



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
CURSO MESTRADO DE SAÚDE FAMILIAR
UNIDADE CURRICULAR- ESTÁGIO E RELATÓRIO

**CAPACITAR A FAMÍLIA NA ADAPTAÇÃO AO PAPEL
DE CUIDADORA PERANTE SITUAÇÕES DE
DEPENDÊNCIA AGUDA**

Mestranda:

Ana Cecília Pires

Nº 090433001

Professora orientadora:

Alcinda Reis

Professora Co-orientadora:

Maria João Esparteiro

SANTARÉM, JANEIRO DE 2012

RESUMO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento de pessoas em situação de dependência emerge como um problema prioritário, surge a necessidade de enfatizar e reflectir no que concerne à prestação de cuidados por parte da família. A prática de avaliação da saúde familiar, ganhou nova visibilidade, no entanto estamos perante uma especialização que apesar de assinalar uma evolução nos últimos tempos o percurso desenvolvido, ainda não está completo. Salienta-se a perspectiva sistémica como suporte à intervenção/avaliação familiar, para que de uma forma metódica, se constitua como uma estratégia integrante do quotidiano da Enfermagem.

O relatório visa identificar o percurso efectuado em ensino clínico, as necessidades das famílias quando confrontadas com a imprevisibilidade de situação de dependência física/funcional incapacitante, no domicílio através de uma análise crítica e reflexiva, com recurso ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Deseja-se a aquisição e desenvolvimento do conhecimento especializado em Enfermagem de Saúde Familiar e de competências específicas.

De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010, p.10), “O enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar (...)”.

Constituem-se como objectivos, enfatizar e demonstrar a importância do desenvolvimento de capacidades/competências para a prática baseada em princípios científicos, com o intuito de desenvolver a reflexão sobre a acção, assumir a responsabilidade em termos dos cuidados de enfermagem especializados, em termos de Saúde Familiar, procurando desenvolver uma prática baseada na evidência. A metodologia base, consistiu na Revisão Sistemática da Literatura no sentido de facultar a devida credibilidade, servindo como suporte das ilações efectuadas. Neste trabalho, a abordagem incide na problemática em torno da adaptação da família na transição para o papel de prestador de cuidados, e o papel major da Enfermagem de Família.

Palavras-chave: Enfermeiro de Saúde Familiar; Família Cuidadora; Adaptação; Transição.

ABSTRACT

In a society increasingly aged, the increase in dependency situation emerges as a priority problem, arises the need to emphasize and reflect with regard to the provision of care by the family. The practical assessment of family health, gained new visibility, however we are dealing with a specialization that although pointing out an evolution in recent times, the route developed is not yet complete. Noted that the systemic perspective as intervention support/family assessment, so that methodically, arises as an integral strategy of everyday Nursing.

The report aims to identify the route made in clinical education, the needs of families when confronted with the unpredictability of physical/functional dependency situation crippling, home workers through a reflective and critical analysis using the Dynamic Model of Family Intervention and Evaluation. Want to be the acquisition and development of expert knowledge in nursing of family health and specific powers.

According to the order of NURSES (2010, p. 10), "the nurse specialist interacts with families from an organized, dynamic and systematized method of critical thinking about family health"

Constitute itself as objectives, emphasize and demonstrate the importance of developing capacities/competencies for practice based on scientific principles, to develop reflection on the action, take responsibility in terms of specialist nursing care, in terms of family health, looking to build a practice based on evidence. The basic methodology consisted in Systematic literature Review to give due credibility serving as support of the conclusions made. In this work, the approach focuses on the problems surrounding the adaptation of the family in transition to the role of care provider, and the major role of family Nursing.

Keywords: Family Health Nurse; Family caregiver; Adaptation; Transition.

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral
CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Cit. – Citação
Cit. In- Citado em
CSP- Cuidados de saúde Primários
DeCS- Descritores em Ciências da Saúde
DGS- Direcção Geral De Saúde
EBSCO – Elton B. Stephens and Company
Ed.- Edição
Et Al- E outros
ICN- International Council of Nurses (conselho internacional de Enfermeiras)
INE- Instituto Nacional de Estatística
MAIF- Modelo de avaliação e Intervenção Familiar
MCAF- Modelo Calgary de Avaliação da Família
MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH- Medical Subject Headings
Nº- Número
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
P.-Página
PC- Prestador de Cuidados
PICO- [P] - População; [I] - intervenção; [C] - comparação [O] - Outcomes
PTA- Prótese Total da Anca
RNCC- Rede Nacional Cuidados Continuados
RSL- Revisão Sistemática da literatura
Sr.º/ Sr.ª – Senhor/Senhora
UCI- Unidade Cuidados Continuados Integrados
USF- Unidade De Saúde Familiar
Vol.- Volume

Índice	
INTRODUÇÃO	8
1- SAÚDE FAMILIAR- PERSPECTIVA DO ENSINO CLINICO	12
1.1- Família como Unidade de Cuidados	18
1.2- Capacitar a família - experiência promotora de competências específicas	25
2- FAMILIA E ENFERMAGEM DE FAMILIA: PONTO DE PARTIDA PARA UMA ENFERMAGEM AVANÇADA	29
2.1- Modelos de Enfermagem e Enfermagem de Família convergência do Saber	33
2.2- Família e Enfermeiro de saúde familiar: parceiros no processo de adaptação a um novo papel	37
2.3- Capacitar a família em situações de dependência aguda - visibilidade da intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar	40
3- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	44
3.1- Pergunta PICO	44
3.2- Protocolo de pesquisa	44
3.3- Resultados da Pesquisa	45
3.4- Análise e Conclusões da Revisão Sistemática da Literatura	46
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
5- BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	64
Anexo I- Caracterização das famílias e cuidadores familiares	65
Anexo II- Caracterização de acordo com MDAIF (resultados escalas aplicadas)	69
Anexo III- Genograma e Ecomapa da família “Pinheiro”	71
Anexo IV- Avaliação familiar de acordo com MDAIF (família “Pinheiro”)	74
Anexo V- Escalas utilizadas na Avaliação Familiar (família “Pinheiro”)	87
Anexo VI- Protocolo de pesquisa da Revisão sistemática da Literatura	95
Anexo VII- Panfletos efectuados em Estágio (intervenção na família)	102
Anexo VIII - Protocolo de intervenção na visita domiciliária à família com elemento dependente	115
Anexo IX- Projecto de Estágio II	151
Anexo X- Artigos da RSL	188

Pensamento

“ Nada se constrói sem que alguém tenha sonhado com isso, alguém tenha acreditado que isso fosse possível e alguém tenha querido que isso acontecesse.”

Charles Kehering

Agradecimentos

Gostaria em primeiro lugar de agradecer à professora orientadora Alcinda Reis, principalmente pela motivação, pelo seu apoio, optimismo, disponibilidade e claro a sua orientação fundamental neste processo. A experiência e saberes constituem sempre uma forma relevante de transmitir conhecimento e um sentido de direcção.

À Família, em especial à minha mãe que ao longo deste percurso, me apoiou incondicionalmente, compreendeu, incentivou-me continuamente, sempre disponível para me ouvir...

E porque a vida tem estes reveses inesperados, vivenciei no decorrer da elaboração deste relatório, a transição para uma situação de dependência... todo este percurso que um dia me suscitou interesse, me propus abordar e intervir. De certo modo condicionou a elaboração do relatório...pelo tempo despendido, as exigências, a inquietação, as emoções... Em jeito de desabafo e como “cuidadora principal”, é sim muito importante a Família, é sim fundamental o apoio que se pode facultar nestas situações, muito facilitador a entreajuda (quando se verifica), o funcionamento da família enquanto Sistema... na perspectiva de quem vivenciou esta situação como familiar e como Enfermeira, é sim muito importante a Enfermagem de Saúde Familiar, neste e noutros contextos...

À memória da minha avó....

Aos colegas pela partilha, espírito de entreajuda e pelos bons momentos!

A todas as famílias que partilharam as suas vivências e tornaram possível a efectivação deste relatório e também pela disponibilidade demonstrada.

Agradeço também a todos que contribuíram tornando este percurso mais fácil, pela motivação, palavras de apoio e, aos que compreenderam a minha indisponibilidade, perante a meta de concretizar este trabalho.

INTRODUÇÃO

O presente relatório referente ao curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, está estruturado em duas partes fundamentais, a primeira parte visa sobretudo uma análise descritiva e reflexiva do ensino clínico. Pretendeu-se enquadrar o problema de pesquisa para além de teoricamente, segundo o contexto do ensino clínico, ou seja uma realidade efectiva. Numa segunda parte, desejou-se através da RSL complementar a reflexão efectuada no início do trabalho, enfatizando as principais conclusões (convergência ou divergência dos resultados obtidos na pesquisa), aprofundando os conteúdos mais actuais e relevantes. O estágio foi desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I em Pontével, decorreu de 29 de Novembro de 2010 a 17 de Abril de 2011, perfazendo um total de 15 semanas de ensino clínico.

O campo do conhecimento em enfermagem e as competências que lhe estão associadas é demasiado vasto e complexo para um desenvolvimento global, a especialização de Enfermagem é hoje necessária de forma a proporcionar cuidados de qualidade. A aposta na especialização em Enfermagem de Saúde Familiar surge neste âmbito ao longo de um processo gradual, conquistando destaque, com esta perspectiva, pretendeu-se conceder visibilidade através do trabalho desenvolvido. É determinante o desenvolvimento e generalização de Modelos de Enfermagem de acordo com a perspectiva sistémica, como é o exemplo do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Conforme refere FIGUEIREDO, Maria (2011, p.3), este Modelo “enquanto referencial teórico e operativo, estabelece um quadro de referência que sugere acções para a prática, norteador de estratégias conferentes de significados integradores nos processos de ensino – aprendizagem”. De uma forma sistemática e generalizada, pretendeu-se que a intervenção sistémica das Famílias se constitua, neste prisma, como uma estratégia que faça parte do quotidiano da Enfermagem, estando na base da Especialização de Enfermagem de Saúde Familiar. Efectuar uma reflexão baseada na RSL e no desenvolvimento de competências específicas, servirá posteriormente de suporte à prática de Enfermagem de Família, o intuito mais premente será o de intervir e estar com as famílias, com recurso à prática baseada na evidência.

Como Enfermeira em formação, o ensino clínico em Enfermagem de Saúde Familiar, facultou o processo de desenvolvimento profissional, segundo uma abordagem técnico – científica, humanista e sistémica. A família mantém-se como uma unidade emocional e afectiva, caracterizada pela sua dimensão psicológica e social, considerando os processos de transformação da estrutura e da organização familiar. “Os cuidados de enfermagem devem assim ser focados na unidade familiar, atendendo à família como uma unidade em transformação,

promovendo a sua capacitação face às exigências provocadas pelas transições (...)“(FIGUEIREDO, M. 2009, p.31).

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, onde se verifica um aumento significativo de pessoas em situação de dependência, as famílias são cada vez mais solicitadas para desempenhar o papel de prestador de cuidados. De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Neste contexto, para a OE (2010 p.10), “O enfermeiro de Família, (...) surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar assume a responsabilidade de prestação de cuidados globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade”.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica aquém dos padrões médios europeus e, aponta que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004). “Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, os Cuidados de Saúde Primários emergem como contexto estruturante de novas práticas de enfermagem centradas na família, enquanto unidade e alvo de cuidados (FIGUEIREDO M. 2009, p.9) ”. De acordo com o DECRETO-LEI n.º 298/2007, “ Os cuidados de saúde primários são o núcleo do sistema de saúde e devem situar -se junto das comunidades”. Tendo por base a reconfiguração dos Centros de Saúde e sua reestruturação em unidades funcionais, com especial ênfase para as USF, o mesmo DECRETO-LEI, artigo 9 fixa que “ a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias (...)”. Demonstrando-se assim uma convergência de esforços no sentido de demonstrar a importância da Enfermagem de Saúde Familiar. “A família tem sido considerada como o principal pilar de apoio aos idosos em situação de dependência.” (FIGUEIREDO, Daniela 2007, p.24). Do mesmo modo, importa atenuar as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

A escolha da área, tem uma componente de interesse pessoal, considerando que deve ser colocado mais ênfase na Enfermagem de Família, fomentada a visibilidade do Enfermeiro de Família, em diferentes contextos de cuidados, ao longo do ciclo vital. A realização deste relatório pareceu bastante oportuna, emergiu após pesquisa e reflexão, considerando o contributo para o desenvolvimento enquanto profissional de Enfermagem, e mais especificamente enquanto Enfermagem de Família. Segundo a OE (2009 p. 38) “As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar pressupõem 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.” Este relatório, decorrente da reflexão sobre a prática, no que concerne a uma área de pesquisa e de interesse a desenvolver com recurso à prática baseada na evidência, consiste num instrumento de aprendizagem e reflexão e representa um imenso desafio.

Constituiu um contributo tanto ao nível do desenvolvimento pessoal como profissional, pela aquisição e análise do conhecimento especializado, desenvolvimento de competências específicas de Saúde Familiar, em paralelo com o desenvolvimento de competências comuns na especialização da profissão. Conforme é referido pela OE (2009, p.10) "(...) ser enfermeiro especialista não é apenas possuir um título profissional, mas também ter a competência científica, técnica, humana e sistémica para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade." É fundamental o desenvolvimento de capacidades para a prática baseada em princípios científicos, complementar os conhecimentos, desenvolver competências de intervenção específicas, permitindo uma intervenção mais aprofundada e direccionada, sistematizando as aprendizagens e desenvolvendo um pensamento crítico.

A temática abordada, considera a especialização dos conhecimentos na área da família em articulação com os conhecimentos e conteúdos e experiências adquiridas no ensino clínico, com o intuito de integrar e mobilizar o conhecimento adquirido e a reflexão sistemática. A área de Enfermagem de Família tem assumido um papel cada vez mais notório, sendo alvo de uma crescente aposta. Neste âmbito, foi efectuada reflexão, análise e investigação partindo do tema exposto de seguida: **"Capacitar a família na adaptação ao papel de cuidadora perante situações de dependência aguda."**

A enfermagem, necessita de desenvolver estratégias para intervir na família com pessoa dependente, na perspectiva da família enquanto sistema maximizando o seu nível de saúde. Tendo em conta a família como unidade de cuidados e o seu permanente movimento de adequação ao longo do ciclo vital, foi possível perceber ao longo do ensino teórico e clínico considerando a experiência adquirida, que o equilíbrio dinâmico da Saúde da Família deve ser salvaguardado e aprofundado pela especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar. A enfermagem de cuidados de saúde é definida por HANSON, Shirley (2005 p.8) como "o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias (...). A enfermagem de família pode ter como objectivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade". "Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos seus problemas, que derivam das questões de saúde e dos processos de vida." (FIGUEIREDO, M. 2009 p.32). "Tornando-se 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". (FIGUEIREDO, M. 2009 p.32). O Enfermeiro de Saúde Familiar, está numa posição privilegiada, na intervenção conjunto com as famílias no domicílio, numa perspectiva de caso se verificar a necessidade, promover a envolvimento com a UCC; os hospitais, centros de dia, USF, numa coordenação de esforços.

Ambicionou-se efectuar uma análise crítica e reflexiva, sustentada no ensino clínico e na revisão sistemática da literatura. Foi proposto um projecto que se pretendia apoiado e fundamentado no contexto onde iria decorrer o ensino clínico, enquadrado nas questões emergentes da Enfermagem de Família, considerando a necessidade de aprofundar conhecimentos, mobilizar novos conteúdos, em consonância com o interesse pessoal, este relatório sustenta-se em torno da temática delineada nesse mesmo projecto.

As vivências e experiências, desta mestranda enquanto enfermeira em contexto hospitalar no domínio da Enfermagem de Família são muito distintas. Existem ainda carências no estabelecer e na continuidade de cuidados nos diferentes tipos de contexto e áreas de trabalho ao nível da Enfermagem. Perante uma realidade de trabalho, de certo modo limitada em termos de acompanhamento contínuo da família com situações de dependência aguda/ inesperada, lidar com as dúvidas, incertezas e limitações da família, muitas vezes verbalizadas como ausência de capacidades, carência de recursos e outras, propiciou o início e o limitar de uma temática de interesse a desenvolver. No sentido de valorizar a Enfermagem de Família na especificidade da área hospitalar, área na qual, seria também muito pertinente intervir com a possibilidade de obter posteriormente, ganhos bastante efectivos. Simultaneamente surgiu a necessidade de dar resposta a algumas questões estruturantes de todo o processo conducente à questão PICO, nomeadamente: Qual o papel do Enfermeiro na adaptação da família ao papel de prestador de cuidados? Que competências mobilizar e desenvolver? Como a família se organiza para dar resposta perante a dependência de um dos seus elementos? Como a família percepciona os cuidados que lhe são prestados neste âmbito? Como percepcionar a importância dos cuidados prestados, no contexto da Enfermagem de Família? Que tipos de apoio disponíveis?

No sentido de prosseguir de acordo com a experiência do processo investigativo, surge a necessidade de formular uma pergunta de acordo com o formato PICO, nomeadamente: **“Qual a intervenção do Enfermeiro em situações de dependência aguda (I) na adaptação em contexto domiciliário (O) da família prestadora de cuidados (P)?”** A questão para pesquisa emerge de acordo com a especialização dos conhecimentos na área da família em articulação com os conhecimentos e conteúdos a mobilizar no ensino teórico e no ensino clínico, com o intuito de integrar a reflexão efectuada o conhecimento adquirido e a revisão sistemática da literatura, assim como o desenvolvimento de competências em Saúde Familiar.

