaminhando os cuidadores para os recursos sociais existentes.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar presta cuidados tendo como foco de atenção a família como um todo, perspectivando a unidade familiar em permanente transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências provocadas pelas transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família. A saúde da família representa um estado dinâmico de bem-estar, ligado à eficácia da adaptação da família às mudanças decorrentes do ciclo de vida e do ambiente. Os cuidados de enfermagem dirigidos à família como cliente, desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da mesma, com ênfase nas respostas da família aos seus problemas, que derivam das questões de saúde e dos processos de vida. Pelo que se tornou fundamental a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital segundo o MDAIF de FIGUEIREDO (2009).

A utilização do referencial teórico MDAIF permitiu desenvolver competências na prestação de cuidados em parceria com a família, encarando-a como unidade emocional e afectiva, caracterizada pela sua dimensão psicológica e social. A enfermeira mestranda teve a oportunidade de desenvolver, com as famílias, um conjunto de pequenas mudanças, que geraram rotinas de adaptação à situação, conseguindo alcançar um padrão de desenvolvimento familiar eficaz. O papel do enfermeiro de saúde familiar passa por apoiar a unidade familiar a alcançar um estado de reconhecimento pleno da sua realidade, de modo a que a família consiga visualizar, como cada membro está a ser afectado pela situação, podendo direccionar esforços conjuntos que promovam a adaptação familiar, alcançando novamente o seu equilíbrio

Uma das formas de se desenvolver intervenções de enfermagem diante dos processos transicionais é a utilização das teorias de enfermagem que podem ser reafirmadas em termos de transição (ZAGONEL, 1999, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>). Pelo que se

optou por utilizar como referência a Teoria das Transições de MELEIS (2010) para maximizar o desenvolvimento de uma prática direccionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição situacional. Sendo a família o contexto onde se desenvolvem padrões determinantes, que podem fortalecer ou enfraquecer a saúde individual, a capacidade da família para gerir as transições de saúde de um dos seus membros pode influenciar, na mesma medida, a saúde da unidade familiar.

O estudo com filhos cuidadores de pessoas com DA realizado por STONE et al (2009, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=753d79d0-5af2-42ff-8842-ac121600b793%40sessionmgr4&vid=30>) permitiu definir fontes de imprevisibilidade geradoras de stress e possível desgaste do filho cuidador de pais (pai ou mãe) com DA, nomeadamente a possível predisposição genética da doença, a complexidade e conflito de papéis ao cuidar de um pai (ou mãe) doente, sendo ainda nomeados os potenciais conflitos familiares que surgem com o aparecimento da DA na vida diária de toda a família. Em consonância surge o estudo desenvolvido por FARRAN et al (2004, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=12&sid=9b22cd32-e0b7-44d7-a0d7-128167f96d65%40sessionmgr4&vid=1>) que salienta a importância dos enfermeiros reconhecerem a necessidade de promoção da saúde e manutenção da qualidade de vida dos cuidadores, já que o auto-cuidado do cuidador é uma área de intervenção que tem sido negligenciada. Reconhece-se neste estudo que os cuidadores precisam de um suporte cada vez maior para atender às suas próprias necessidades, concluindo que uma mudança no foco de atenção dos enfermeiros pode beneficiar os familiares cuidadores, experienciando uma melhoria da sua saúde física e mental.

Ao longo do ensino clínico a intervenção direccionada a algumas famílias teve necessariamente de passar pelo encaminhamento da família para outros recursos sociais, esta referência passou pelo recurso a prestação de serviços numa vertente domiciliária de centros de dia, institucionalização em lar, encaminhamento para a UCC, e possibilidade de encaminhamento para institucionalização numa unidade de média duração da rede da ECCI. Este encaminhamento para recursos disponíveis para prestação de serviços às famílias adveio da sequência de maximizar o seu bem-estar, tanto por aliviar a sobrecarga do prestador de cuidados, como permitindo uma gestão mais facilitada ao lidar com a DA pela família, aumentando a resiliência da família.