Neste encadeamento, apresentam-se como objectivos:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à Revisão Sistemática;
- Compreender a alteração da dinâmica familiar na transição para situações de dependência;
- Reflectir sobre a importância do papel do Enfermeiro na adaptação da família ao papel de prestadora de cuidados;
- Reflectir no desenvolvimento de competências específicas de Enfermagem de Saúde Familiar, durante o ensino clínico;
- Analisar as competências desenvolvidas no sentido de uma Enfermagem Avançada.

1- SAÚDE FAMILIAR- PERSPECTIVA DO ENSINO CLÍNICO

No âmbito do desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar, foi proposta a elaboração de um relatório, com base na experiência adquirida em estágio e suportada na evidência científica, com recurso à RSL. Esta estratégia parte da prática dos cuidados, considerando o contexto, as pessoas e os processos com recurso à conceptualização teórica, para um desenvolvimento efectivo do conhecimento enquanto profissional competente. Aos enfermeiros na área da Saúde Familiar, cabe o importante papel de caracterizar os diferentes contextos e procurar adequar os recursos e as intervenções às necessidades que estes apresentam. Pretendeu-se também reflectir a visão e percepção pessoal sobre a temática, baseada nas experiências adquiridas ao longo dos meses de ensino clínico, face a realidade de intervir em famílias, no domicílio, na comunidade em que estão inseridas, contribuindo para enriquecer o presente trabalho. De modo a contextualizar o trabalho, é pertinente referir que o ensino clínico foi efectuado na mesma USF do ensino clínico anterior com poucos dias de interregno. Principiou-se o mesmo já com a caracterização da localidade, USF e da população da área de abrangência, esta contextualização permitiu enquadrar o tipo de população a que são prestados cuidados e a especificidade dos mesmos, direccionar mais eficientemente as áreas de maior necessidade de intervenção. O tema segundo a qual este relatório se irá nortear foi sendo delimitada ao longo do curso de Mestrado suscitada pelos conteúdos abordados, pela pesquisa de literatura. Ponderando também uma área de interesse pessoal, que se traduzisse em ganhos no contexto profissional.

Uma primeira fase do ensino clínico consistiu essencialmente numa adaptação a uma realidade muito distinta em termos de contexto profissional. Ocorreu a necessidade de enquadrar a especificidade e o contexto em que os cuidados são prestados, para posteriormente agir sobre esta nova realidade. Foi fundamental a pesquisa para caracterizar a realidade, considerando as famílias no seu contexto, a pesquisa sistemática surge para complementar com evidência científica, todo um trabalho efectuado e estruturado do ponto de vista da experiência *In loco*. Esta posterior pesquisa e análise com base na evidência científica, adquirida após a RSL, contribuiu como um suporte consistente do conhecimento adquirido, considerando a particularidade da temática, centrada na Enfermagem de Família. A realidade do ensino clínico, nomeadamente a existência de um número crescente de famílias com um elemento em transição para situação de dependência, essencialmente idosos, foi consolidando a pertinência da abordagem da temática.

Ao longo do estágio foi efectuado o acompanhamento e interacção junto de seis famílias com necessidades de cuidados de enfermagem, no âmbito de Saúde Familiar (famílias com idoso dependente). Surge a necessidade de intervir na família, capacitando-a e facilitando a sua

adaptação a uma nova realidade. Este trabalho surge no âmbito dos cuidados efectuadas pela família prestadora de cuidados, na adaptação a situação aguda de dependência (situação de crise), bem como a intervenção do Enfermeiro ao providenciar e capacitar a família para os cuidados no domicílio. Ressalva-se que abordagem da situação de dependência foi efectuada sem a especificidade de uma patologia ou evento crítico associado, no entanto a mudança ou transição considerada, corresponde a uma situação de dependência no idoso, incapacitante que surge de modo abrupto, súbito, (não esperada). A Enfermagem vê-se confrontada com este processo de mudança que impõe uma resposta de alta qualidade tanto nas capacidades técnicas, relacionais e mesmo científicas face aos desafios de forma coerente e actualizada, emergindo assim a necessidade de dar provas dessas capacidades de forma clara, precisa, concisa, sequencial e fundamentada. Ambicionou-se efectivar uma sistematização da informação de forma pertinente no que concerne à temática em enfoque no ensino clínico, no sentido de obter uma maior complementaridade sistematização e aprofundamento do trabalho a desenvolver.

De acordo com o INE (2002 p. 188) “O envelhecimento demográfico, é definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade activa.” De acordo FERNANDES, (1999), cit in RIBEIRINHO, Carla. (2005 p.30) “O envelhecimento demográfico (...) surge como consequência da transição demográfica, ao longo da qual se passou de uma situação de equilíbrio entre elevadas taxas de mortalidade e natalidade para uma outra na qual quer a mortalidade quer a natalidade apresentam uma fraca intensidade onde as pessoas idosas representam uma proporção cada vez mais importante”. Em complemento a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004 p.1) refere que “o processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde”. A DGS (2004 p.1) complementa que: “O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas O aumento do índice de envelhecimento tem reflexos nos índices de dependência”. Segundo a DGS (2004 p.1) “Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade (...)” Neste contexto, FIGUEIREDO M. (2011 p. 14) “salienta a família como provedora de cuidados de saúde, verificando-se que pelas alterações sócio demográficas ocorridas na sociedade, relacionadas sobretudo com o envelhecimento populacional, está emergindo na família um papel cada vez mais relevante na atenção dispensada na prestação de cuidados aos idosos.”

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003), estima que nos próximos vinte anos aumentem em cerca de 300% as necessidades em cuidados de saúde da população idosa.

Surgirão, em consequência, novas necessidades de saúde e de apoio social, nomeadamente de longa duração em particular para as pessoas idosas dependentes, é intrínseco o aumento da necessidade de prestadores de cuidados familiares, esta conjuntura delimita a efectividade da intervenção nesta etapa, juntos das famílias. “A reconstrução relacional intra-sistema e com as gerações mais novas, aliadas às mudanças necessárias decorrentes do envelhecimento constituem-se como desafios fundamentais às famílias nesta etapa do seu ciclo.” (FIGUEIREDO, 2011 p.12). O envelhecimento não é uma doença, mas predispõe à doença, pelas alterações inerentes ao processo de envelhecimento, a diminuição de resistência e o frequente aparecimento de patologias. De entre as mais frequentes, o Acidente Vascular Cerebral, é uma das principais causas de incapacidade, salientando ainda a ocorrência de quedas, frequentes nesta faixa etária e muitas vezes condicionam situações de dependência.

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004 p.12), “(...) muitas doenças e acidentes não são fatais, mas podem causar deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas não tanto ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e, portanto, perda de autonomia e independência que acarretam.” Segundo KOZIER, Barbara et al (1993), Dependência entende-se pela incapacidade de o indivíduo alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, pelo facto de não ter capacidade em adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de outros. De acordo com os MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE, (2006 p.3857) consiste na “situação em que (...) por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária (...)”. Importa ainda acrescentar que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente (PASCHOAL, Sérgio 2007), e que a gravidade da mesma pode variar com o grau em que a pessoa idosa e a sua família aceitem ou não a doença (LAGE, Maria I. 2005).

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004 p.4), “Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.” O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004 p.13) realça que “as pessoas idosas em risco acrescido, ou em situação transitória ou instalada de dependência, requerem uma particular atenção da parte dos serviços de saúde e sociais, em termos de organização de cuidados de controlo e de recuperação global (...)”. A este respeito FERNANDES, Purificação (2000), diz-nos que nas pessoas idosas, a dependência assume contornos particulares, uma vez que esta resulta de factores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social.

Como nos menciona RIBEIRO, Cristina. (2007 p.303); “O diagnóstico de uma doença aguda é um dos desafios mais difíceis que pode acontecer à família”. HILL, (1949), citado por WHALEY,

L. & WONG, Donna (1999). Expõe a teoria sobre o stress na família, que refere a forma como a família reage aos acontecimentos stressantes e sugere factores que promovem ajustes e adaptação aos mesmos. Por exemplo: os previsíveis como a parentalidade e imprevisíveis como a doença. MESSA, Alcione (2006) Alude que o grau de incapacitação que a doença origina vai determinar o stress da família. REIS; Gina (2007 p.62); indica que, “posteriormente, pela grande diversidade de diagnósticos, construiu-se a variável – tipo de doença, conforme a duração da doença (aguda ou crónica). Definiu-se “aguda” se a duração da doença ocorrer durante um intervalo de tempo curto, com início abrupto ou súbito e “crónica” se a duração da doença ocorrer durante um intervalo de tempo prolongado e duradouro”. Em complemento, ÉVORA, Yolanda (1999 p.132) alega, que “condições “aguda” e “crónica” são similares, apenas, no enfrentamento do problema de saúde; dependendo da severidade do estado e dos resultados alcançados, será sempre um desafio para o doente, famílias e sociedades”. ÉVORA; (1999 p.132) Refere que “o cuidado (...) deverá considerar o processo de enfrentamento e adaptação pessoal, familiar e comunitária, as experiências prévias; existência de situações similares, tradição cultural e princípios religiosos, na definição diagnóstica e Intervenção.”

DOHERTY E CAMPBELL (1995), cit in RIBEIRO (2007 p. 299) desenvolveram um modelo que permite organizar de uma forma lógica a investigação sobre famílias e o impacto na saúde e doença.” Este modelo destaca a importância das interações entre o sistema familiar e o sistema de saúde através das seguintes categorias: Promoção da saúde e prevenção da Doença; Vulnerabilidade e o início da doença; O significado familiar do adoecer; A resposta familiar à fase aguda da Doença; A adaptação à doença e a reabilitação.” Salienta-se: A «Resposta familiar à fase aguda», que diz respeito à reacção e à adaptação imediata da família a um diagnóstico de uma doença num seu elemento. Nesta linha de pensamento, JORGE, Ana (2004). Fala-nos do reajustamento de papéis e estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver, as estratégias de coping a utilizar que podem ser os mesmos, em situação de doença súbita e aguda, ou em situação de doença crónica. Jorge, (2004), complementa que o que é relevante, é que nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afectivas requerem uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a situação de crise, enquanto nas doenças de aparecimento prolongado existe um período de maior adaptação.

Neste encadeamento, o enfermeiro toma conhecimento das novas necessidades da pessoa, num processo de interacção participativa, de forma a tomar decisões de cuidados de enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação à doença e/ou a novos estilos de vida, resultante de transições situacionais (MELEIS, Afaf 2005). As transições significam mudanças do estado de saúde, mudanças no papel das relações, mudanças das expectativas, mudanças nas habilidades (competências), que afectam o desenvolvimento no processo saúde/doença (MELEIS, 2005). A transição situacional inclui o nascimento ou morte, situações inesperadas que requerem uma definição ou redefinição dos papéis a que o cliente ou o familiar está envolvido; (MELEIS, 1997). A transição de saúde doença inclui transições como mudanças súbitas de papel, as quais resultam

ao mover-se de um estado de saúde para o de doença aguda, de bem-estar para doença crónica ou cronicidade. As transições são, portanto, componentes do domínio de enfermagem (MELEIS, 1997). MACHADO, Margareth (2004 p. 29), ressaltam que as “situacionais envolvem eventos inesperados ou inoportunos e demandam enfrentamento e adaptação intensas.” Em qualquer contexto de actuação, o agir profissional do enfermeiro torna-se autêntico e humanizado quando se apropria das dimensões envolvidas com a vivência do processo de transição. Conhecer, compreender, desvelar a significação da transição para o ser humano são atributos que facilitam a relação intersubjectiva entre o enfermeiro e o ser que vivencia a transição.” (MACHADO, 2004 p.26). Evidencia-se conforme defende REIS, (2007 p.17) que, “quando falamos de processos de transição, falamos de mudanças que ocorrem nas famílias que as levam a adaptações significativas.”

De acordo com MESSA (2006) A doença significa a perda da homeostase, levando o indivíduo a procurar um novo equilíbrio. O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para a pessoa e sua família. BURD, Miriam (2006 p.6) diz-nos que, “ (...) como a doença se pode iniciar de forma aguda e grave e se perpetuar de forma crónica, posto que ainda não tem cura, determina para o paciente e sua família repercussões sobre o seu psiquismo.” Segundo ROMANO, Bellkiss (1999) há uma falha do equilíbrio dinâmico familiar diante do novo evento. As mudanças que ele acarretará e as adaptações que a família realizará, depende dos recursos que dispõe, de como o evento (a doença) começou e o significado que atribuiu ao acontecimento. Segundo SPITZ, Lúcia (1997) Implica sempre repercussões psicológicas tanto na pessoa quanto no seu círculo familiar e social. O modo como a família lida à irrupção da doença, qualquer que seja, geralmente é vivenciado como uma ameaça do destino, em função de inúmeros factores da própria patologia, da personalidade do sujeito e de suas características ligadas aos seus recursos e seus deficits.

Conforme ROLLAND, John (1998) expõe, o início da doença pode ser agudo, exigindo que a família se instrumentalize com mais rapidez diante da crise, do que o aparecimento gradual cuja adaptação pode ser mais prolongada. Quando o aparecimento é agudo, terão maior facilidade as famílias que toleram estados afectivos carregados, utilizam recursos extremos e possuem flexibilidade para troca de papéis. SPITZ (1997) diz que, perante doença súbita, algo provoca ansiedade, que é a resposta do indivíduo à percepção do perigo. Para SPITZ (1997) a pessoa coloca em uso vários mecanismos de defesa para lidar com o inesperado, sobretudo na fase do diagnóstico, de incertezas, dúvidas e espera, depende também de como a doença se instalou, se de forma rápida aguda, inesperada, insidiosa. De acordo com ROLLAND (1998) Se a incapacitação ocorre no início da doença, é exigida a família, organização para lidar com o caminho esperado e consequências. No caso de doenças progressivas, a família tem mais tempo para lidar com as mudanças crescentes nas fases posteriores, permitindo também que o doente participe no delinear da nova dinâmica familiar. MESSA (2006) menciona que é importante que haja flexibilidade na estrutura familiar para garantir que os membros que desempenham os seus

papéis aceitem outros, quando for necessário, para lidar com as mudanças ocasionadas por um acontecimento inesperado.

Segundo MAAS, Tânia (2006 p.34) “adaptação à enfermidade e à incapacidade é um processo contínuo. Cada mudança importante ou diminuição na habilidade funcional requer futuras adaptações físicas, emocionais e sociais, tanto para o indivíduo como para a família.” MAAS (2006 p.34), reforça que no “caso de saúde - doença a adaptação é alcançada mediante a otimização do bem-estar”. Conforme menciona SANTOS; Paulo (2005 p.23) “A adaptação à incapacidade é difícil, produz uma sensação de perda que é reflexo, não só da alteração de uma função física, como também de uma forma de vida. Surgem os medos resultantes da indefinição das capacidades económicas e da aceitação familiar, social, e profissional.” Conforme SANTOS; (2005 p.21) enuncia,“(...) limitando-as às que são incapacitantes e dependentes, pois são essas que de forma mais relevante reflectem o problema da dependência no meio familiar, e nos permite perceber de que modo a família lida com a complexidade dos problemas inerentes à situação.”

Respondendo à necessidade de sintetizar o conhecimento, fundamentar a prática, foram mobilizados alguns conceitos inerentes à temática e ao realizar pesquisa de bibliografia, verificou-se a pouca literatura ou investigação no que concerne à fase inicial de transição para situação de dependência aguda e a intervenção nas famílias nesta fase em particular. No que concerne a pesquisa de evidências nas bases de dados, constatou-se similarmente a escassez de artigos. Perante o exposto, este trabalho funciona um pouco como um despertar para esta etapa inicial de doença ou dependência aguda incapacitante, e a importância de intervir precocemente na adaptação à mesma junto das famílias. Demonstrar, justificar e apresentar a devida visibilidade a esta etapa de transição situacional constituiu um desafio, que se espera no entanto motivador de futuras pesquisas e trabalhos em torno da temática, e conseqüentemente a obtenção de subsídios.

Apesar da Enfermagem de Família ainda não ter visibilidade na especificidade do contexto hospitalar e apesar de reconhecida a importância da intervenção após um conhecimento mais profundo da família no seu contexto, justifica-se ponderar os ganhos possíveis na intervenção nesta fase ainda muito prematura, na promoção da saúde da família, nos distintos níveis de prevenção, aspecto sobre o qual se deve reflectir.

As situações de dependência aguda passam inicialmente por internamentos mais ou menos prolongados, nesta fase existe uma alteração da dinâmica familiar diferente daquela que se verifica quando o familiar regressa a casa. Numa primeira fase, a intervenção com a família passa pela clarificação de dúvidas em relação ao estado clínico (pela equipa multidisciplinar), esclarecimento de prognóstico, fase fundamental e com influência no seguimento e sucesso na fase de transição, essencial mesmo na adaptação à situação de dependência. Pode-se depreender que, a Enfermagem (de Saúde familiar) iniciando a sua intervenção nesta fase bastante precoce, em articulação com as USF ainda antes da alta, seria uma mais-valia traduzida na qualidade dos cuidados, satisfação das famílias, efectividade dos resultados de intervenção, com um nível de sucesso mais evidente.

1.1 - Família como Unidade de Cuidados

Representa um desafio, à enfermagem, o suporte ao cuidador familiar e a atenção ao seu familiar dependente e à família como um todo. Intervir em famílias na adaptação ao papel de prestador de cuidados em situação de dependência aguda, correspondeu ao ponto de partida. No decorrer do ensino clínico, foi efectuado um acompanhamento a seis famílias de acordo com este critério de selecção. Apresenta-se posteriormente (Anexo I) uma breve caracterização geral das famílias para enquadrar o contexto no qual decorreu o ensino clínico e as intervenções efectuadas.

Uma família em fase de transição, implica uma situação de crise, nesta fase, os membros familiares devem aprender novas formas de encarar a situação. Pode acontecer a família ficar desorientada, ocorrendo conflitos até se reorganizar, emergindo um ou mais familiares dispostos a cuidar. Um aspecto sobre o qual os Enfermeiros devem estar atentos, prende-se com a necessidade de avaliação das necessidades da família face à adaptação a um novo papel, nessas ocasiões, a intervenção inclui explicar e esclarecer a necessidade dos cuidados, facultando o suporte necessário. O enfermeiro “Identifica os recursos de Coping das famílias para resolver eficazmente as crises associadas aos processos de transição” (O.E. 2009 p.38).

Os momentos de interacção com as famílias por meio de visitas domiciliárias, conduzem naturalmente a muitas vantagens, proporcionam um contacto com a família no seu ambiente, possibilitam a recolha de um conjunto de dados que noutra contexto, ainda que exequível, não o seria de uma forma tão efectiva e exacta. Permitem complementar os dados relativos à família e ainda perceber como o sistema familiar se adequa perante situações de doença e dependência e todo o processo desde a colheita de dados inicial até a intervenção.

A oportunidade de efectuar visitas domiciliárias traduziu-se em benefícios e ganhos significativos. Da análise dos dados colhidos, pretende-se adquirir uma visão mais fidedigna do contexto de cuidados, direccionando a intervenção de Enfermagem de acordo com a especificidade da realidade com que nos deparamos. Ao actuar junto das famílias, saliento a importância de estagiar numa USF, perceber as vivências, dificuldades e recursos existentes, na família inserida na comunidade, identificar necessidades, verificar o dia-a-dia, e expectativas. Destaco que o trabalho junto com as famílias é um procedimento moroso sendo essencial estabelecer um processo empático e o acompanhamento ao longo do tempo. Constitui-se esta, uma estratégia de intervenção privilegiada por possibilitar uma acção mais abrangente, ganhos mais concretos (pelo maior leque de dados a que se tem acesso). Neste percurso, realço a colaboração e disponibilidade das famílias, preponderante para uma intervenção em conjunto com estas, permitindo mudanças efectivas.

Ainda numa fase de construção do projecto, constatou-se que a população é predominantemente envelhecida. Com destaque para a faixa etária acima dos 75 anos de idade, com um maior número de pessoas tanto do sexo feminino como masculino. Verificou-se uma prevalência de famílias em que o elemento dependente é maioritariamente idoso e a existência de diversos factores de risco, (cumulativos ou não), que podem condicionar ou induzir eventual

dependência, e ainda diferentes causas na sua origem, pelo que a abordagem nas famílias com elementos dependentes incidiu, em famílias em situação de transição para dependência aguda. Na prática clínica a dependência surgiu em consequência de AVC (dois casos); de quedas (uma das quais com fractura do fémur com colocação de PTA e outra com fractura de mão e pé); uma situação associada a agravamento de quadro de demência; e outra associada a limitação funcional decorrente de idade.

De acordo com HAZZARD et. al (1994), cit. in CALDAS (2000 p.774) “(...) é significativo o efeito da idade avançada somado a certas condições causadoras de dependência muito frequentes entre idosos, a saber demência, fracturas de quadril, acidentes vasculares cerebrais, doenças reumatologias e deficiências visuais. Essas situações reduzem a capacidade do indivíduo de superar os desafios ambientais.” “Outro factor que coloca frequentemente o indivíduo em situação de dependência, são as quedas nos mais idosos” (AUGUSTO, B. 2002 cit in NOGUEIRA Maria 2003 p.45). “Estas, muitas vezes, são a causa de fracturas que obrigam a uma maior utilização dos serviços de saúde e podem ter como resultado a perda da mobilidade, e, conseqüentemente, a dependência. É o exemplo das fracturas do colo do fémur” (AUGUSTO, B. 2002 cit in NOGUEIRA 2003 p.45).

Nesta linha de pensamento, facilitando a compreensão e como base da reflexão efectuada, as seis famílias seleccionadas preenchem os seguintes critérios:

- “Famílias com filhos “adultos” com pessoa com dependência física incapacitante;
- Famílias com necessidades de cuidados de enfermagem promocionais ou curativos, cuja prestação esteja a ser desenvolvida, tendencialmente em contexto de visitação domiciliária.

Foi efectuada colheita de dados das famílias, caracterizadas de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, a operacionalização do MDAIF, revelou-se um guia orientador para a consecução dos objectivos transversalmente pelas actividades propostas. O MDAIF baseia-se na teoria dos sistemas, desenvolvendo-se a partir do Modelo de Calgary, integra três categorias principais: Estrutural, Desenvolvimental e Funcional.

Foram também aplicadas algumas escalas que permitem complementar a colheita de dados ao nível da família, ainda que por si só não permitam efectuar diagnósticos, permitem a avaliação em distintos níveis, nomeadamente: O Apgar familiar de Smilkstein (avalia a funcionalidade da família); a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (avalia a probabilidade de incidência de doenças desde doença física ou psíquica a doença psicossomática, incluído na Dimensão funcional expressiva. A notação social da família (Graffar Adaptado) e a Escala de faces II que avalia a coesão familiar, a adaptabilidade e o tipo de família. Os resultados da aplicação das mesmas às seis famílias são apresentados no Anexo II.

As famílias têm-se revelado a principal fonte da prestação de cuidados, independentemente das alterações verificadas na dinâmica familiar nas últimas décadas, designadamente a entrada da mulher no mundo do trabalho, porém esta continua a ser a principal cuidadora da pessoa dependente. Quanto aos cuidadores familiares, este papel é sobretudo

efectuado por filhos, cônjuges, noras e ainda se verifica o apoio de vizinhos e outros familiares, maioritariamente idosos e de baixa escolaridade (apresenta-se no anexo I breve caracterização do cuidador). Para além da família, a participação de amigos e vizinhos é muitas vezes desejada e preferida pelo familiar que cuida, sendo percebida de muito auxílio no cuidado, ainda que este apoio nem sempre seja sentido como suficiente, noutros casos é referido como essencial.

A maior parte dos cuidadores são mulheres, na sua maioria, com mais de setenta anos, sendo a responsabilidade da prestação raramente partilhada por mais de um elemento. De acordo com a experiência do ensino clínico, a colaboração da Enfermagem de Saúde Familiar, vizinhos e apoios sociais foram bem aceites, ainda que haja algumas excepções, em duas das seis famílias verificou-se maior renitência em aceitar qualquer tipo de apoio, sendo a rede suporte preferida, família alargada amigos e vizinhos. Isto poderá ser consequência de uma maior proximidade, questões de confiança, mas também por factores económicos muitas vezes verbalizados. (Aspecto de acordo com o resultados da aplicação das escalas anteriormente referidas). Em comum subsiste a intervenção na adaptação da família a situações agudas de dependência, o contexto domiciliário, num espaço temporal de Dezembro de 2010 a Março de 2011. De um modo geral as famílias mostraram-se cativadas, disponíveis e colaborantes para a intervenção de enfermagem de Saúde familiar. Apresenta-se nos Anexo III e Anexo IV, a colheita de dados, efectuada a uma das famílias a título exemplificativo com o nome fictício de família “Pinheiro”.

Na intervenção mais específica junto com as famílias seleccionadas e perante a similitude das mesmas, diagnósticos consonantes, existência de alguns delineadores comuns nas famílias em foco, foram efectuados alguns panfletos (seis) face a temática e os diagnósticos efectuados. Estes, para além de responderem e complementarem as necessidades de intervenção, vieram a demonstrar-se como uma mais-valia para a USF, uma base de suporte ao nível da intervenção da Enfermagem abrangendo os três níveis, como meio auxiliador para complementar algumas intervenções de Enfermagem e que ao mesmo tempo facultasse informação que pudesse ser mobilizada posteriormente, (suporte informativo que pudesse ser facultado para posterior consulta).

Como meio orientador facilitador e estruturante da intervenção nas famílias em contexto domiciliário foi efectuado um protocolo, nomeadamente “Protocolo de Intervenção na visita domiciliária à família com um elemento dependente.” Considerando que a interacção com as mesmas decorre em momentos temporais distintos. Verificou-se inexistente em contexto de estágio e após identificação da pertinência do mesmo, em complemento das actividades realizadas como contributo no desenvolvimento de competências específicas na saúde familiar e como linha orientadora do trabalho efectuado com as famílias. Importa também referir que o mesmo se baseia e tem como eixo norteador o MDAIF e que apresenta em anexo as mesmas escalas (Anexo IX).

As intervenções implementadas (maioritariamente de informação educação e suporte) foram baseadas nas necessidades manifestadas e identificadas, envolvendo a família no planeamento das acções, na tomada de decisão, no sentido de promover as suas capacidades e a efectividade das intervenções. Foram centradas inicialmente numa abordagem abrangente e

posteriormente em focos específicos (de acordo com MDAIF; por exemplo papel de prestador de cuidados) pela necessidade de facultar o processo de transição, salientando a gestão de sentimentos quanto à insegurança e capacidade em desempenhar os cuidados com competência, conhecimentos, habilidades para o cuidado, e o stress associado ao desempenho do novo papel.

A família, como elemento fulcral para a continuidade de cuidados dos seus membros dependentes, tem que ser incluída pelos enfermeiros no processo de cuidar e ainda como *alvo* dos cuidados, através de acompanhamento, preparação e informação, de forma a desenvolver competências que lhe permitam lidar de forma eficiente perante as situações com que se deparam, minimizando o desequilíbrio familiar, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Deve-se realçar a intervenção dos enfermeiros, no sentido da informação e da continuidade dos cuidados no domicílio. (MOREIRA Isabel 2001). Perante uma situação de dependência de um familiar, a forma como a mesma desenvolve capacidades, mobiliza recursos, sejam internos ou externos, é diferente em cada família no ultrapassar ou minimizar a situação de crise.

Como refere SEQUEIRA (2007) O resultado do processo de cuidar de um idoso dependente está estreitamente ligado com as capacidades adaptativas da família. O enfermeiro e a família podem em conjunto criar rotinas de adaptação à situação, conseguindo um padrão de desenvolvimento familiar eficaz, de modo a que esta consiga perceber, como cada membro está a ser afectado perante mudança. (HANSON, 2005). Nos primeiros contactos com a família, é fundamental uma colheita de dados que abranja vários aspectos, inclusive o ambiente doméstico, dificuldades mencionadas ou identificadas e escassez ou não de recursos financeiros. Devemos ainda considerar os recursos disponíveis em relação ao ambiente físico, aos equipamentos como o uso de acessórios e ao recurso pessoal, compreendido como enfermagem, família, serviços de apoio, entre outros. Ponderando alguns factores identificados que naturalmente facilitam este processo de transição da família, particularmente o conhecimento e habilidades que a família possui, a disponibilidade para assumirem um novo papel, o suporte entre os diferentes elementos da família, a existência ou não de experiência prévia como prestador de cuidados e ainda a rede de apoio que naturalmente interferem no processo de adaptação.

A visita ao domicílio, constitui-se como uma excelente ocasião na qual são analisadas as possibilidades de se fazer sugestões de adaptações na residência e de aquisição de materiais, equipamentos necessários aos cuidados em casa. Pode implicar modificações na estrutura física da habitação para criar um ambiente propício. O processo de adaptação, envolve alterações nem sempre fáceis de serem realizadas frente a escassez de recursos financeiros e de apoio familiar, a adaptação nalguns casos abrangeu também a mudança para a casa do familiar cuidador. Considerando isto face às respostas muitas vezes insuficientes por parte da RNCC, salienta-se a importância crescente dos cuidados que a família pode assumir e como os enfermeiros podem intervir em contexto domiciliário, no provir das necessidades sentidas e identificadas.

No geral, as famílias consideram-se funcionais; no entanto, para assumirem ao papel de cuidador existem mudanças no seu papel social, nas actividades de lazer e, em alguns casos, na

actividade profissional. A falta de preparação para o cuidado gera no cuidador ansiedade que é substituída por confiança a partir do momento em que se consegue estruturar e perceber o cuidado de outra perspectiva. É primordial o auxílio sobretudo a intervenção e educação para a saúde da família cuidadora, para uma adaptação adequada, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos familiares, pressupõe no entanto estabelecer uma relação empática que o permita.

A família deve ser entendida quando os cuidados excedem as suas capacidades, muitas vezes, esta é a primeira a assumir a sua impotência perante os cuidados que são exigidos e com o evoluir da situação. Cuidar em família um doente com dependência leva a alterações na vida familiar, como o aumento de “trabalho”, menos horas de descanso salientando que possuem todas as outras tarefas que tinham até aqui, conseqüentemente, diminui a disponibilidade para os restantes membros da família e para si próprios. A falta de descanso pode ser responsável pelo aparecimento de problemas, pelo receio que o avanço da doença pode causar, a falta de forças ou considerarem que não têm capacidade para atender a todas as necessidades (MOREIRA, 2001). “A situação de prestação de cuidados ao idoso dependente gera, frequentemente problemas de stress, de saúde mental e física, sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação e uma preocupação constante em quem cuida deles” (FIGUEIREDO, 2007 p.154).

Quando há uma mudança no seio da família a vulnerabilidade e a incerteza podem ser vivenciadas. Estas modificações no funcionamento familiar e a necessidade de adequação a novas situações, associada a incerteza de responder adequadamente podem expor a família ao stress, em que os cuidadores referem cansaço, desgaste. A intervenção de enfermagem deve ter como estratégia de diminuir o impacto provocado pela dependência de um dos membros da família e, desta forma, promover a saúde familiar. O facto de um elemento da família desencadear um processo de dependência altera a dinâmica familiar o que implica uma adaptação e adequação por parte da família, a dependência foi abordada por intermédio de estratégias de promoção da saúde até o estabelecimento de redes de apoio a cuidados de longa duração na comunidade. CALDAS, Célia (2000 p.777) indica que “a família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informações. O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde.” Além disso, é importante o suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio, sabendo por outro lado, que a família cuidadora necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso (caso se verifique necessário).

Ao reflectirmos nos cuidados prestados, neste âmbito com as famílias, concedemos realce à importância e necessidade de encarar as famílias como um todo único e como um sistema. Sistema que tem de se adequar, para dar a melhor resposta ou a possível face a situações inesperadas com que as famílias se deparam, nomeadamente situações agudas de dependência, independentemente da causa. Segundo CARTER, Betty E MACGOLDRICH, Mónica (1995) No caso de situações de dependência com início agudo, as mudanças efectivas ocorrem num tempo muito curto. Isso exige uma mobilização mais rápida da capacidade de gerir a crise. Algumas

famílias estão mais adequadas para lidar com esta mudança brusca. CALDAS (1995 p.778), refere que “a sobrecarga física, emocional e socioeconómica do cuidado de um familiar é imensa. E não se deve esperar que os cuidados sejam entendidos e executados correctamente sem que os responsáveis pelo paciente sejam orientados. Constituiu-se como fundamental na continuidade dos cuidados a supervisão do cuidador até que a família se sinta segura para assumir o cuidado”. A família deve ser preparada para lidar com os sentimentos inerentes a esta responsabilidade, seja culpa, frustração, raiva, depressão. Educar é uma das funções do enfermeiro e, para tanto, construir estratégias com vista à melhoria da saúde é uma das acções que torna a Enfermagem de Família importante na mudança de atitudes diante de situações de dependência.

Preparar o familiar para os cuidados no domicílio por meio da educação, é uma estratégia que visa à manutenção ou melhoria do estado de saúde. Ajuda-se a família, a cooperar, aprender a resolver problemas, à medida que se defrontam com novas situações, buscando-se favorecer a expressão de ansiedades, dúvidas e promover assistência conjunta à família, para uma adequada prestação de cuidados. As orientações necessitam ser acções programadas de acordo com a realidade com intuito de minimizar inseguranças, melhorando a qualidade de vida social e familiar e prevenir complicações. No entanto, também é verdade que cuidar de um idoso dependente exerce diferentes impactos sobre os cuidadores: “apesar de o bem-estar de alguns ser desfavoravelmente afectado, outros parecem conseguir minimizar ou mesmo evitar esses danos” FIGUEIREDO D. (2007 p.172). A adaptação para o exercício do papel de prestador de cuidados é bastante complexa, a intervenção passa por gerir o ambiente, lidar com as alterações emocionais, preparar a família, sendo necessário otimizar a sua resposta e aperfeiçoar os cuidados que prestamos para melhor preparar as famílias. Para além do exercício do papel de cuidador existe também a transição para uma nova vida, a disponibilidade, abertura e capacidade de adaptação diferem de família para família. A enfermagem de família desempenha um papel fundamental, em conjunto com a família na adaptação satisfatória perante a crise, e na diminuição do *stress*, o conhecimento da família, estrutura, organização, estratégias de coping é essencial, bem como o acompanhamento contínuo e sistemático não só numa fase inicial, em que os cuidados de Enfermagem são mais solicitados, mas, numa fase posterior uma vez que as necessidades da família vão-se alterando com o evoluir da situação. Prevenir possíveis complicações, orientar sobre a melhor forma de conduzir o cuidado, identificar os temores e a ansiedade dos familiares em relação ao cuidado, acrescentar conhecimento, tranquilidade e apoio aos familiares possibilita à família cuidar com a certeza de que estão fazendo o melhor. O plano de enfermagem não é estático e portanto, requer uma revisão contínua e colheita de dados adicionais a partir da avaliação inicial, (retomada nos contactos subsequentes com o objectivo de identificar alterações).