O estudo desenvolvido por FARRAN et al (2004, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=12&sid=9b22cd32-e0b7-44d7-a0d7-128167f96d65%40sessionmgr4&vid=1>) defende que os cuidadores necessitam de utilizar uma rede de suporte social para o desempenho do seu papel, nomeadamente o apoio da família e dos amigos e dos serviços formais, tais como centros de dia e outros prestadores de cuidados informais. Também SKINNER (2009, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=753d79d0-5af2-42ff-8842-ac121600b793%40sessionmgr4&vid=28>) sustenta que os enfermeiros podem providenciar a assistência necessária às famílias, desde que compreenda as diferentes fontes de stress e os diferentes recursos de suporte e informação disponíveis.

De salientar que mesmo após institucionalização do familiar com DA o acompanhamento da família deve continuar a ser desenvolvido. Tal procedimento é defendido num estudo exploratório desenvolvido por GARITY (2009, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=592c3cdf-71fe-4ec8-b443-f593a36942b2%40sessionmgr13&vid=1>) que concluiu que desenvolver intervenções de enfermagem específicas e dirigidas às famílias cuidadoras, após institucionalização da pessoa com DA pode atenuar a sobrecarga da experiência e facilitar o *Coping* da família. O estudo destaca ainda a participação em grupos de suporte dirigidos ao familiar cuidador.

Tendo em conta o preconizado na literatura, nas cinco famílias alvo de avaliação e intervenção ocorreram duas situações de institucionalização em lar, sendo que em nenhuma destas famílias deixou de ser continuada a prestação de cuidados à família, até ao final do ensino clínico. Pode-se ainda referir que a continuação do acompanhamento das famílias, mesmo após institucionalização do familiar com DA em lar, foi valorizada pelos familiares como um apoio significativo. No entanto há que referir que o acompanhamento dos familiares ocorre sobretudo no contexto da unidade de saúde e através de contacto telefónico, tendo em conta que a maior parte destes contactos com o familiar cuidador, após institucionalização da pessoa com DA, ocorreram por iniciativa dos familiares. A procura da enfermeira de família, por parte dos familiares, vem demonstrar que estes a preconizam como um elemento facilitador de referência para finalizarem o seu processo de transição.

Para planear e desenvolver uma intervenção estruturada para manter a estabilidade familiar de uma família que lida diariamente com a DA é imprescindível estabelecer uma via educacional eficaz entre os profissionais de saúde e os cuidadores familiares. O estudo desenvolvido por FARRAN et al (2004, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=12&sid=9b22cd32-e0b7-44d7-a0d7-128167f96d65%40sessionmgr4&vid=1>) suporta a premissa que os cuidadores podem ser ensinados a desenvolver habilidades eficazes para lidar com os problemas comportamentais e cognitivos do seu familiar com DA e maximizar a prestação de cuidados informais, observando-se uma diminuição dos sintomas depressivos dos cuidadores. Nesta linha de pensamento também LÉVESQUE et al (2002, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=122&sid=98f8dcae-047a-4755-9c23-58ddd5e485a2%40sessionmgr104&vid=1>) desenvolveram um grupo de ajuda para capacitar os cuidadores a analisar situações geradoras de stress e escolher estratégias de *Coping* úteis para lidar com as situações específicas decorrentes da DA do seu familiar. No final da intervenção os cuidadores aprenderam a conceptualizar, identificar e gerir diferentes stressores estabelecendo um bom ajuste entre o stressor e a escolha da estratégia de *Coping* mais adequada (com enfoque no problema, na emoção ou procurando apoio em redes sociais de suporte). Os autores salientam que os profissionais de saúde devem reconhecer que a procura de ajuda é uma complexa estratégia de *Coping*. Defende-se ainda que os cuidadores não devem ser considerados como recurso do sistema de saúde, devendo por outro lado ser consideradas, avaliadas e valorizadas as suas necessidades como cuidadores e devendo também eles ser alvo de intervenção.

A necessidade de valorização da unidade familiar como um todo, realça a importância de uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, e desenvolvida ao longo do ensino clínico, nomeadamente o cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. (REGULAMENTO nº 126/2011)

O enfermeiro deve avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica em situações de transição, na perspectiva de restabelecer a conexão e instabilidade geradas. Capacitar as famílias a lidarem com situações geradoras de stress e aumentar a sua resiliência através de estratégias de *Coping* deve ser valorizado e estimulado através da realização de grupos de ajuda, já que COOPER et al (2008, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=34ec0a64-8e74-469f-b7cf-a51834b69f9f%40sessionmgr13&vid=1>) estabeleceram uma relação entre a sobrecarga do cuidador, ansiedade e depressão, dependendo da estratégia de *Coping* utilizada, tendo concluído que a estratégia de *Coping* focada na emoção revela-se eficaz na diminuição da ansiedade após aumento da sobrecarga e exigência do papel de prestador de cuidados. Os mesmos autores defendem que para uma adequada prestação de cuidados a pessoas com DA é provável que sejam utilizadas estratégias de *Coping* focadas no problema quando é uma situação permutável, havendo uma adaptação emocional quando não é alterável. O estudo salienta que, especialmente em situações de maior dependência nas pessoas com DA, muitos problemas com que os cuidadores se deparam são inalteráveis, pelo que optar por estratégias focadas no problema pode provocar frustração e revelar-se inútil.

Um estudo experimental com o intuito de avaliar a eficácia de um grupo prático, de fácil implementação e de intervenção educacional para cuidadores familiares de pessoas com DA, aplicado com *randomização* na Áustria, Suíça e Alemanha desenvolvido por KURZ, et al (2010, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=105&sid=2770d225-214d-47f9-967c-0bc562d0221e%40sessionmgr111>) concluiu que os participantes no programa tiveram uma classificação significativamente mais positiva no grupo de intervenção do que no grupo de controlo relativamente ao impacto prático no papel de prestador de cuidados. Os cuidadores do grupo de intervenção valorizaram o programa como sendo facilitador da prestação de cuidados, incentivando o uso da ajuda disponível e endossando as suas próprias necessidades. O tempo gasto pelos cuidadores nas actividades de vida diárias dos seus familiares com DA manteve-se constante do início ao final no grupo de intervenção, ao passo que aumentou em cerca de 40 minutos por dia no grupo de controlo. A utilização global de cuidados de saúde de ambulatório aumentou 1h20 por semana no grupo de intervenção e 2h40 por semana no grupo de controlo. A intervenção mostrou pequenos efeitos no bem-estar psicológico dos participantes, mas não teve impacto sobre a depressão do cuidador e não reduziu as institucionalizações, pelo que os autores defendem que para melhorar o apoio ao cuidador de um familiar com DA devem ser adicionadas intervenções dirigidas individualmente, resolução de problemas, estratégias de gestão de comportamento e estratégias de *Coping* baseadas na emoção.

A evidência científica corroborou a intervenção desenvolvida ao longo do ensino clínico, na medida em que as cinco famílias foram individualmente avaliadas, tendo sido

desenvolvidos planos de cuidados de forma individual com cada uma das cinco famílias, incluindo intervenções direccionadas às suas necessidades. Esta intervenção familiar individual foi complementada pela intervenção desenvolvida com o grupo de ajuda aos familiares, havendo uma continuidade nos cuidados prestados às famílias. Sendo que o desenvolvimento de estratégias de *Coping* adveio sobretudo da capacitação das famílias, através das diferentes intervenções realizadas e já descritas no capítulo anterior.