A doença não afecta somente a pessoa, mas também a família é realmente importante acreditamos que promover o envolvimento da família no cuidado é de extrema importância. Nesta dinâmica, vivenciamos a importância da análise da necessidade de cada pessoa e da sua família, com vista à selecção das orientações mais adequadas, tornando-os receptivos à troca de

conhecimentos. Os enfermeiros de saúde familiar ocupam uma posição privilegiada para oferecer suporte a todos os membros da família enquanto cuidadora, numa abordagem adequada a cada situação específica, englobando tanto as necessidades de cuidados da família como um todo, bem como da pessoa dependente. Como elemento de saúde mais próximo das famílias, o seu papel inclui também a mobilização de recursos tanto de saúde como sociais, de forma a apoiar os familiares neste processo de adaptação. A intervenção deve considerar sobretudo a aquisição de conhecimentos e habilidades para o cuidado, bem como intervir ao nível do stress e insegurança para uma adaptação mais adequada. O coping, e o desenvolvimento de habilidades para desempenhar cuidados com competência, são essenciais.

A crise que se instala no seio familiar implica o desenvolvimento de capacidades, potenciar formas de resolução dos conflitos e problemas emergentes, considerando os costumes e valores na especificidade de cada família. Devemos reflectir sobre as restrições do cuidar no domicílio efectuado pelos familiares, considerar as suas capacidades, ponderar as situações em que os cuidadores familiares estão limitados na sua capacidade de resposta, que apoios podem ser mobilizados. É necessária uma rede de apoio formal que vá ao encontro às necessidades da família, numa verdadeira articulação, para rentabilizar recursos e melhorar a qualidade dos cuidados, esta articulação deverá ser planeada, de acordo com as necessidades, precedida de diagnósticos de situação. É importante valorizar a participação da família na manutenção e promoção da saúde, com o objectivo de tornar a família cuidadora mais capacitada para prestar cuidados com qualidade. No contexto da temática há ainda a considerar a sobrecarga do cuidador ao longo do desempenho do seu papel. NGNUYEN, Mai (2009), considera que a sobrecarga do cuidador pode ser vivenciada de modo diferente por cada cuidador, dependendo dos mecanismos de coping do cuidador em relação às demandas do cuidado, ao seu nível de stress.

Só em plena interacção como profissionais, com a família e com cada elemento individualmente na prestação de cuidados nos domicílios, na comunidade em que estão inseridos é que efectivamente se intervém na família numa perspectiva sistémica, distinguindo que o desequilíbrio ou alteração num elemento da família tem relação directa com a alteração de toda a dinâmica familiar. Na intervenção nem sempre existe consenso entre os diferentes elementos da família, considerando ainda a percepção individual face aos mesmos problemas e diferentes soluções, nalgumas ocasiões pode converte-se num caminho árduo. Por outro lado, é necessário ter sempre presente que a família dispõe de capacidades, habilidades ou potencialidades para lidar com as situações, com que se depara, há que atentar os atributos familiares básicos, os recursos de cada um dos membros e da comunidade (vizinhos, amigos, escola, igreja, centro de saúde e outros). É muito importante considerar a percepção da situação, por parte dos diferentes elementos da família e as condutas e estratégias de superação usadas, no decorrer do ensino clínico com a sucessão de visitas efectuadas, (acompanhamento constante) torna-se claro que, à medida que estas ganham confiança com os profissionais de saúde, a colheita de dados torna-se mais fácil, efectiva, permitindo colher dados de modo sucessivo e complementar. Só é possível um

conhecimento mais profundo das famílias quando se adquire a sua confiança e com o conhecimento acumulado ao longo do tempo, essencial para uma intervenção o mais possível direccionada aos problemas anteriormente identificados.

É indiscutível a importância da visibilidade da intervenção junto de famílias, no sentido de uma adaptação e adequação mais efectiva face a uma situação de transição situacional (crise), há necessidade de adequação a uma nova realidade, aprendizagem de novos conhecimentos, alteração de responsabilidades e rotinas. Facilitar e capacitar as famílias ao longo deste processo, promovendo a adaptação a novas situações é fundamental, considerando ainda a importância de intervir, em situações transicionais, ou situação de transição saúde/doença de acordo com a especificidade de cada família. Conforme é referido pela OE (2009 p.38), O enfermeiro de saúde familiar “ desenvolve o processo de cuidados em colaboração com as famílias, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.” A intervenção precoce junto das famílias neste âmbito pode trazer muitos ganhos em saúde à família como um todo, no encontro de um novo equilíbrio ou seja na adequação a novas situações. Neste ponto, pela fragilidade e alteração do equilíbrio e da dinâmica familiar, a intervenção de enfermagem assume um papel fundamental que deve ser destacado, de modo a facilitar a adaptação da família.

O enfermeiro “Considera a família como unidade de cuidados promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento” (OE 2009 p.37). Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista da família e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas face ao impacto produzido na transição para situação de dependência e como esta influencia a dinâmica familiar.

1.2-Capacitar a Família -Experiência promotora de Competências Específicas

Configura-se como uma meta, complementar os conhecimentos, desenvolver competências de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar, permitindo uma intervenção mais aprofundada e direccionada. Com o intuito de tornar este aspecto consistente, no sentido de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados é fundamental reflectir partindo de um suporte norteador nomeadamente ao nível das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. Nesta lógica, saliento o trabalho efectuado no ensino clínico neste processo de formação e desenvolvimento de competências, percurso iniciado em contexto académico, complementado com momentos de “autoformação “. A consecução dos objectivos propostos, durante os meses de ensino clínico, numa perspectiva de complementaridade com os conhecimentos adquiridos na teoria, obtenção de novas competências, constituiu-se essencial para a operacionalização deste relatório, permitindo o enriquecimento pessoal e profissional.

Numa dinâmica de interacção entre a teoria e a realidade prática, a aquisição de competências, os conhecimentos, o desenvolvimento e as experiências, perspectivam-se como uma oportunidade de formação dirigida ao interesse e às expectativas pessoais de cada um para uma intervenção mais adequada. Privilegiou-se intervir sobretudo em famílias que

correspondessem a temática que se pretendia abordar, (transição para dependência) direccionando nesse sentido. Considerando, como principal objectivo, o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da saúde Familiar, é de realçar que o desenvolvimento do conhecimento especializado é de vital importância. Com o intuito de obter um conhecimento mais direccionado, aquisição e desenvolvimento de competências ao nível de saúde familiar, o ensino clínico revelou-se como um meio privilegiado para a consecução dos objectivos propostos. O delinear de um conjunto de actividades de formação, pesquisa e prestação de cuidados às famílias na comunidade, possibilitou a compreensão da realidade, sistematizando os conhecimentos adquiridos para uma intervenção mais adequada.

No campo das competências é fundamental analisar primeiramente no domínio de competências comuns da especialização da Enfermagem e posteriormente no domínio das competências específicas. Nestes meses de formação, tendo como linha orientadora as actividades e os objectivos propostos, ambicionou-se que os mesmos reflectam directa ou indirectamente um incremento da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados; Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais. Esta visibilidade constatou-se perante actividades como: Optimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; Avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão; Participação em projectos institucionais na área da qualidade, para melhoria contínua; Realização de pesquisa bibliográfica; Consulta de documentação relativa a protocolos existentes na USF; Identificação de área pertinente para posteriormente se desenvolver novo protocolo, na lógica do proposto; De modo a desenvolver as competências comuns foi elaborada o protocolo de actuação nas visitas domiciliárias à pessoa em situação de dependência, face ao diagnóstico efectuado, no que concerne uma área de maior necessidade/ carência identificada no campo de estágio, respondendo ao nível da melhoria contínua e gestão de cuidados (Anexo IX).

Foram desenvolvidas competências específicas relativas à especialização em Enfermagem de Saúde Familiar ao nível avaliação e intervenção na Família com a finalidade de promover o desenvolvimento profissional em Enfermagem de Saúde Familiar. A experiência adquirida no ensino clínico, tendo também com fio condutor as actividades decorrentes dos objectivos propostos, possibilitou construir experiências significativas de aprendizagens mobilizando e relacionando teoria e prática, transversalmente pela caracterização e intervenção nas famílias com suporte na operacionalização do MDAIF. De modo a permitir consolidar e incrementar o conhecimento, para o desenvolvimento tanto das competências comuns como específicas, foi traçada uma estratégia; primeiramente delinear uma temática e posteriormente ir sistematizando e consolidando este percurso de modo gradual, até à intervenção. Partindo da temática “Capacitar a família na adaptação ao papel de cuidadora perante situações de dependência aguda.” Centrando posteriormente na prestação de cuidados especializados, assim como na Enfermagem de Saúde Familiar. Partiu-se da premissa que o Enfermeiro Cuida da família como Unidade de Cuidados, mais especificamente; “Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas

propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica.” (OE 2010 p.3); “Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais, inerentes ao ciclo vital” (OE 2010 p.3); “Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação dos seus membros em todas as fases do mesmo” (OE 2010 p.3). Salienta-se, que o Enfermeiro: Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida, ao nível da prevenção primária secundária e terciária. Em particular:” Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto de prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento” (OE 2010 p.3); “Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar” (OE 2010 p.4). “Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar” (OE 2010 p.4).

Tendo por base as unidades de competência anteriormente referidas, especifica-se de seguida os critérios de avaliação de maior relevância face ao efectuado em ensino clínico, ainda que os restantes também tenham sido mobilizados, perante a temática e o projecto de estágio que se apresenta no anexo IX. “Identifica a família como um sistema constituído por subsistemas e fazendo parte integrante de supra sistemas mais amplos” (OE 2010 p.3). “Reconhece os factores de stresse familiares que implicam transições situacionais e de saúde/ doença, que ocorrem no seu percurso de desenvolvimento” (OE 2010 p.3). “Utiliza modelos conceptuais de enfermagem de família que orientam tanto para a colheita de dados como para o planeamento de intervenções” (OE 2010 p.3). “Identifica os recursos de coping da família para resolver eficazmente as crises associadas aos processos de transição” (OE 2010 p.4). “Aplica instrumentos que permitem a sistematização na avaliação familiar” (OE 2010 p.4). “Faz uma avaliação da dinâmica e ecológica da unidade familiar, integrando uma perspectiva sistémica” (OE 2010 p.4). “Faz o diagnóstico de necessidades específicas da família com base nos problemas percebidos pela família e considerando os dados colhidos relativos à família como um todo, aos subsistemas e aos problemas de saúde individuais” (OE 2010 p.4). “Colabora com as famílias e seus membros para enfrentar as alterações da situação de saúde, e abordar situações de stress, deficiência e morte” (OE 2010 p.4). “Mobiliza com a família outros recursos para a maximização do seu potencial de saúde” (OE 2010 p.4). “As intervenções de enfermagem integram respostas afectivas e cognitivas que decorrem no contexto da interacção entre o enfermeiro e a família” (OE 2010 p.4). Considerando os diferentes focos, na dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional e os critérios diagnósticos, efectuaram-se intervenções tendo por base o MDAIF, que orientam e permitem a consecução do desenvolvimento das competências específicas da Enfermagem de Saúde Familiar. Não se apresentam as intervenções efectuadas, por se tornar demasiado exaustivo e não se coadunarem com os objectivos deste relatório.

Seguindo estas linhas orientadoras, todo o percurso efectuado em ensino clínico permitiu um desenvolvimento evolutivo das competências, cimentado no dia-a-dia. Constituiu-se numa

jornada pioneira pois a Enfermagem de Saúde Familiar ainda se encontra numa fase de afirmação, confirmada pela (ainda) inexistência de Especialistas nesta área, neste sentido aponta-se como uma “dificuldade” (ainda que inultrapassável neste etapa), a orientação do ensino clínico por uma Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no sentido de dificultar a reflexão sobre o progresso de competências específicas de Saúde Familiar, durante o percurso efectuado e no trabalho agora exposto. Por outro lado tem de se valorizar a motivação, esforço e mérito empreendido em iniciar um percurso inovador por via do desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar e das competências específicas associadas, constituiu-se então como uma etapa inovadora de “descoberta”, que no entanto se demonstrou exequível, pelo que é um percurso a ser enaltecido por aqueles que o desenvolveram.

Face a famílias com necessidades de cuidados e intervenção de Enfermagem, encarar as mesmas como um sistema de modo a discernir quais as intervenções que globalmente estabelecem a resposta mais adequada a todos os elementos constituem um desafio e ao mesmo tempo uma conquista. Ir mais além do suprir das necessidades imediatas do elemento dependente, ainda que muito importante, fica aquém do que se pretende. Compreender os padrões de resposta da família como um todo, as opções tomadas face aos problemas inerentes, perceber como estes afectam em “teia” ou “rede” todos os elementos da família mostra-se essencial para uma intervenção mais adequada e direccionada, considerando no entanto que cada elemento da família vivencia a mesma situação de modo distinto. Pelo exposto e pela reflexão realizada encontra-se em evidência o efectivo desenvolvimento de competências específicas face às necessidades da família, na formação clínica que permitiram actuar em distintos níveis, desenvolvendo conhecimentos e aptidões. Intervir, mobilizar, estar com, actuar em conjunto com família, perspectiva-la como um sistema, alvo dos cuidados de enfermagem constituem verbos e acções que conduziram a essa finalidade. Todo este percurso efectuado ao longo do ensino clínico, constituiu-se numa busca constante de conhecimentos para uma intervenção em Enfermagem de Família sustentada no desenvolvimento de competências específicas, adquirir e consolidar as mesmas está directamente relacionado com a melhoria contínua e qualidade dos cuidados. A ênfase neste processo é colocada nas actividades procuradas para corresponder aos objectivos propostos, adquirindo o desenvolvimento das competências esperado.

2- FAMÍLIA E ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: PONTO DE PARTIDA PARA UMA ENFERMAGEM AVANÇADA

Com o intento de fundamentar, estruturar, e complementar a análise das actividades planeadas, os objectivos do ensino clínico a par com a elaboração do relatório, na continuidade do projecto de estágio, torna-se pertinente efectuar uma revisão de alguns conceitos. Esta necessidade surge também com a prática clínica, pois com este aprofundar e delinear de conceitos, pretende-se conceder visibilidade e proporcionar uma panorâmica do caminho percorrido, constituindo-se com um imperativo de acordo com a particularidade de Saúde Familiar. Deste modo, a conceptualização pretende abordar tópicos relevantes em torno da temática a abordada, mobilizando conceitos relacionados, direccionada a partir da pergunta PICO, no sentido de legitimar o trabalho a partir de um suporte fundamental.

É lógico, inicialmente enquadrar a família, partindo posteriormente para outros conceitos inerentes ao tema em questão que permitem compreender a base na qual se ambiciona efectuar este trabalho, sendo essenciais para a reflexão que se pretende.

GOMES, M.; (1999) define que a família é um grupo de pessoas com características distintas formando um sistema Social, baseados numa proposta de ligação afectiva, estabelecendo relação de cuidado ao longo da vida. A unidade familiar representa ainda as inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. RELVAS, (2000 p.10), refere que a “família é, deste modo, entendida como um sistema, um todo, uma globalidade que só nesta perspectiva holística pode ser correctamente compreendida”. A dinâmica própria da família, é um aspecto a considerar na intervenção do Enfermeiro considerando, como menciona ALARCÃO, Madalena (2000) que o sofrimento de um dos membros tem consequentemente repercussão no comportamento de toda a família. Na lógica da família enquanto sistema, HANSON, (2005 p.10), alude que (...) “a perspectiva de sistemas assume que os sistemas familiares são maiores do que e diferentes da soma das suas partes. O sistema familiar é um todo organizado e os indivíduos na família são interdependentes e interactivos.” ALARCÃO (2000) menciona ainda que a vida da família é algo mais do que a soma das vidas de cada membro, pelo que tem sentido considerar a interacção e o seu desenvolvimento como sistema global.

Cada família passa por distintas fases, neste sentido quando nos referimos a família é importante salientar o ciclo de vida Familiar. Para RELVAS, Ana (2000 p. 17) “O ciclo vital da família expressa e íntegra uma perspectiva desenvolvimentista: representa um esquema de classificação em estádios que demarcam a tal sequência previsível de transformações,

diferenciando fases ou etapas”. “Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos seus problemas (...)” (FIGUEIREDO, 2009 p.32). “Tornando-se 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”. (FIGUEIREDO, 2009 p.32)

Um outro aspecto, com que as famílias se deparam ao longo do ciclo de vida, passa por desenvolver aptidões e habilidades que lhes permitam ultrapassar dificuldades e, aprender a lidar com situações e conseqüentemente a desenvolverem-se. (RELVAS, 2000). Para BONILLA, (citado em MOREIRA, 2001) a doença de um dos seus membros vai tornar-se em doença familiar pois todos sentirão a sua influência negativa e as suas conseqüências. Assim, o início da doença constitui uma situação de mudança para o sistema familiar, pois implica na família um processo de ajustamento da sua estrutura, papéis, padrões de comunicação e das relações afectivas dos seus membros.

Para mencionarmos Saúde Familiar, é importante defini-la, assim segundo HANSON, (2005 p.7) “...A saúde familiar é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os factores biológicos, psicológicos, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar.” HANSON, (2005 p.7) expõe conjuntamente que a “avaliação da saúde familiar envolve a avaliação simultânea dos membros da família e de todo o sistema familiar”.

Segundo ROY cit in (TOMEY, A. e ALLIGOOD, M. 2004), a Enfermagem é uma profissão de cuidados de saúde que se centra nos processos de vida, enfatiza a promoção da saúde tanto para indivíduos, como grupos e sociedade. Atendendo ao preconizado pela (OE, 2009 p. 37), “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.” Situações súbitas de dependência pressupõem rápida adaptação da família pelo seu carácter de imprevisibilidade, aumentam a necessidade de cuidados de saúde, nomeadamente no domicílio, prestados por familiares. “Os processos de adaptação a novas situações, sejam elas internas ou externas, a fim de assegurar a continuidade da família, encontram-se revestidos de mais ou menos stress (MARTINS 2002 CIT IN FIGUEIREDO 2009 P. 95)”. Os padrões transaccionais tendem a alterar-se ao longo do desenvolvimento da família. Os momentos de transição na família, como a entrada de um membro dependente exigem reorganização, para que sejam realizados os objectivos que levam a família a adaptar-se com êxito, face à mudança imprevista.