A evidência científica demonstra e comprova a necessidade de existirem grupos de apoio aos cuidadores de pessoas em situação de dependência por demência, salientando que a DA é uma doença crónica, degenerativa de elevado desgaste físico e psicológico para a família cuidadora. Possibilitar um suporte adequado, sob a forma de intervenções psico-educacionais realizadas pelos enfermeiros, pode ter um impacto positivo e ser uma vantagem determinante para capacitar a família. O cuidador familiar passa a reagir melhor aos seus problemas comportamentais, observam-se melhorias na relação e obtém-se uma diminuição da sobrecarga de um modo geral. A intervenção psico-educacional para familiares de pessoas com demência é definida como um grupo de partilha de emoções, troca de experiências, actividades de *Role Play* (ou *role supplementation*) e também tem o objectivo de formar e informar, através do apoio de enfermeiros com apresentação estruturada de informações sobre a demência e questões relacionadas aos cuidados, procurando diminuir a sobrecarga e o impacto emocional das famílias de pessoas com DA. Pelo que se justifica o desenvolvimento em contexto de estágio de uma sessão do grupo psicoeducativo, dirigido aos familiares cuidadores de pessoas com DA, utentes da USF D. Sancho I. Para além das famílias alvo de avaliação e intervenção familiar (individualizada) no âmbito do estágio e relatório, foram ainda convidadas a participar os familiares de todos os utentes da USF sinalizados após diagnóstico com DA. Seguiu-se a metodologia das sessões psicoeducativas, em que cada um dos cuidadores falou da sua experiência, da dinâmica utilizada dentro da família, das alterações ocorridas na mesma após diagnóstico da DA, foram esclarecidas dúvidas, partilhadas experiências e realizados ensinamentos direccionados às necessidades manifestadas pelos cuidadores, tendo sido apresentada informação direccionada por actividades de vida, estruturadas em suporte de panfleto e entregues aos presentes.

As intervenções dirigidas ao familiar cuidador têm impacto na sua qualidade de vida e na qualidade de vida da pessoa dependente, o que reforça a importância das intervenções com os grupos de familiares cuidadores. Foi premente o estabelecimento de uma relação de parceria no sentido de capacitar a família, para que esta passe de uma posição passiva de receber cuidados tornando-se num agente de transformação social, capaz de enfrentar com dignidade as adversidades advindas do seu papel de cuidador, mas que simultaneamente se sinta apoiada e igualmente alvo de atenção e de cuidados por parte do enfermeiro de saúde familiar. Este pode ser constituído como uma referência para a família, pode e deve ser o elo de ligação mais directo, acessível e utilizado mediante as necessidades de cuidados de saúde da família cuidadora, surgindo como facilitador dos processos transicionais que permitem o crescimento e desenvolvimento familiar, mantendo o seu equilíbrio dinâmico característico.

## CONCLUSÃO

Reconhecendo a família como unidade de cuidados e o seu permanente movimento de adequação ao longo do ciclo vital, foi possível compreender ao longo dos semestres de ensino teórico e perceber, experienciando de perto, ao longo da prática clínica, que o equilíbrio dinâmico da saúde familiar deve ser salvaguardado e protegido pela enfermagem de saúde familiar. A realização do estágio e elaboração do relatório proporcionaram a mobilização de um conjunto de conhecimentos e permitiram o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, com os consequentes resultados finais que na prática, pretendem melhorar a saúde das famílias.

O enfermeiro de saúde familiar, na prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, deve dar enfoque à família, maximizando o seu bem-estar enquanto cliente dinâmico e unidade base, constituinte da comunidade. O enfermeiro e a família podem, em conjunto, criar rotinas de adaptação a uma determinada situação, conseguindo atingir um padrão de desenvolvimento familiar eficaz, em que os resultados obtidos, decorrentes das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a família, correspondem a ganhos em saúde. Um dos objectivos estabelecidos para este relatório passava por descrever e reflectir sobre as actividades desenvolvidas em contexto clínico, o que foi atingido ao longo do primeiro capítulo.

A proximidade entre os enfermeiros dos cuidados de saúde primários e as famílias possibilita que os enfermeiros detenham uma posição e oportunidade privilegiada para acompanharem as pessoas na iminência de processos de transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades e competências em situações de saúde-doença, no caso das transições não normativas. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) foram mobilizados ao longo do estágio, o que vem justificar que os processos de cuidados das famílias alvo de intervenção, tenham sido desenvolvidos tendo como referencial o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por FIGUEIREDO (2009).