Neste encadeamento, CHICK Norma & MELEIS (1986 p.239) definiram transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”, que implica um processo uma direcção e alterações nos padrões fundamentais da vida. Para ZAGONEL, Ivete (1999 p.30) “A transição permeia todos os momentos da vida. Porém, estes momentos necessitam ser

enfrentados através de comportamentos que possibilitem o cuidado particularizado a cada situação vivenciada, nas suas possibilidades de vir a ser consigo mesmo e com o outro”. A mesma autora, refere ainda que “(...) o processo de transição é desencadeado por eventos de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença ou outros, que numa fase aguda inicial provocam crise. Esse processo exige (...) a utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte no enfrentamento e adaptação para a resolução bem sucedida de desajustes, conflitos, desorganização ou desarmonia, (...)”. Alguns incidentes críticos, como algumas doenças ou acidentes podem limitar a capacidade de realizar as actividades de vida, levando a um limiar de dependência e incapacidade. Na perspectiva de HANSON (2005) Isto frequentemente requer adaptação por parte de toda a família, que é conseguida através da comunicação, da tomada de decisões, e de outras estratégias de coping.

Entende-se por dependência a “ (...) situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária “ (DECRETO LEI 101/2006 nº 108 p.3857). Segundo a CIPE® (2003 p. 93), “Um fenómeno de enfermagem avaliado em relação à dependência é um fenómeno de enfermagem com as características especifica: verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte”..

Perante um maior grau de exigência e responsabilidades acrescidas, como resposta às situações de dependência, a família tem de se adequar face ao factor gerador de *stress*. (ALARCÃO 2000) salienta que toda a mudança causa *stress*. LAZARUS, Richard & FOLKMAN, Susan (1984) definem *stress*, como uma relação particular, dinâmica e bidireccional entre a pessoa e o meio, que é avaliada como afectando o bem-estar, porque excede os recursos adaptativos e para a qual o individuo não possui respostas prontamente disponíveis.

O enfermeiro deverá estar atento ao modo como a família consegue mobilizar os seus recursos para ultrapassar as crises, a sua adaptabilidade, o que emerge da sua dinâmica. Nesta linha de pensamento torna-se relevante aludir ao *stress* de prestador de cuidados, coping familiar e crise, no contexto dos cuidados. *Stress* do prestador de cuidados, conforme a CIPE® (2003 p.51) “é um tipo de coping com as características específicas: disposição que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados.” Crise segundo a CIPE® (2003 p.50) é um tipo de Coping com as características específicas: “(...) uma situação temporária de desequilíbrio, tensão, comunicações ineficientes, dificuldade na resolução de problemas, no reconhecimento das mudanças e recursos e no reconhecimento ou utilização das redes de suporte externas, associada a acontecimentos de perda ou de *stress*, como a morte ou divórcio.” ALARCÃO (2000) menciona que, quando um elemento na família se encontra sob *stress*, os

restantes elementos também sentirão esse *stress*. ÉVORA (1999 p. 132) relata que “no exercício quotidiano da enfermeira faz-se necessário que sejam reconhecidos os factores desencadeantes das condições “agudas” e “crónicas”, que permitam indicar as estratégias adequadas (...) quer nos momentos de dependência total, quer nos de independência.”

No seguimento, conforme salienta FRIEDMAN, (1992), cit por HANSON (2005 p.118). “O Coping familiar é definido como as respostas apropriadas, positivas, eficazes, cognitivas e comportamentais, que as famílias e os seus subsistemas utilizam para resolver um problema ou reduzir o stress produzido por este ou por um acontecimento” De acordo com MCCUBBIN, 1993; cit. Por HANSON (2005 p.137) coping são: “Estratégias, padrões e comportamentos familiares concebidos para manter ou fortalecer a família como um todo, manter a estabilidade emocional e o bem-estar dos seus membros, obter ou usar os recursos da família e da comunidade para lidar com a situação, e encetar esforços para resolver as necessidades da família criadas por um factor de tensão”. FRIEDMAN e FERGUSON (1996) cit. Por HANSON (2005 p.118), salientam que “as estratégias de coping podem ser internas ou externas. (...) as internas contam com os recursos dentro da família, e as externas com os recursos e apoios fora da família.” BRITT, Hedmanahlstron; INGELA Skarsater; ELLA Adielson (2009) mencionam que é fundamental que os profissionais de saúde promovam a saúde da família, junto dos seus membros, de acordo com as suas estratégias de coping. A CIPE® (2003 p.50) define adaptação como “um tipo de autoconhecimento com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios.”

CARTER e MACGOLDRICH (1995) mencionam que as doenças podem ser divididas entre aquelas que tem um início agudo e aquelas que tem um início gradual. Importa definir o que se entende por agudo, segundo a CIPE® (2003 p.122) “ (...) um tipo de fenómeno de enfermagem que tem como características específicas: Ocorrer durante um intervalo de tempo curto, com início abrupto ou súbito”. 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.

Após a revisão efectuada, no sentido de valorizar o enquadramento do trabalho, irei fazer uma breve referência a alguns aspectos mais específicos, nomeadamente envelhecimento, cuidar, cuidadores. COLLIERE, Marie (1989 p.236) refere que “cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. Parafraseando SCHOENMAKERS; BUNTINX; LEPELEIRE; (2009) “Cuidar implica um confronto contínuo com situações problemáticas, imprevisíveis. Tem de serem desenvolvidas estratégias de coping para os cuidadores lidarem com estas situações”. Por cuidador, SANTOS, Maria Isabel (2006) relata que são cuidadores, todos os que dispensam cuidados a terceiros e existem vários tipos de cuidadores.

O envelhecimento, passível de potenciar situações de dependência com mais frequência, é referenciado de seguida, para um seguimento mais completo do trabalho. De acordo com

FONSECA, António (2004 p.53) “O envelhecimento é um (...) processo bio-psico-social de cariz individual, (...) o envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhes estão inerentes.” NGUYEN (2009) menciona que à medida que a população envelhece, a necessidade tanto de cuidados formais como de cuidados informais nos adultos aumenta.

2.1- Modelos de Enfermagem e Enfermagem de Família - Convergência do Saber

A adopção de referenciais teóricos como suporte das intervenções oferece sustentabilidade, valoriza e, simultaneamente, orienta para a eleição das medidas mais sensíveis à intervenção implementada, facilita a avaliação das intervenções e naturalmente a qualidade dos cuidados. Partindo de uma abordagem que entende a família como unidade de cuidados, adoptou-se o MDAIF como referencial orientador das práticas, no entanto a abordagem a cada elemento da família (nível individual) é inerente, neste sentido o tema foi enquadrado de acordo com a teoria da Transição de Meleis, também pelos conceitos que mobiliza e que são convergentes com o tema em enfoque. Manifestando-se num ganho significativo no âmbito do trabalho desenvolvido, tornando a fundamentação mais pertinente valorizada e adequada, face aos objectivos do que se pretende da Enfermagem enquanto ciência e disciplina do saber.

O MDAIF surge: Da análise dos modelos em uso, a partir das representações dos enfermeiros, os discursos sobre as práticas com as famílias e a documentação desses cuidados, emergiu a reconstrução e operacionalização do modelo de cuidados à família como plano de acção para a mudança. Sustentado pelos pressupostos da enfermagem de família e pelas experiências e vivências dos enfermeiros nos seus contextos de acção com as famílias, (...). (FIGUEIREDO, M. 2009 p.99).

É ainda justificado pela autora FIGUEIREDO, (2009 p. 363) que “a evidência, assim como a experiência anterior no contexto clínico no âmbito dos CSP, levou-nos a enfatizar o MCAF como referencial de sustentação para a co-construção de um modelo ajustado ao contexto.” FIGUEIREDO, M. (2009 p.363) clarifica que “embora o estudo se tenha centrado numa abordagem maioritariamente indutiva, o início do processo de redefinição do modelo em uso baseou-se num processo dedutivo a partir do Modelo Calgary de Avaliação da Família.” Complementando, FIGUEIREDO, (2009 p.226) diz-nos que “o modelo apresentado pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, partindo da discussão alicerçada nos pressupostos da enfermagem de família, na sua vertente epistemológica, teórica, de investigação e prática.”

O Modelo adoptado diferencia-se do modelo que o sustentou apesar de partir da sua estrutura conceptual, caracterizando-se pela sistematização, fácil operacionalização na prática por ser flexível, e facilitar a interdisciplinaridade. FIGUEIREDO, (2009 p.264) corrobora, “referindo que a sua designação como MDAIF incorpora a dinamicidade e inter penetrabilidade das suas dimensões numa abordagem do sistema familiar.” FIGUEIREDO, (2009 p. 264) salienta, “que o mesmo possibilita o planeamento de intervenções, com a família, visando dar resposta aos

problemas identificados, através da promoção da mudança num ou em vários domínios do funcionamento da família: cognitivo, afectivo e comportamental”.

É sustentado por FIGUEIREDO (2009 p.264) que, “Pela sua operacionalização na prática, a sua utilização permitirá aos enfermeiros proporem intervenções que dêem resposta às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades”. Neste sentido, FIGUEIREDO (2009) reforça que face à especificidade e complexidade de cada família, como entidade caracterizada pela unicidade interaccional e funcional, aos enfermeiros compete a tomada de decisão relativamente às áreas de atenção que melhor se adaptam às características do sistema familiar. De acordo com, a mesma autora, (p.266) “ (...) os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Inerente a este princípio está o reconhecimento da competência da família para tomar decisões na gestão do seu funcionamento.”

FIGUEIREDO (2011 p.5), “salienta que face à especificidade e complexidade de cada família, como entidade caracterizada pela unicidade interaccional e funcional, aos enfermeiros compete a tomada de decisão relativamente às áreas de atenção que melhor se adaptam às características do sistema familiar.” Segundo esta autora; (p. 11) “A compreensão desta trajectória possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições, tornando-se a abordagem do ciclo vital fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem centrados na família.”

O MDAIF propõe três dimensões avaliativas, que no conjunto permitem efectuar a avaliação familiar explícita e abrangente, permitindo posteriormente intervenções direccionadas às necessidades da família. “A avaliação centra-se em três áreas distintas de atenção (avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional), cada uma definida por dados diversos de categorização. Pretende-se obter um conhecimento aprofundado da família, tendo em conta uma organização sistemática avaliativa, para direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar”. (FIGUEIREDO, 2009 p.268).

Perante o enquadramento teórico e a temática, a teoria da Transição de Meleis, surge como a mais congruente face aos conceitos que mobiliza e que são convergentes com todo o trabalho, trazendo deste modo um contributo bastante significativo para o mesmo. A enfermagem ocupa-se do processo e das experiências dos seres humanos que passam por transições onde a saúde é um resultado. MELEIS E TRANGENSTEIN Patrícia (2000). Conforme MELEIS et al, (2000) expõem, ao longo da evolução humana a pessoa experimenta mudanças e transições. As mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo geram um processo de transição que pode realçar o bem-estar, assim como, expor os indivíduos aos riscos acrescidos da doença.

Em conformidade com MELEIS et al., (2000), a teoria de médio alcance das transições fornece uma visão mais aprofundada sobre as transições, proporciona guidelines mais

específicos para a prática e orienta questões de investigação mais sistemáticas e coerentes. A teoria fornece a compreensão dos processos de transição e as respostas da pessoa aos mesmos. A teoria inclui três domínios: a natureza das transições, as condições das transições e os padrões de resposta. Ocorre como linha orientadora, de compreensão das distintas situações que afectam a dinâmica familiar, e os diferentes tipos de resposta, que a enfermagem pode e deve valorizar.

SCHUMACHER, Karen & MELEIS, (1994). Enfatizam que os encontros entre os clientes e os enfermeiros ocorrem frequentemente durante períodos transaccionais de instabilidade precipitadas por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. Estas alterações podem produzir profundas alterações na vida dos indivíduos e daqueles que lhes são significativos e têm implicações importantes no seu bem-estar e saúde. MELEIS et al. (2000), identificam quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem com os clientes individualmente ou com famílias: desenvolvimental; saúde/doença, situacional; e organizacional. Para MELEIS et al. (2000), implica a necessidade dos enfermeiros considerarem os padrões de todas as transições significativas na vida individual ou familiar, em vez de se focalizarem apenas num tipo específico.

Na conjuntura em que foi desenvolvido este trabalho, salienta-se sobretudo a transição situacional que envolve a ocorrência de acontecimentos inesperados ou não, e a transição de saúde - doença, perante a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, na qual o indivíduo se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação, instabilidade e alterações passageiras ou duradouras. A transição nalguns casos, é principada, por acontecimentos independentes e inesperados, noutros casos pode ser desencadeada por acontecimentos ou eventos mais ou menos programados, ainda que surjam como momentos de transição são-no de modo mais esperado.

O processo de mudança, de integração e aceitação requer uma atenção particular, impulsionadora na família de conhecimentos e capacidades. Quando se foca a transição pretende-se descrever um processo de mudança nos estados de desenvolvimento, alterações de saúde, mas também nas respostas à mudança. Nesta linha de pensamento a transição conota processos de adaptação à mudança ou acontecimento. Segundo a CIPE® (2003 p.50) “Adaptação é um tipo de autoconhecimento com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios.” É através da compreensão do processo de transição que os Enfermeiros estão mais capacitados no processo de adaptação das famílias. AZEVEDO, Ana (2010 P.43) “Ou seja, uma equipa de enfermagem deve ser dotada de sensibilidade e perspicácia pois, para além do conhecimento científico que fundamenta a sua prática, a enfermagem cuida no sentido de promover a adaptação do indivíduo a processos de transição a que se vê sujeito.”

MELEIS & TRAGENSTEIN (1994), aludem que, embora a transição não seja um conceito central inerente a muitas das teorias de enfermagem pode considerar-se congruente ou estar relacionado com os conceitos de adaptação (Roy); por esta convergência e complementaridade optou-se por enquadrar conjuntamente no trabalho a adaptação. Segundo ROY cit in TOMMEY e ALLIGOOD (2004 P.309) “As respostas de adaptação são as que promovem a integridade e

ajudam as pessoas a atingir os objectivos de adaptação; isto é, Sobrevivência, reprodução, mestria e transformações da pessoa e do ambiente.” A nova condição de dependência e os esforços na gestão do processo saúde/doença, para a enfermagem de saúde familiar é, neste âmbito, uma área fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção facilitadoras da transição e da adaptação. Segundo ROY cit in TOMMEY e ALLIGOOD (2004 P.309) “A adaptação ocorre quando a pessoa responde positivamente às alterações (...) promove a integridade da pessoa o que conduz à saúde.” CHICK & MELEIS (1986) enfatizam que a transição é iniciada, por eventos que vão além do controle individual ou pode ser procurada deliberadamente através de eventos como casamento, gravidez, ou outros. Se o indivíduo perceber a situação da transição como uma possibilidade de perdas e ganhos, isto pode auxiliá-lo na adaptação a essa mesma situação (MAAS e ZAGONEL, 2005 cit in AZEVEDO, Ana; 2010 P. 39)

Os enfermeiros são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados das famílias que se encontram num processo de transição, assim, têm em consideração as mudanças e as exigências que as transições acarretam (MELEIS et al. 2000). Para além disso, os enfermeiros são os prestadores de cuidados que preparam os clientes para a transição eminente e, são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença do cliente, conforme refere MELEIS et al., (2000). É fundamental uma avaliação precoce e intervenção dos enfermeiros de modo a facilitar a adaptação da pessoa e família à doença, esta deve constituir um aspecto elementar dos cuidados de enfermagem, de modo a que a família se adeque eficazmente à sua nova situação de vida.

ZAGONEL, (1999 p. 30), Constata que “os vários eventos que permeiam a vida das pessoas exigem respostas para que estas possam ultrapassar momentos de instabilidade, as mudanças de auto-estima, as mudanças de desempenho de papéis, a ansiedade, a depressão e a insegurança, para alcançar o equilíbrio perdido”. Como respostas ao evento de transição, originam-se comportamentos que para CHICK & MELEIS (1986) podem ser observáveis ou não. Estas respostas englobam processos intra-psíquicos bem como o contexto sociocultural, referidos por MURPHY, S. A. (1990), como desorientação, stress, irritabilidade, ansiedade, depressão, e ainda alteração no auto conceito, no desempenho de papel, na auto-estima e outros. Nesta linha de pensamento, ZAGONEL (1999 p. 29) refere “que conhecendo estes padrões o enfermeiro pode avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica frente aos eventos de transição, objectivando restabelecer a conexão e instabilidade geradas”.

Conforme MACHADO (2004 p.29) relata, “vislumbrar todas estas interfaces pelo enfermeiro é tarefa árdua que exige conhecimento, preparo, proximidade, atenção para que possa compreender o processo, antecipar intercorrências e implementar acções de cuidado transicional.” Parte da reflexão efectuada, situa-se como uma tentativa de motivar para uma prática de cuidados salientando os aspectos da importância dos processos de transição, que geram alterações. “A intervenção de enfermagem no cuidado transicional deve estar presente, concebendo ligações

teóricas e empíricas para enriquecer o conhecimento de enfermagem, visando o alcance de uma transição, mais saudável e adequada possível.” (ZAGONEL, 1999 p.30).

O cuidado com este enfoque acrescenta ao que já é realizado, revitalizando o ensino, a assistência, a pesquisa em benefício do cliente, razão de ser da profissão do enfermeiro. Assim, os enfermeiros procuram, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida (OE, 2003).