O MDAIF preconiza uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família, como cliente e unidade de intervenção, desenvolvendo os cuidados de forma sistémica ao longo do ciclo vital da família, tornando-se impreterível a compreensão da estrutura, processos e funcionamento das famílias no decorrer do mesmo, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direccionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

Reconheceu-se ainda a necessidade de existirem grupos de apoio aos cuidadores de familiares com DA, sendo que os enfermeiros podem ter um papel activo numa intervenção psico-educacional. Reconhecendo a DA como uma doença crónica, degenerativa de elevado desgaste físico e psicológico para a família cuidadora, foi possível realizar uma sessão do grupo psicoeducativo, dirigido aos familiares cuidadores de pessoas com DA no âmbito do

estágio. Considera-se que o terceiro objectivo proposto para a realização deste relatório se encontra atingido, já que os cuidados prestados às famílias em contexto de ensino clínico foram relacionados com a evidência encontrada.

Por último, o objectivo inicialmente proposto de analisar o papel do enfermeiro de família no grupo de apoio, com vista à capacitação de famílias com elementos com doença de Alzheimer, segundo a PBE, foi igualmente alcançado. A pergunta formulado segundo a metodologia PICO: ***Qual o papel do enfermeiro (I) como facilitador do Coping familiar (O), na família com um elemento com doença de Alzheimer (P)?***, serviu de mote ao desenvolvimento da prática baseada na evidência, tendo emergido da pesquisa, em bases de dados científicas, 7 artigos alvo de análise e que permitiram dar resposta ao questionamento imposto. A evidência demonstra que os enfermeiros vêem a pessoa com DA como o cliente, mas consideram que as famílias também devem ser alvo de intervenção, devendo dar resposta continuamente às necessidades das famílias, fornecendo informação à medida que a família a requeira e encaminhando os cuidadores para os recursos sociais existentes. Os enfermeiros devem valorizar a necessidade de promoção da saúde e manutenção da qualidade de vida dos cuidadores, já que o auto-cuidado do cuidador é uma área de intervenção que tem sido negligenciada. Reconhece-se que os cuidadores precisam de um suporte cada vez maior para atender às suas próprias necessidades e que os enfermeiros devem mudar o seu foco de atenção, propiciando uma melhoria da saúde física e mental dos cuidadores. Os enfermeiros podem providenciar a assistência necessária às famílias, desde que compreendam as diferentes fontes de stress e os diferentes recursos de suporte e informação disponíveis.

De salientar que mesmo após institucionalização do familiar com DA o acompanhamento da família deve continuar a ser desenvolvido, já que as intervenções de enfermagem dirigidas às famílias cuidadoras, após institucionalização da pessoa com DA, podem atenuar a sobrecarga da experiência e facilitar o *Coping* da família, sendo valorizada a participação em grupos de suporte dirigidos ao familiar cuidador.

O enfermeiro pode ensinar os cuidadores a desenvolver habilidades eficazes para lidar com os problemas comportamentais e cognitivos do seu familiar com DA e maximizar a prestação de cuidados informais, observando-se uma diminuição dos sintomas depressivos dos cuidadores.

Pode ser utilizada como estratégia a realização de um grupo de ajuda para capacitar os cuidadores a analisar situações geradoras de stress e escolher estratégias de *Coping* úteis para lidar com as situações específicas decorrentes da DA do seu familiar. Os profissionais de saúde devem reconhecer que a procura de ajuda é, por si só, uma complexa estratégia de *Coping*. Defende-se que os cuidadores não devem ser considerados como recurso do sistema de saúde, devendo por outro lado ser consideradas, avaliadas e valorizadas as suas necessidades como cuidadores e devendo também eles ser alvo de intervenção, tal como aconteceu ao longo do ensino clínico.

Capacitar as famílias a lidarem com situações geradoras de stress e aumentar a sua resiliência através de estratégias de *Coping* deve ser valorizado e estimulado através da realização de grupos de ajuda, sendo que a estratégia de *Coping* focada na emoção revela-se eficaz na diminuição da ansiedade após aumento da sobrecarga e exigência do papel de

prestador de cuidados. Os grupos de ajuda ao familiar cuidador possuem um impacto prático no papel de prestador de cuidados, facilitando a prestação de cuidados e acaba por estimular o uso da ajuda disponível. Permite ainda, uma melhor gestão e adequação do tempo gasto pelos cuidadores nas actividades de vida diárias dos seus familiares, uma menor utilização dos cuidados de saúde de ambulatório, revelando exercer pequenos efeitos no bem-estar psicológico dos participantes, pelo que os autores defendem que para melhorar o apoio ao cuidador de um familiar com DA devem ser adicionadas intervenções dirigidas individualmente, tais como, resolução de problemas, estratégias de gestão de comportamento e estratégias de *Coping* baseadas na emoção.