2.2- Família e Enfermeiro de Saúde Familiar: Parceiros no processo de adaptação ao papel de prestador de cuidados

Partindo de pesquisa efectuada, experiência adquirida, em conjunto com as evidências científicas mais actuais, (com recurso à RSL) pretendeu-se enfatizar e clarificar algumas ilações no que concerne à temática a abordar. ALARCÃO (2000) refere que ” (...) a família é parte de outros sistemas de contextos mais vastos com os quais co-evolui, tais como a comunidade ou a sociedade”. A OE (2010 p.1) constata que, “as famílias estão sujeitas a tensões quando os factores de stress (problemas) afectam as linhas de defesa da família. A reacção da família depende da forma como estes factores afectam a unidade familiar e da capacidade de adaptação da família em manter a estabilidade.” Para a OE (2010 p.1), “A reconstituição ou adaptação é a actividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais.” MINUCHIN, Salvador et al (1982) evidenciou que o grau de coesão da família é o factor de maior influência no bom êxito do suporte familiar.

Tendo em conta que situações de dependência tendem a aumentar, as famílias são hoje cada vez mais solicitadas para desempenhar o papel prestador de cuidados. JENNIFER L., DEBRA L., BARBARA G., LAURA N.(2009) Verificam que os cuidadores interagem com seus familiares doentes nas suas casas, comunidades e que as famílias estão envolvidas nos cuidados. A família pode ou tem de se reorganizar em termos de apoios a que eventualmente possa recorrer, dentro do agregado familiar ou mesmo pessoal externo como o apoio domiciliário, poderá ainda considerar com antecedência o espaço físico/ domicílio. Segundo SCHOENMAKERS, Birgitte et al (2009) o apoio domiciliário pode ser um processo dinâmico, onde o cuidador adquire ferramentas para lidar com situações problemáticas e adquirir uma sensação de controlo. A família assume no contexto da continuidade de cuidados de pessoas com dependência um papel muito importante, no entanto conforme salienta CÁRMEN, Andrade (2009 p.62), “é também reconhecido o impacto produzido (...) no desempenho do papel.”As famílias muitas vezes necessitam de estar em permanência junto do seu familiar, o que origina necessariamente uma readaptação no seio da família, levando muitas vezes à perda de emprego e papéis sociais, com implicações socioeconómicas. “ Nas doenças com um início agudo, existe uma tensão relativamente maior, na medida em que a família divide a sua energia entre proteger-se contra outros danos, desintegração ou perda através da morte e os esforços progressivos para aumentar o domínio, reestruturando-se

ou resolvendo o novo problema.” (ADAMS & LINDERMAN, 1974 Cit. In. MACGOLDRIC 1995 p. 375). Só em plena interacção como profissionais, com a família e com cada elemento individualmente na prestação de cuidados nos domicílios, na comunidade em que estão inseridos é que efectivamente se intervém na família numa perspectiva sistémica, percebendo mais facilmente que o desequilíbrio ou alteração num elemento da família tem relação directa com alteração de toda a dinâmica familiar, muitas vezes constitui-se como um caminho árduo, pois ao nível da intervenção nem sempre existe consenso entre os diferentes elementos da família, considerando ainda a percepção individual face aos mesmos problemas e diferentes soluções. Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista negocia com a família os recursos de apoio da comunidade e os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar.

A formação de uma nova consciência do cuidar na Família com a Família e para a Família, é essencial, na perspectiva de juntamente com os seus recursos e os da comunidade onde se insere, (que necessitam ser mobilizados), facilitar a família no sentido de estruturar o seu melhor projecto de saúde. As famílias provedoras de cuidados devem delinear soluções de ajustamento face às exigências a distintos níveis, incluindo aspectos de partilha de responsabilidades, encargos, estratégias de apoio e modos de cuidar, surgem muitas vezes conflitos e alterações do equilíbrio familiar, pois o contexto de cuidados é complexo. HÄGGSTRÖM, Elisabeth et al (2009) salientam que o empowrment dos cuidadores lhes dá maior capacidade de decidir sobre as alternativas no cuidar o que pode ser adquirido pelo ensino.

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. Os resultados obtidos, decorrentes das intervenções desenvolvidas com a família, correspondem a ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. (FRIEDEMANN, Marie 1999). BRITT et al (2009) focam a necessidade das enfermeiras terem uma perspectiva global da situação da família e envolver os membros da família enquanto apoiam e guiam a família.

Devemos distinguir o papel do cuidador familiar, reconhecer a sua dignidade, esta situação complexa, pode desencadear sentimentos e emoções diversos com influência na capacidade de facultar cuidados de qualidade, o mesmo pode necessitar de apoio físico e mental essencial para prestar cuidados contribuindo para o bem-estar das pessoas dependentes. HANSON (2005 p.48) salienta que “Partido desta perspectiva do stress familiar, o enfermeiro avalia o factor de stress, a definição da família sobre o acontecimento tenso, os recursos familiares, o coping da família e o grau de perturbação do funcionamento familiar (...)”. SHERWOOD ET AL, 2005 citado em NGUYEN (2009), declara que enquanto os cuidadores enfrentam os stressores devido aos intensos cuidados que providenciam, também enfrentam isolamento social conflitos familiares em relação aos cuidados, encargos financeiros e alterações emocionais. Estas mudanças têm implicações directas no bem-estar da família enquanto cuidadora. A estrutura, a função e o processo da família influenciam e são influenciados pelo estado de saúde de todos os seus

membros. As estratégias de coping que as famílias usam, influenciam a saúde familiar e o funcionamento da família. Estas desenvolvem-se e alteram-se ao longo do tempo, em resposta às causas do *stress* e às exigências sentidas.

LU; WYKLE, (2007), citados em NGUYEN (2009), enfatizam que pela contínua interacção com doentes e cuidadores, as enfermeiras estão numa posição excelente para identificar *stress* no cuidador e intervir através da educação e informação. Segundo HANSON (2005 p. 357), a avaliação da família sobre o factor de *stress* (...) “inclui as percepções e definições do factor de *stress* da família e das suas dificuldades subjacentes, bem como as percepções da família sobre os seus recursos disponíveis, e as acções necessárias para satisfazer as exigências e ganhar novamente o equilíbrio familiar”. As situações de dependência aguda, geradoras de incapacidades constituem situações de vida geradoras de *stress* familiar, aspecto relevante numa perspectiva de promoção da saúde dos membros da família e da família como um todo. . No seu processo de desenvolvimento, a família está sujeita a várias situações de pressão interna ou externa e depara-se com acontecimentos, uns previsíveis e outros inesperados ou imprevisíveis, que são geradoras de *stress*. Conforme refere ALARCÃO, (2000), citando MINUCHIN, essas fontes são inúmeras e advêm ou do contacto de um membro ou de toda a família com problemas particulares (fonte de *stress*), ou dos períodos de transição no ciclo de vida. Estas situações, têm em comum o facto de fazerem uma exigência de mudança com consequências na estabilidade do sistema, confronta-o com a imprevisibilidade e a necessidade de reajustes. FRIEDMAN, (1992) citada por HANSON (2005 p.118), salienta que ” (...) as estratégias de coping que as famílias usam influenciam a saúde familiar e o funcionamento da família. O coping familiar é definido como as respostas apropriadas, positivas, eficazes cognitivas e comportamentais, que as famílias e os seus subsistemas utilizam para resolver um problema ou reduzir o *stress* produzido por este ou por um acontecimento.” BRITT et al (2009) Declara que as famílias têm os seus próprios meios de coping face aos limites e possibilidades. NGUYEN (2009), relata que alguns cuidadores têm dificuldade em encontrar informação que os ajude a gerir o processo de doença do familiar. Para que o cuidado se torne eficaz salienta-se a importância do contínuo desenvolvimento da competência do indivíduo, com a sua participação activa, responsável e eficaz, com motivação essencial para cuidar de seus familiares dependentes”.

Em suma, a família predomina para o cuidado de idosos ou familiares dependentes no domicílio ainda que isso tenha consequências na reorganização e dinâmica familiar. Cada família tem a sua estrutura e suas funções, cada membro tem o seu lugar e os seus papéis, quando surge uma situação imprevista, nomeadamente situação aguda de dependência de um dos seus membros, toda a homeostasia familiar sofre alterações como resultado da crise familiar que se gerou, o que implica mudanças em todo o sistema familiar. O tempo e o esforço físico e psicológico que a família cuidadora emprega para cuidar do seu familiar dependente originam alterações, impondo assumir novos papéis e muitas vezes a prescindir de outros, neste âmbito a família tem

de se reestruturar. Cabe à família mobilizar as suas capacidades, recursos, conhecimentos, necessidades e disponibilidade face ao desafio com que se depara, no entanto cabe à enfermagem identificar junto com estas as suas necessidades particulares, face ao contexto específico de cada situação.

Perante a singularidade das famílias e a finalidade de capacitar a família na adaptação ao papel de prestadora de cuidados em situações de dependência aguda, efectuar a intervenção a um nível precoce, é essencial de acordo com as necessidades e os diagnósticos de Enfermagem efectuados. A articulação com outros profissionais, seja colegas, Técnicos do Serviço Social ou outros, mobilizando os recursos de acordo com a especificidade dos casos, é fundamental no sentido do melhor encaminhamento e como finalidade, ganhos em saúde para a família.

2.3- Capacitar a Família em situações de dependência aguda - Visibilidade da intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

Situações de dependência aguda/transição para família prestadora de cuidados pressupõem rápida adaptação da família e, pelo seu carácter de imprevisibilidade, aumentam a necessidade de cuidados de saúde, no domicílio, prestados por familiares. Deve ser facultada maior atenção às necessidades da família enquanto cuidadora, esta deveria constituir uma realidade das nossas práticas, pois muitos dos cuidados são prestados pela família e amigos, desempenhando um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados. Impõe-se uma resposta adequada, com o intuito de garantir a qualidade de cuidados, ganhos em saúde, consolidar os conhecimentos, bem como os resultados da intervenção do Enfermeiro de Família, enaltecendo a importância da intervenção neste campo de especialização. É imperativo demonstrar a importância de intervir, em situações de crise, de transição de acordo com a especificidade de cada família e os ganhos obtidos. É fundamental e indispensável por parte da Enfermagem de Família, assegurar o apoio necessário e disponível bem como acesso a apoio domiciliário, ajudas técnicas e o apoio dos distintos profissionais de saúde. De acordo com a OE (2010 p.1), “O foco dos cuidados são as dinâmicas internas das famílias e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intra-familiares e na interacção da família com o seu ambiente.”

Cuidar de um familiar pode ser emocionalmente exigente, afectar a saúde física e emocional. SHERWOOD et al, (2005) citado em NGNUYEN (2009), salienta que “Apesar do papel de cuidador poder ser exigente e stressante, muitos cuidadores não procuram assistência ou suporte de outras fontes.” Os cuidadores familiares muitas vezes por desconhecimento não recorrem aos profissionais de saúde em busca de orientações e ajuda nos cuidados, perante isto a enfermagem deve buscar identificar as dificuldades evidenciadas no quotidiano dos cuidadores e facultar informação e acompanhamento. JENNIFER L. W.; et al (2009) sugere que se deve treinar as famílias e apoiar nos cuidados domiciliários com benefícios notórios para os doentes. Torna-se

importante salientar que ao acompanhar as famílias no domicílio, os enfermeiros devem proporcionar assistência efectiva, colaborar para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades e facultar apoio perante factores geradores de sobrecarga. SCHOENMAKERS et al (2009) complementam que os cuidadores podem adquirir estratégias mais eficientes de enfrentamento por si ou através de formação pelos profissionais. De facto, de acordo com OE (2010 p.1), o enfermeiro é um prestador de cuidados que combina “a promoção da saúde, a prevenção da doença (...). É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta as suas necessidades e para o exercício das funções familiares.”

O enfermeiro de família com recurso ao MDAIF, torna-se autónomo para dar resposta e colmatar os factores existentes, para realizar a intervenção que mais se adequa. O enfermeiro pode e deve intervir junto com a família, como um meio facilitador e intermediário face aos recursos internos e externos e apoios sociais, que a mesma pode mobilizar ou recorrer. Segundo a OE (2010 p.1) o Enfermeiro “assume-se como o elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, assim como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias.” São inúmeros os factores a considerar na intervenção da Enfermagem na família como um sistema, é essencial considerar a mesma na centralidade dos cuidados. A intervenção de Enfermagem e o seu contributo junto das famílias em fases de transição é de extrema importância, promovendo a adaptação a novas situações. De acordo com SCHOENMAKERS et al; (2009) Oferecer apoio e conselhos para os cuidadores é uma questão importante na manutenção eficiente de situações de cuidados no domicílio. A supervisão e o suporte proporcionado pela Enfermagem, na promoção da adaptação, face ao modo como esta se organiza e aos recursos que dispõe e/ou mobiliza, é fundamental para uma maior autonomia das famílias no cuidar e nas estratégias que movimenta para se adequarem à situação mais eficientemente.

Uma adaptação eficaz da família no exercício do seu novo papel, impõe também respostas adequadas ao nível de Enfermagem antevendo situações de *stress* ou exaustão potencialmente impeditiva de exercerem adequadamente o seu papel, pelo que é essencial a continuidade dos cuidados no sentido de identificar eventuais lacunas tanto na intervenção quanto ao nível das próprias famílias. É relevante a importância crescente da intervenção da enfermagem de família capaz de promover de forma efectiva e eficaz a adaptação da família apoiando-a, consciente que as necessidades da mesma vão-se alterando ao longo do exercício do seu papel. No sentido de superar este momento de crise, mais especificamente quando confrontada com uma situação súbita de dependência incapacitante, a intervenção de enfermagem deverá ter presente o importante papel que desempenha no ajustamento da família, considerando que qualquer alteração num elemento afecta a totalidade do sistema familiar. Os Enfermeiros devem reflectir sobre as intervenções implementadas que melhor facilitem o processo de adaptação da família

cuidadora, face a uma situação de imprevisibilidade e de incerteza gerada pelo regresso a casa de um familiar ou convivente significativo em situação de dependência. A importância da Intervenção de enfermagem segundo

CÁRMEN, A. (2009 p.65) “passa pela promoção de competências para o desempenho do papel de prestador de cuidados e o desenho de intervenção no sentido da melhoria do bem-estar e coping; seja pela promoção do conhecimento teórico sobre a condição patológica do doente, pelo desenvolvimento de habilidades técnicas para a prestação de cuidados, pela formação associada a acções de suporte, ou por modelos de gestão do stress associado à responsabilidade pela prestação de cuidados a um familiar ou convivente significativo.”

De acordo com SANTOS, Sílvia (2003 p. 88), “Somam-se os medos e as incertezas das relações intra-familiares e, em alguns casos, a ausência de uma rede de suporte familiar.” No entanto a família funciona como um todo, com uma configuração de teia ou rede, perante uma mudança num dos seus membros, todos são afectados. ALARCÃO (2000) salienta que a família como sistema aberto, reagiria à mudança, (interna ou externa), através de uma série de mecanismos reguladores que a levariam ao seu estado inicial. Como é exposto por CELICH, Kátia; BORDIN, Alexandra (2009) Acredita-se que o enfoque na educação para o auto cuidado, seja um dos caminhos. CÁRMEN (2009 p.65), constata que, “(...) como estratégias para a promoção de bem-estar e coping verifica-se a utilização de medidas de suporte e de aconselhamento sobre gestão do comportamento e do stress, da técnica de resolução de problemas, do treino de habilidades”. Os enfermeiros têm um papel essencial no processo de adaptação da família a prestadora de cuidados, e no auxílio aos factores de stress na maior parte relacionada com a sobrecarga financeira, física ou emocional, associada à prestação de cuidados e as necessidades de informação com que a família se depara no desempenho de papel.

Perante a mudança (confronto com um elemento em situação de dependência aguda), existe uma alteração da dinâmica familiar e muitas vezes alteração dos papéis dentro da família, pois existe um acontecimento que se constituiu como gerador de crise. Os ajustamentos específicos necessários dependem da interacção com o membro em situação de dependência, do tipo de incapacitação, das exigências do papel anterior da pessoa dependente, da estrutura, flexibilidade e recursos da família. Factores elevadamente significativos no grau de *stress* da família, principalmente no início de uma doença, prognóstico e consequências da situação com que se vê confrontada. Face ao exposto, é visível a importância da intervenção do Enfermeiro junto das famílias em fases de transição, promovendo uma adaptação efectiva e equilibrada de acordo com os recursos, e a especificidade de cada uma, fornecendo um suporte adequado. A prevenção dos problemas de saúde torna-se um imperativo, por meio de acções de promoção da saúde, nomeadamente promovendo os cuidados, prestados por familiares. Tal como referem JENNIFER et al (2009), desenvolver abordagens que promovam a interacção surge como um desafio no desenvolvimento de competências e capacidades dos cuidadores. JENNIFER et al (2009), afirma que os cuidados no domicílio englobam tanto os cuidados de profissionais de saúde e a interacção com a família, que inclui a troca de informação, capacidades, suporte emocional a doentes e

cuidadores. HÄGGSTRÖM et al (2009) enfatizam “(...) o empowerment como base para as pessoas mobilizarem recursos e capacidades, para definir e encontrar estratégias e para a resolução dos seus próprios problemas”.

Numa situação de dependência, particularmente em situações de início súbito, os reajustamentos operados na família ocorrem num espaço de tempo muito curto, o que exige da mesma uma mobilidade mais rápida da capacidade de administrar a crise, conforme alude ROLLAND, (1995), podendo esta, não estar preparada para responder eficazmente.