Em suma as intervenções direccionadas ao familiar cuidador têm impacto na qualidade de vida do cuidador, da pessoa dependente e em toda a dinâmica da família, o que reforça a importância das intervenções com os grupos de familiares cuidadores. Reconhece-se como facilitadora a experiência colhida através do contacto com a APFADA como tendo sido fundamental para o desenvolvimento do grupo psicoeducativo, no entanto, salienta-se que a pouca experiência com grupos de apoio revelou ser um constrangimento significativo para que se pudessem colher mais frutos sobre a intervenção desenvolvida. Propõe-se que em futuras intervenções de grupos psico-educativos dirigidos a familiares cuidadores de pessoas com DA se apliquem escalas padronizadas, tais como a escala de sobrecarga do cuidador (ESC) (SEQUEIRA, 2010) no início e no fim da implementação de programas de intervenção, como forma de avaliar a sua eficácia numa perspectiva longitudinal. Assim sendo, a aplicação da ESC permite avaliar o impacto na qualidade de vida do cuidador familiar, numa vertente de sobrecarga relacionado com o exercício do papel de prestador de cuidados, demonstrando possíveis ganhos em saúde sensíveis à intervenção de enfermagem desenvolvida através do grupo psicoeducativo. A possibilidade de desenvolver ganhos em saúde das famílias, através da intervenção especializada de enfermagem de saúde familiar, foi valorizado e partilhado através dos profissionais da ULS de Matosinhos, salientando-se esta oportunidade como tendo sido outro aspecto facilitador para desenvolver e aprofundar o conhecimento especializado, tendo em conta que a experiência na operacionalização do MDAIF se torna um elemento catalisador no percurso da prática baseada na evidência. Numa perspectiva global, os conhecimentos desenvolvidos e as capacidades adquiridas, com a realização do estágio e desenvolvimento do presente relatório, foram fundamentais para a aquisição de competências específicas no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTO, Marta Lima - Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes

em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. **Enfermagem**. [Em linha]. 2005 [consult. em 2011.02.17] Disponível em [wwwURL: http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2005-1/1-02-2005.PDF](http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2005-1/1-02-2005.PDF)

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. (1995) **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

COOPER, Claudia; KATONA, Cornelius; ORRELL, Martin; LIVINGSTON, Gill - Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease.

**International Journal Of Geriatric Psychiatry**. [Em linha. ] (2008) [Consult. em 03.02.2011] Disponível em [WWW:URL: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=34ec0a64-8e74-469f-b7cf-a51834b69f9f%40sessionmgr13&vid=1](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=34ec0a64-8e74-469f-b7cf-a51834b69f9f%40sessionmgr13&vid=1)

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESHBrowser. [Em linha] Disponível em [WWW:<URL: http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html) [Consult. em 16.01.2011].

FALEIRO, Danilo Augusto de Melo – **cuidador de idosos com doença de Alzheimer: efeitos de grupos psico-educacionais e suporte domiciliar individualizado**. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2009. 167 f. Tese de Pós-graduação em Educação Especial.

[em linha] [Consult. em 2011.09.09] Disponível em [http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde\\_arquivos/9/TDE-2009-07-22T103219Z-2238/Publico/2397.pdf](http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/9/TDE-2009-07-22T103219Z-2238/Publico/2397.pdf)

FARRAN, Carol J.; LOUKISSA, Dimitra A.; LINDEMAN, David A.; McCANN, Judith J.; BIENIAS, Julia L. - Caring for self while caring for others: the two-track life of coping with Alzheimer's disease.

**Journal Of Gerontological Nursing** [Em linha. ] (2004) [Consult. em 03.02.2011]. Disponível em [WWW:URL: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=12&sid=9b22cd32-e0b7-44d7-a0d7-128167f96d65%40sessionmgr4&vid=1](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=12&sid=9b22cd32-e0b7-44d7-a0d7-128167f96d65%40sessionmgr4&vid=1)

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus da Silva – **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2009. 550 f. Dissertação de Doutoramento.

FRENCH, Peter.– The development of evidence-based nursing. **Journal of Advance Nursing**; [Em linha] nº 29, p.72-78. 1999. [Consult. 2010-04-18] Disponível em <URL: <http://sn.polyu.edu.hk/ebp/files/Evidence-based%20nursing2.pdf>>

GARITY, Joan - Caring for a family member with Alzheimer's disease: coping with caregiver burden post-nursing home placement. **Journal Of Gerontological Nursing**. [Em linha.] (2006) [Consult. em 03.02.2011] Disponível em WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=592c3cdf-71fe-4ec8-b443-f593a36942b2%40sessionmgr13&vid=1>

GUYATT, G.; RENNIE, D. (2002). **Users guides: essentials of evidence-based clinical practice**. Chicago, IL: American Medical Association.

HANSON, S. M. H. (2005). **Enfermagem de cuidados de saúde à família – Teoria, Prática e Investigação**. Loures: Lusociência

HEPBURN, Kenneth W.; TORNATORE, Jane; CENTER, Bruce; OSTWALD, Sharon W. - Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. **Journal Of The American Geriatrics Society**. [Em linha. ] (2001) [Consult. em 03.02.2011] Disponível em WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=122&sid=91c27034-cd4f-40ad-811c-74cc6a298f00%40sessionmgr114&vid=1>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. (2006). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. (2002). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão Beta2**. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

KURZ, Alexander; WAGENPFEIL, Stefan; HALLAUER, Johannes; SCHNEIDER-SCHELTE, Helga; JANSEN, Sabine. - Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS Study. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**. [Em linha. ] (2001) [Consult. em 03.02.2011]. Disponível em WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=105&sid=2770d225-214d-47f9-967c-0bc562d0221e%40sessionmgr111>

LAHAM, Cláudia Fernandes – **Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. São

Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003. 161 f. Tese de Mestrado. [Em linha.] [Consult. em 09.09.2011]. Disponível em WWW:URL: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cts=1330903766485&ved=0CCoQjBAwAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F5%2F5160%2Ftde-10082005-151808%2Fpublico%2FclaudiaFernandesLaham.pdf&ei=zfpTT7LuKJPa8QPXp6XyBQ&usq=AFQjCNGy6KJCY11mME2LPzE4b3tY15\\_o4w&sig2=VAzMyDV0X3vJQq1FvVclwA](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cts=1330903766485&ved=0CCoQjBAwAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F5%2F5160%2Ftde-10082005-151808%2Fpublico%2FclaudiaFernandesLaham.pdf&ei=zfpTT7LuKJPa8QPXp6XyBQ&usq=AFQjCNGy6KJCY11mME2LPzE4b3tY15_o4w&sig2=VAzMyDV0X3vJQq1FvVclwA)

LÉVESQUE, L.; GENDRON, C.; VÉZINA, J.; HÉBERT, R.; DUCHARME, F.; LAVOIE, J.P.; GENDRON, M.; VOYER, L.; PRÉVILLE, M. - The process of a group intervention for caregivers of demented persons living at home: conceptual framework, components, and characteristics. **Aging & Mental Health**. [Em linha.] (2002) [Consult. em 03.02.2011]. Disponível em WWW:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=122&sid=98f8dcae-047a-4755-9c23-58ddd5e485a2%40sessionmgr104&vid=1>

MELEIS, A. I. – On the way to theoretical nursing: Stages and Milestones. In: **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott, 2005. p. 25-48.

MELEIS, A. I. – Nursing perspective. In: **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott, 2005. p. 93-101.

MELEIS, A. I. – The Domain of Nursing Knowledge. In: **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott, 2005. p. 102-120.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. — Facilitating transitions : redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**. 42 : 6 (Nov./ Dec. 1994) p. 255-259.

MELEIS, A. I.; SAWYER, L. M.; IM, E.-O.; MESSIAS, D. K. H.; SCHUMAKER, K. - **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory**. **Advances in Nursing Science**. Aspen Publishers, Inc.; 23(1) (2000) p. 12–28.