Conforme é referido na CARTA DE OTTAWA (1986 p.4) “A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável.” A Educação para a Saúde, neste contexto, tem em vista o empowrerment da família ao lidar com situações de dependência, de modo a que esta como um sistema, esteja habilitada e seja capaz de lidar e de se organizar em função das novas necessidades, de acordo com os recursos da mesma. “É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades.” (CARTA DE OTTAWA 1986 p.4)

Ressalta-se a importância da participação de todos os elementos da família na tomada de decisão, na capacidade de compreensão e na consciência da situação, como factores a considerar no contexto de cuidados para uma melhor apreensão das informações transmitidas e um desenvolvimento de competências mais eficiente. Deve-se mobilizar as capacidades dos cuidadores, ainda que estas possam estar dependente das informações facultadas através da educação para a saúde. WACKERBARTH E JONHSON, (2002); cit. In NGUYEN (2009), referem que ao facultar informação as enfermeiras devem determinar o que é importante para aquele indivíduo. A competência dos profissionais de saúde baseia-se na sua educação e os conhecimentos e habilidades que a mesma proporciona com recurso a habilidades de comunicação e da qualidade da relação enfermeiro/doente como o contributo mais significativo para a promoção da saúde. JENNIFER et al (2009), Menciona que os cuidados no domicílio são apenas uma faceta dos cuidados aos doentes. Factores chave como domicilio, vizinhos, comunidade, acessibilidade, profissionais de saúde, influenciam a natureza do envolvimento da pessoa e família nas decisões relacionadas com a saúde.

NGUYEN, (2009), reforça que o suporte pode variar desde grupos de suporte às organizações de saúde da comunidade que providenciam informação, conselhos, suporte emocional aos cuidadores. A família, amigos, prestadores de cuidados de saúde ou vizinhos podem ouvir com empatia e oferecer apoio emocional como parte de um sistema de suporte.

O Enfermeiro de Saúde Familiar é de extrema importância, promove orientação e suporte para a adaptação a situações de crise, limitações e perdas que tem influência na família. O equilíbrio do sistema (família) pode ser alcançado desde que se mobilize os recursos necessários, o Enfermeiro deve estar atento às necessidades desta, assistindo-a como um todo.

3- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

Observando a evolução da sociedade, com a crescente importância atribuída ao nível da promoção da saúde e face às necessidades emergentes, bem como à evolução verificada nos últimos anos ao nível dos CSP, as novas práticas de Enfermagem centradas na família, enquanto alvo de cuidados, constituem-se como algo fundamental. Este relatório, pretende por um lado, começar a assumir a responsabilidade em termos dos cuidados de enfermagem especializados em termos de Saúde Familiar procurando desenvolver uma prática baseada na evidência. É fundamental o desenvolvimento de capacidades para a prática baseada em princípios científicos, com o intuito de desenvolver a reflexão sobre a acção.

O esforço metodológico vai no sentido de suplantar as limitações de uma simples revisão de literatura, explicitando as estratégias de pesquisa, aplicando critérios de verificação criteriosa, seguindo os princípios de uma revisão sistemática. Para aferir o “estado do conhecimento” sobre o impacto da intervenção de Enfermagem no âmbito do processo de adaptação da família a situações de dependência aguda, efectuou-se pesquisa de acordo com a metodologia da RSL. Seguindo esta linha orientadora, formulou-se uma questão que surge como base da revisão, desde a pesquisa até à discussão dos resultados.

A temática retrata um problema específico da realidade com que nos deparamos, surge como uma questão pertinente, de interesse pessoal, que visa contribuir para o desenvolvimento enquanto profissional competente para agir com base na evidência científica. De modo a uma maior sistematização do pensamento crítico em Enfermagem e para manter bases sólidas e credíveis enquanto profissão, torna-se essencial recorrer à metodologia científica e à revisão sistemática. Foi seguido um protocolo de pesquisa, que se encontra organizado e esquematizado (Anexo VIII), referente ao percurso efectuado. A listagem dos artigos seleccionados e considerados pertinentes para o estudo em causa, são apresentados segundo quadros de análise de modo a tornar perceptível e clara a metodologia.

3.1-Pergunta PICO

Para a selecção dos artigos da revisão sistemática da literatura, utilizou-se o método de pergunta, segundo o designado formato PICO, que se refere a: (P) Participantes; (I) Intervenção; (C) comparação (pode existir ou não); (O) Outcomes ou resultados. A questão de investigação auxilia a precisar a pertinência do tema, sua relevância e actualidade. Como ponto de partida, a pergunta enunciada foi: **“Qual a intervenção do Enfermeiro em situações de dependência aguda (I) na adaptação em contexto domiciliário (O) da família prestadora de cuidados (P)?”** Os critérios utilizados, encontram-se no Anexo VI, quadro nº 8.

3.2-Protocolo de pesquisa

Tendo como ponto de partida a pergunta PICO, foram considerados os critérios explícitos no quadro nº 8 no anexo VI, na formulação da questão. Considerando os objectivos a

revisão, foi efectuada ao longo dos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2011. Para tal, efectuou-se pesquisa em bases de dados electrónicas, através da plataforma EBSCO. As bases de dados incluídas na pesquisa foram; CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE With Full Text; MedicLatina; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane Database of Systematic Reviews. Foram apenas seleccionados artigos com texto integral (Full Text). As palavras-chave definidas de acordo com esta metodologia, foram submetidas a verificação através da plataforma MESH BroWser¹, e no DeCS² onde foram validados os seguintes descritores: Nurse; Family Caregiver; Adaptation. Os descritores empregados são decorrentes da temática seleccionada e foram os que, na fase da revisão sistemática, pareceram mais adequados.

3.3- Resultados da Pesquisa

Foi efectuada pesquisa nas bases de dados electrónicas no dia 15/11/2011. Foi definido como filtro cronológico para a selecção dos artigos a analisar com texto integral, o período entre 01/01/2010 e 15/11/2011, a pesquisa foi efectuada com três descritores. Da pesquisa efectuada com três descritores um a um, conforme expresso no quadro nº 9 (anexo VI), resultou 48114 artigos em Abstrat a 15/11/2011, com filtro cronológico. Foi efectuado o cruzamento dos descritores, em combinação de dois, com filtro cronológico em Abstrat tendo resultado 184 artigos, conforme quadro nº10 (anexo VI). Da conjugação dos três descritores sem filtro com opção Full text, resultou 1490 artigos. Em resultado da pesquisa com filtro cronológico em Full text resultou um total de 176 artigos, quadro nº11 (anexo VI).

Os critérios de selecção dos artigos foram definidos com suporte na pergunta, tendo por base os critérios de inclusão/exclusão explícitos em anexo. Determinados, os estudos remanescentes foram avaliados em três fases: avaliação pelo título do estudo, avaliação pelo resumo e, por último, pelos textos completos. Dos 176 artigos identificados utilizando a referida estratégia de pesquisa nas distintas bases de dados, 2 encontravam-se repetidos, 165 foram rejeitados pelo título, 6 artigos foram rejeitados pela leitura do resumo e 2 artigos foram rejeitados pela leitura integral.

Após os resultados, foi efectuada leitura dos títulos e resumos (Abstrat), no sentido de seleccionar os artigos, do total resultou a selecção de três artigos, para posterior análise. Foram considerados, critérios de inclusão e exclusão de artigos, explícitos no quadro nº15 do anexo VI. Estes artigos seleccionados, correspondem ao número 6 (quadro nº 12 anexo VI); 8 (quadro nº 13 anexo VI); e 17 (quadro nº 14 anexo VI); respectivamente, alvo de estudo, de onde se extraíram ilações relevantes e maioritariamente coerentes com a resposta à questão Pico. Os artigos seleccionados foram classificados em níveis de evidência de acordo com a escala modificada de GUYAT & RENNIE, 2002; HARRIS et al, 2001³ (No Anexo VII).

¹ Conceitos verificados na base internacional MeSH Browser em: <http://WWW.nlm.gov/mesh/MBrowser.html>

² Conceitos verificados nos Descritores em Ciências da Saúde em <http://decs.bvs.br/>

³ Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews); Level II: Single experimental study (RCTs); Level III: Quasi-experimental studies; Level IV: Non-experimental studies; Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews; Level VI: Single descriptive or qualitative study; Level VII: Opinions of respected authorities/Consensus panels

3.4-Análise e Conclusões da Revisão Sistemática da Literatura

Após pesquisa efectuada, verificou-se que os estudos que respondem à especificidade da temática são escassos, o que só por si, comprova a necessidade de investigação, investimento e elaboração de um conhecimento científico relativo à problemática. No entanto, estes estudos revelam a pertinência do tema e constituem um importante ponto de partida. No seu conjunto, completam-se, ajudando a produzir um referencial teórico válido, que permitirá enunciar novas questões de investigação e produzir conhecimento para a enfermagem de família e ainda particularmente para a questão formulada.

De entre os estudos incluídos nesta revisão cujas intervenções se apresentam com resultados expressivos, constata-se que o impacto se situa ao nível da gestão do stress, por coping eficaz e desenvolvimento de habilidades para o cuidado, com repercussões na redução do desgaste e na qualidade de vida e saúde (tanto do cuidador como da pessoa dependente).

Muitas das ilações aqui enunciadas, corroboram com as conclusões e com o que foi constatado ao longo do ensino clínico. Temos de considerar os muitos subsídios que advém deste percurso, empregando especial ênfase à importância da intervenção de Enfermagem de Família na transição para o papel de cuidadora com tudo o que lhe é inerente e que tem influência na dinâmica familiar e na sua adaptação.

Decorrente da pesquisa efectuada, foram analisados três artigos, expondo de seguida os achados. Deste modo, conforme é salientado por GONÇALVES L. COSTA M, MARTINS M, NASSAR S, ZUNINO R. (2011) A prevalência da cronicidade e longevidade tem contribuído para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando cuidados constantes por parte dos serviços de saúde e, sobretudo das famílias. Geralmente esses cuidados são dispensados no domicílio, recaindo notadamente sobre um de seus membros, como o cuidador principal. Parafraseando GONÇALVES et al (2011) O domicílio é visto hoje como o espaço em que pessoas dependentes, idosas ou não, podem se manter estáveis e com qualidade de vida. A experiência de cuidar em casa tem-se tornado cada vez mais frequente no quotidiano familiar. Em consonância com essa tendência, GONÇALVES et al, (2011) refere que as políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio se constitui no melhor local para o idoso envelhecer. Cuidar de idosos dependentes, acometidos por afecções crónicas ou agudas, constitui-se em condição frequente entre as famílias. É ainda exposto por GONÇALVES et al, (2011) que ao longo da história, na maioria dos países, o cuidado do idoso é exercido por mulheres, principalmente esposas, filhas e netas, o qual se explica pela tradição de as mulheres desempenharem funções essencialmente domésticas e familiares. GONÇALVES et al, (2011) complementa que essa realidade vem sendo modificada pela participação progressiva da mulher no mercado de trabalho, entre outros factores. Mesmo assim, elas vêm exercendo o papel de cuidadora, acumulando suas actividades de cuidar com as actividades domésticas, além de trabalho fora do lar.

Na investigação da dinâmica familiar, GONÇALVES et al, (2011) destaca que é importante explorar as relações na qual se visualiza a harmonia ou desarmonia no funcionamento da unidade de cuidados, como no presente caso, em que há um membro em condição de dependência, o idoso em situação de fragilidade pela idade avançada,

requerendo, por parte da família, proteção, cuidado, solidariedade, afeição e amor. Nesta linha de pensamento GONÇALVES et al, (2011) revela que a função familiar refere-se à maneira pela qual a família é vista pelos seus membros no atendimento desse compromisso e permite identificar as percepções individuais dos valores da família, como recurso psicossocial ou como suporte social.

Sendo a avaliação essencial para intervenção de saúde GONÇALVES et al, (2011), evidenciam o APGAR, eficiente teste de “screening” de funcionamento familiar. GONÇALVES LHT, et al, (2011) explicitam ainda, que altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto baixo índice pode representar ambiente *stressante* de baixa adaptabilidade à nova situação e, assim, requerer intervenções rápidas e apropriadas. De acordo com as conclusões de GONÇALVES et al, (2011) A avaliação da dinâmica familiar, sob a óptica dos idosos, com a aplicação do APGAR de Família, demonstra que a maioria dos idosos, neste estudo, vê sua família como unidade de relações de cuidado com boa funcionalidade ou com moderada funcionalidade. GONÇALVES et al, (2011) ainda na óptica dos idosos dependentes sob cuidados de seus familiares, a avaliação da dinâmica familiar, obtida com a aplicação do APGAR, demonstrou característica de adequada funcionalidade familiar em 67,3%. A princípio, tal resultado positivo mais dinâmico não isenta, alerta para a intervenção de assistência familiar às novas condições experimentadas pela família, sobre a necessidade e expectativas de cuidar do idoso, em âmbito doméstico. No seu estudo GONÇALVES et al, (2011) revela, ainda que, 32,7% dos idosos estão inseridos em famílias com elevada e moderada disfunção familiar, o que não é de se estranhar, considerando que o cuidado de um idoso com afecções crônicas e outros agravos pode desenvolver alguma forma de *stress* na família, como a falta de adaptabilidade às mudanças de papéis, aos novos estilos de relações intra-familiares, e às próprias relações de cuidado. Tal resultado, de acordo GONÇALVES et al, (2011) remete à intervenção de assistência familiar por profissionais, sobretudo os enfermeiros que estão envolvidos na administração das dificuldades familiares em lidar com problemas do idoso dependente, a ser cuidado ou sendo cuidado. GONÇALVES et al, (2011) constata, que quando o idoso relata uma crise familiar, geralmente os recursos familiares estão inadequados para responder às necessidades e/ou sinaliza a existência de áreas fragilizadas, ou vulneráveis, do contexto familiar que podem estar interferindo na habilidade dos membros da família para encontrar estratégias e recursos para desenvolver o papel de cuidadores.

Os enfermeiros da equipe de saúde familiar, segundo GONÇALVES et al, (2011) têm sido essenciais, participando em ações de promoção e cuidados de saúde, desenvolvidas no âmbito comunitário e doméstico. Contudo GONÇALVES et al, (2011) enfatiza as percepções pessoais dos membros de uma família acerca de certas variáveis, como qualidade de vida e estilo de vida saudável ou não, que podem influir na dinâmica familiar, fazendo-a mais ou menos adaptativa, mais ou menos funcional, em face da situação que se apresenta como fato novo a enfrentar: um membro idoso que adocece e se torna cada dia mais frágil e dependente a exigir cuidados, e criando impactos sobre as relações intra-familiares.

Nos resultados apresentados por GONÇALVES et al, (2011) os idosos são ainda maioritariamente cuidados por mulheres, entre filhas, sobrinhas, netas e irmãs, como já identificado em outros estudos. De acordo com GONÇALVES et al, (2011) A baixa escolaridade encontrada também já era previsível, considerando a realidade de quem hoje conta com 80 ou mais anos de idade. Finalmente, GONÇALVES et al, (2011) apontou ainda para os motivos de serem cuidadores como: o dever e a obrigação, o compromisso conjugal, a reciprocidade e a gratidão pela vida conjugal duradoura. Quanto aos sentimentos, experimentavam uma gama deles, muitas vezes ambíguos: satisfação e orgulho, como também tristeza, frustração e revolta.

Salienta-se a convergência em relação à caracterização dos cuidadores neste estudo e caracterização das famílias em contexto de ensino clínico, bem como as ilações efectuadas. Para prosseguir, surge a análise de mais um artigo. Os objectivos, no estudo de GILLESPIE David; CAMPBELL Fiona (2011) são descrever o *stress* e tensão vivida por famílias na sequência de acidente vascular cerebral e identificar factores para promover bem-estar e resiliência nos membros da família. O artigo elaborado por GILLESPIE et al, (2011) descreve intervenções baseadas em evidências para apoiar os pacientes e suas famílias depois de acidente vascular cerebral. Estes incluem informações educação, serviços especializados, aconselhamento e psicoterapia. Para GILLESPIE et al, (2011) As necessidades da Família mudam ao longo do tempo e as de intervenções mais prováveis de as famílias reconhecerem como úteis são consideradas em várias configurações de cuidados.

GREENWOOD et al (2009) cit in GILLESPIE et al, (2011), reconhece que os primeiros dias e semanas depois de um acidente vascular cerebral podem ser *stressantes* para as famílias enquanto lidam com o choque do evento. Normalmente, ocorre de repente e a maioria das famílias irão sentir ansiedade sobre prognóstico e incerteza sobre o que o futuro detém. GILLESPIE ET AL (2011) citando outros autores salienta que os resultados negativos para os cônjuges de sobreviventes do acidente vascular cerebral incluem altos níveis de tensão (BLAKE E LINCOLN 2000, DRAPER e BROCKLEHURST 2007, GREEN e KING 2009), carga percebida (THOMMESSEN et al, 2002), insatisfação com a vida como cuidador (VISSER-MEILY et al, 2009) e ansiedade (WILZ e KALYTTA 2008). Além da angústia emocional, os cuidadores familiares podem ter que lidar com a mudança noutros aspectos de suas vidas, e os profissionais de saúde necessitam de pensar, no geral, ao avaliar o efeito do AVC nos membros da família. Uma das mais alterações comuns são perturbações sociais e das actividades de lazer (ANDERSON et al, 1995, LIBRA ET AL 1998, GREENWOOD et al, 2010) cit in (GILLESPIE, et al 2011). Outras alterações relatadas nos cuidadores familiares, por GILLESPIE, et al (2011) na literatura incluem a perda de liberdade (GREENWOOD et al, 2010), insatisfação com o regime de cuidados (KERR e SMITH 2001) e necessidades de informações não satisfeitas (WILES et al, 1998). GILLESPIE et al, (2011) atesta que a avaliação é uma consideração importante porque há evidências que o bem-estar emocional das pessoas que cuidam, altera-se de forma dinâmica, influenciada pela melhora ou não do dependente em relação às habilidades físicas e funcionais, ao longo do tempo.

FORSBERG - WARLEBY et al, (2004) cit in GILLESPIE, et al, (2011) referem que apesar de não haver um aumento inicial do bem-estar psicológico dos cuidadores após as primeiras semanas caóticas, foram identificadas mudanças positivas e negativas durante o resto do primeiro ano. Os cuidadores experimentam melhoria, deterioração e estabilidade relativa no seu bem-estar emocional em igual medida. Segundo GILLESPIE et al, (2011) Embora menos atenção tem sido dada sobre o efeito do AVC nas relações familiares, algumas conclusões podem ser extraídas da literatura. CLARK et al, (2004) refere disfunção familiar significativa no primeiro nove meses depois do AVC: 32% das famílias foram classificadas como tendo funcionamento familiar ineficaz, em 66% das famílias foi relatado conflito significativo. GILLESPIE et al, (2011) citando ANDERSON et al, (1995) verificou que 79% dos cuidadores experimentaram mudanças sociais negativas um ano após o acidente vascular cerebral e em outro estudo, 62% dos cuidadores tinha limitado suporte informal da família e amigos (MCCULLAGH et al, 2005). Não é surpreendente que ocorra ruptura social dado que familiares geralmente despendem longas horas na realização dos cuidados: as médias diárias relatadas numa gama de estudos variam entre as 4,4 e 14,8 horas (REESE et al, 1994, BUGGE et al 1999, SMITH et al, 2004) cit in GILLESPIE D, et al, (2011).

Parafraseando GILLESPIE et al, (2011) Muitas famílias experimentam dificuldades psicossociais em resultado de acidente vascular cerebral. Se um sobrevivente de AVC apresentar deficiência física ou funcional, poderá necessitar de assistência de outros para satisfazer suas necessidades básicas. Aproximadamente metade dos sobreviventes de AVC necessita de ajuda dos membros da família nas actividades de vida diária (STURM et al, 2002). Isso pode envolver longas horas de prestação de cuidados, levando a fadiga e “burnout” (ANDERSON et al, 1995). Aos membros da família muitas vezes não são dadas informações sobre limitações relacionadas com a dependência, as lacunas de conhecimento podem levar ao *stress* e frustração. Num estudo, 57% dos indivíduos estavam insatisfeitos com as informações que tinham sido facultadas sobre o seu papel como um cuidador (SIMON et al, 2008) cit in (GILLESPIE et al, 2011).

Estas necessidades de informação podem ser não atendidas porque os profissionais de saúde não têm tempo ou habilidades para dar uma informação adequada, ou por concederem informações num momento inadequado. Além disso, os membros da família podem não ter informações e conhecimento porque relutam em pedir ajuda. Muitos indivíduos sentem que são inadequados ou estão falhando como cuidadores, se não sabem alguma coisa ou por terem de solicitar assistência (ANDERSON et al (995) Cit in (GILLESPIE et al, 2011).

Segundo GILLESPIE et al, (2011) É essencial que os enfermeiros e outros de profissionais de saúde estejam preocupados com o cuidador e bem-estar familiar, para além das necessidades de reabilitação como seu principal foco. Para GILLESPIE et al (2011) Foi demonstrado que os resultados psicológicos e funcionais das pessoas que com AVC são influenciados pelo funcionamento familiar. Evidências sugerem que o funcionamento familiar desempenha um papel importante. Num estudo com 60 cuidadores de sobreviventes de AVC, CLARK e SMITH (1999) encontraram variáveis, tais como rectidão de comunicação, capacidade de resposta emocional, influenciavam o sucesso da reabilitação e funcionamento

da família. Conforme é proposto por GILLESPIE et al, (2011) O percurso de cuidados tem três estágios distintos: permanecer no hospital, transição do hospital para a comunidade e vivendo na comunidade. As necessidades das Famílias variam durante cada fase, assim como os tipos de apoio prático que melhor atendem essas necessidades. Permanecer no Hospital, nesta fase inicial do percurso de prestação de cuidados, as famílias precisam de contacto regular e directo com enfermeiros e outros profissionais da saúde para cuidar de seu parente.

O contacto precoce com famílias é recomendado para atender as necessidades de informação básicas da família e estabelecer uma atmosfera de partilha. SMITH et al, (2004). As Famílias, segundo GILLESPIE et al, (2011) podem precisar de suporte para compreender o efeito do AVC. Alguns indivíduos podem lutar para identificar o seu papel de cuidador e outros pode ter expectativas irrealistas de reabilitação e recuperação. GILLESPIE et al, (2011) complementa que o contacto regular com famílias oferece à equipa um *“insight”* inestimável das necessidades da família e as etapas já percorridas no sentido de ajustamento precoce. No início, as expectativas podem ser geridas e suportadas pelo fornecimento de informações de forma acessível e sensível. Consoante GILLESPIE et al, (2011) Apoiar famílias e cuidadores reconhecendo suas necessidades, desenvolvendo as suas próprias soluções sempre que possível e pedindo ajuda quando necessário é vital para a sustentabilidade da função de cuidadores. Os cuidadores familiares precisam de incentivo para desenvolver uma rede de apoio na família alargada e círculo social para evitar os resultados negativos associados ao isolamento social (CARNWATH E JOHNSON, 1987) cit in GILLESPIE D, et al, (2011). COOMBS (2007) cit in GILLESPIE et al, (2011) Corroborou que a maioria dos cônjuges estava comprometida com o seu papel de cuidadores, apesar da ampla gama de problemas que experimentam todos os dias. Neste artigo o enfoque passa sobretudo pelas necessidades dos cuidadores e toda a dinâmica em torno da aceitabilidade do papel, temática também em ênfase no último artigo.

ANESHENSEL, PEARLIN, MULLAN, ZARIT e WHITLACH (1995) cit in DICKSON, A. et al, (2010) propõem que os indivíduos que assumem o papel de cuidador começam uma *“carreira inesperada”*, que é definida pelas tarefas que executam e a relação que têm com a pessoa lesada, deficiente ou doente. De acordo com DICKSON et al, (2010) Apesar do cuidador desempenhar um papel central na facilitação da pessoa dependente para efectuar o coping (KENNEDY & ROGERS, 2000) é amplamente reconhecido que os cuidadores familiares experimentam considerável stress, isolamento social e familiar (VARGO, KARPMAN, & WOLFE, 1987). Em consonância, para DICKSON et al, (2010) Os cuidadores familiares tendem a entrar neste novo papel sem preparação ou formação especializada (ELLIOTT e RIVERA, 2003) e como tal entram em *“território desconhecido”*. O assumir o novo e exigente papel de cuidador, pode representar uma tentativa de melhorar a qualidade de vida da pessoa dependente, mas isto muitas vezes tem um custo para o cuidador que experimenta sobrecarga, problemas financeiros, as alterações no estado de saúde, problemas emocionais e falta de informação (DONELAN et al, 2002; VITALIANO, ZHANG e SCANLAN, 2003) cit in (DICKSON, et al, 2010). A falta de liberdade é uma consequência e, ironicamente, na tentativa de melhorar a qualidade de vida do dependente, a qualidade de vida do cuidador deteriora-se (UNALAN et

al, 2001) cit in (DICKSON, et al, 2010). Para o mesmo autor, a mudança para a vida do cuidador é tão grande como a da pessoa dependente.

DICKSON, et al (2010) considera a existência de escassez de investigação no que concerne à pesquisa dos factores de stress, tensão e relacionamento dificuldades da perspectiva do cuidador. Estes aparentam dúvidas em relação às suas novas vidas e sem uma ideia definitiva de quando seu papel de cuidador vai começar, ou do impacto que terá. De acordo com DICKSON, et al, (2010) Para alguns, isso foi relacionado à falta de preparação para o novo papel como cuidador, para outros, relacionado com a incerteza de como a sua vida iria mudar ou como se ajustar a essas alterações.

DICKSON, et al, (2010), Elucida que, assumir o papel de cuidador foi associado a uma sensação de perda de controlo completa das suas vidas e a ideia de que a sua vida “nunca mais será a mesma”. Para muitos cuidadores, isso resultou directamente do fato de que eles tinham agora de "fazer tudo". Apesar da insatisfação relatada com as recém - adquiridas funções do cuidador, a maioria aparentou aceitação. DICKSON, et al, (2010) completa que muitos dos participantes relataram, que ao assumir o papel de cuidador, adveio a sensação de tornar-se 'invisível' para outras pessoas e que o seu bem-estar tornou-se secundário. As responsabilidades que se sentiam obrigados a realizar muitas vezes impediam os cuidadores de se envolver em actividades que eles queriam ou escolheriam participar. Alguns cuidadores relatam ter colocando a sua vida 'em espera' e sentirem-se completamente prendidos nas suas funções de cuidador. DICKSON, et al, (2010) destaca o grau de perturbação psicológica que a mudança exerce sobre o cuidador e sugere que os cuidadores necessitam de assistência, para lidar com o *stress* emocional da prestação de cuidados assim como com as obrigações físicas envolvidas. No seguimento, SAWATSKY e FOWLER-KERRY (2003) DICKSON, et al, (2010), salientam que os cuidadores depararam-se com falta de tempo para si mesmo, têm de colocar suas vidas “em espera” e referem uma perda de controlo relacionada com a ideia de não ter nenhuma escolha sobre o assumir o papel de cuidador. Alguns relatam uma completa perda de identidade, enquanto outros identificaram, uma nova identidade, de ‘cuidador’.

É evidente, segundo DICKSON, et al, (2010) a necessidade dos cuidadores de estarem integrados no processo de reabilitação e a importância de estratégias psico-educativas para identificar as necessidades específicas do cuidador em intervalos regulares. Isso, juntamente com o acesso a serviços dentro da Comunidade em geral e o desenvolvimento de ferramentas de rastreio eficaz para a detecção de stress do cuidador pode ajudar a identificar dificuldades psicológicas numa fase precoce. Os sentimentos mais comuns, que foram relatados são, ansiedade, falta de preparação e reflectem-se no assumir do novo papel (ELLIOTT & RIVIERA, 2003) cit in (DICKSON, et al, 2010). As conclusões devem alertar profissionais de saúde para o fato de que cuidadores têm necessidades de avaliação regular e precisam ser actualizados, relativamente aos recursos de suporte disponíveis na Comunidade a longo prazo. Mais especificamente, os profissionais de saúde precisam centrar as intervenções na facilitação da nova 'carreira' de cuidador. (DICKSON, et al, 2010).

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final deste trabalho, face ao percurso efectuado como profissional de saúde em formação, existiu sem dúvida crescimento no desenvolvimento profissional, em Enfermagem de Saúde Familiar segundo uma abordagem técnico-científica, humanista e sistémica. Progresso que na actual conjuntura, desenvolvimento rápido dos saberes, exige uma constante actualização e aposta na investigação. Deve-se, independentemente do contexto, demonstrar a importância e os ganhos do trabalho com as famílias numa perspectiva sistémica, transmitir a devida visibilidade à Enfermagem de Saúde Familiar. A partir deste etapa, pretende-se discernir quais as intervenções que globalmente estabelecem a resposta mais adequada a todos os elementos da família, para além das necessidades do elemento dependente. Compreender os padrões de resposta da família como um todo, face aos problemas inerentes, perceber como estes influenciam todos os elementos, mostra-se essencial para uma intervenção mais adequada e direccionada.

Uma reflexão baseada na teoria e no desenvolvimento de competências servirá de suporte à prática de enfermagem, de forma a serem alcançados cuidados eficientes e de qualidade à família integrados numa comunidade, numa perspectiva de melhoria contínua. Aos enfermeiros de Saúde Familiar cabe o importante papel de desenvolver trabalho em conjunto com as famílias com o objectivo de caracterizar os diferentes contextos e procurar adequar os recursos e as intervenções às necessidades que esses contextos apresentam. Pode considerar-se que a prática de avaliação da Saúde Familiar em cuidados de Saúde Primários, ganhou novo relevo, no entanto estamos perante uma área que apesar de assinalar uma evolução nos últimos tempos, o percurso ainda não está completo.

Importa salientar uma abordagem mais direccionada para o processo de cuidados à família, com o intuito de adquirir e desenvolver requisitos fundamentais, nomeadamente competências específicas para o exercício profissional de Enfermagem de Família. Num cenário de crescentes exigências, a centralização em torno dos cuidados à família, como parte de um sistema maior, nomeadamente a comunidade, precisa ser considerada e a qualidade dos cuidados prestados deve corresponder às expectativas.

O referido encontra-se em convergência face aos objectivos inicialmente propostos, nomeadamente o enquadramento da prática clínica baseada na evidência, com recurso à Revisão Sistemática, e na especificidade da temática, o compreender a alteração da dinâmica familiar na transição para situações de dependência. Em todo o trabalho é inerente e demonstrada a importância do papel do Enfermeiro na adaptação da família ao papel de prestadora de cuidados. Ao longo do percurso efectuado, tanto no ensino clínico como na operacionalização deste relatório e de todo o esforço crítico e analítico efectuado, verifica-se

um efectivo desenvolvimento de competências específicas de Enfermagem de Saúde Familiar, e conseqüentemente o desenvolvimento de competências no sentido de uma Enfermagem Avançada.

O esforço da Enfermagem neste sentido tem adquirido com o decorrer do tempo outro significado e outra visibilidade, cabe aos enfermeiros no geral e cada um em particular contribuir para que o caminho a percorrer seja no sentido de trabalhar para as famílias e em conjunto com estas, com base num conjunto de saberes bem alicerçado para que, cada vez mais falar em Enfermagem de Família se constitua como uma realidade efectiva.

A intervenção do enfermeiro na família assume uma importância crescente, em situações de transição para dependência, seja em situações decorrentes do envelhecimento, longevidade, doenças crónicas, ou situações/alterações inesperadas, resultantes num processo de crise. Resulta assim, a necessidade de considerar a família como núcleo essencial na prestação de cuidados, face as exigências, aumento de responsabilidades e sobrecarga no cumprir do papel de cuidador familiar. Torna-se fundamental reflectir sobre a necessidade de apoio aos prestadores de cuidados, os enfermeiros, como profissionais de saúde, acessíveis na prestação de cuidados na comunidade e mais próximos das famílias, assumem um papel preponderante em todo este processo.

Na especificidade deste trabalho conclui-se ainda que valorizar o papel das famílias enquanto cuidadoras, é um tema bastante actual e de relevante importância, a enfermagem deve valorizar a sua intervenção neste contexto.

Ser cuidador é cada vez mais um desafio com novas exigências, torna-se Indispensável por parte dos enfermeiros, uma aposta crescente ao nível da formação e informação de forma a contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados, assim como para uma prestação de cuidados por parte da família de forma mais segura. A cooperação entre o enfermeiro e a família é importante, cabe ao enfermeiro tentar compreender as modificações ou alterações no seio da família e o modo como vivenciam o processo de adaptação, devendo apoiar o doente/família/cuidador no desenrolar do processo de transição que estão a vivenciar.

A família cuidadora, espera encontrar respostas adequadas às suas necessidades de forma a conseguir assegurar cuidados de saúde com a máxima qualidade e dignidade para o seu familiar. Saliencia-se assim a importância dos resultados da intervenção de Enfermagem, numa etapa crítica do ciclo de vida familiar nomeadamente na transição/ adaptação a situação de dependência e conseqüentemente a família como prestadora de cuidados.

Constitui um desafio, aos profissionais de saúde no que concerne a estratégias de intervenção facilitadoras do processo de adaptação a prestador de cuidados, a intervenção junto de famílias em que se verifique a transição para situações de dependência. Intervir nas famílias não é simples, exige do enfermeiro a contextualização do nível socioeconómico e cultural, em que a família está inserida, conhecer a sua realidade analisar as suas representações, de forma a desvendar e a entender a família.

De modo a garantir uma maior qualidade dos cuidados e eficácia dos mesmos é necessário preparar a família no domicílio, o enfermeiro deve estar atento identificar as necessidades ao longo do tempo, dando assistência no auto-cuidado e no desenvolvimento de

mestria dos cuidados. A concretização do proposto seria um passo para uma maior visibilidade da intervenção da Enfermagem de Família, promovendo a adaptação a novas situações com recurso à RSL.

Importa ainda destacar a necessidade da Prática Baseada na Evidência, na Enfermagem de Saúde Familiar sabendo que, a mesma transmite subsídios devidamente fundamentados que em última instância conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados. Isto concede a devida credibilidade, pela inerente procura de conhecimento científico, desenvolvimento de pesquisas e utilização de seus resultados, em suma a sua implementação na prática profissional da Enfermagem de Saúde Familiar. A aplicação dos resultados das pesquisas, para orientar a tomada de decisão deveria tornar-se parte do quotidiano de enfermagem, partindo da percepção que a prática baseada em evidências traduz a inclusão da experiência, com a melhor evidência, oriunda das pesquisas. O desenvolvimento da prática baseada em evidências na enfermagem é indispensável, mais ainda na recente área de saúde familiar, pois possibilita consolidar os conhecimentos inerentes ao enfermeiro especialista em saúde familiar, que subjaz à melhoria dos cuidados de enfermagem, sustentados no conhecimento científico com um conseqüente incremento profissional. A realização e desenvolvimento deste trabalho, integrou os resultados provenientes das pesquisas e a reflexão sobre a visibilidade da sua aplicação na prática como um contributo neste sentido.

No final, a realização deste relatório, insere-se na convicção pessoal de que o enfermeiro especialista em saúde familiar pode desempenhar um papel genuíno na presente conjuntura dos cuidados. Todo este processo permitiu perceber o quão importante é estar atento às capacidades e competências das famílias enquanto alvo dos cuidados, e enquanto cuidadora no sentido de desenvolver estratégias adaptativas na relação e comunicação com as mesmas e intervir efectivamente junto destas.

Face à singularidade das famílias, a adaptação e a capacitação de acordo com as necessidades