MELEIS, A. I. (2010). **Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. Nova York. Author

MELO, Maria da Luz. (2005). **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. Loures, Lusociência. ISBN: 972-8383-86-X

ORDEM DOS ENFERMEIROS - ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA. **Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar**. Proposta aprovada em reunião da mesa do colégio da especialidade de enfermagem comunitária em 17 de Julho de 2011 [Consult. em

2011.12.17]

Disponível

em:

[WWWhttp://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCE\\_EC\\_PadroesQualidade\\_SaudeFamiliar\\_16Jul2011\\_VF.pdf](http://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCE_EC_PadroesQualidade_SaudeFamiliar_16Jul2011_VF.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional**. [Em linha]. 2009. [Consult. 2010-07-25] Disponível em <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/CadernosTematicosModelodeDesenvolvimentoProfissional.aspx>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2002). **Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS**. Loures: Lusociência.

ORY, M. G.; HOFFMAN, R. R.; YEE, J.L.; TENNSTEDT, S.; SCHULZ, R. Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers. **The Gerontologist**. Washington. Abril 39 (1999) p.177-185.

PINTO, M. Carmo Gomes - **Conhecer e compreender para cuidar**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, [Em linha.] 2009. **197** f. Dissertação de Mestrado. [Consult. Em 2011-09-09]. Disponível em WWW:URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19362/2/Tese%20Mestrado%20Carmo%20Pinto2.pdf>

REGULAMENTO n.º 122/2011. “D. R. II Série”. 35 (2011-02-18) 8648-8653

REGULAMENTO n.º 126/2011. “D. R. II Série”. 35 (2011-02-18) 8660-8661

RELVAS, Ana Paula (2000). **O ciclo vital da família – perspectiva sistémica**. Porto: Edições Afrontamento.

SÁNCHEZ-PASCUAL, P.; MONROUTE-LIZ, P.; OLAZARÁN, R. Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. **Revista de Neurología** [Em linha.] n.º33 (5) (2001) [Consult. em 09.09.2011]. Disponível em WWW:URL:[http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13918/beneficios\\_de\\_un\\_programa\\_formacion\\_cuidador.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13918/beneficios_de_un_programa_formacion_cuidador.pdf)

SEQUEIRA, Carlos (2010). **Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel.

SKINER, Kristina - Nursing interventions to assist in decreasing stress in caregivers of Alzheimer's patients. **The ABNF Journal: Official Journal Of The Association Of Black Nursing Faculty In Higher Education, Inc.** [Em linha.] (2009) [Consult. em 03.02.2011].

Disponível em  
WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=753d79d0-5af2-42ff-8842-ac121600b793%40sessionmgr4&vid=28>

STONE, Anne Margaret; JONES, Christina L. Sources of uncertainty: experiences of Alzheimer's disease. **Issues In Mental Health Nursing**. [Em linha. ] (2009) [Consult. em 03.02.2011]. Disponível em  
WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&sid=753d79d0-5af2-42ff-8842-ac121600b793%40sessionmgr4&vid=30>

ZAGONEL, I.P.S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, [Em linha]. 1999 [consult. em 2011.09.09] Disponível em  
wwwURL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – PROJECTO DE ESTÁGIO

ANEXO II – DIAPOSITIVOS SESSÃO MDAIF E SAPE

ANEXO III - QUESTIONÁRIOS AVALIAÇÃO DA SESSÃO MDAIF E SAPE

ANEXO IV - OS FOLHETOS DIRECCIONADOS POR AV'S DO GRUPO PSICOEDUCATIVO

ANEXO V - QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO GRUPO PSICOEDUCATIVO

ANEXO VI - GUIA DE AVALIAÇÃO INICIAL DA FAMÍLIA – SAPE

ANEXO VII – QUADRO REPRESENTATIVO DA FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PICO

ANEXO VIII – PROTOCOLO DE PESQUISA

ANEXO IX – QUADRO SÍNTESE DOS ARTIGOS

ANEXO X – ARTIGOS CIENTÍFICOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA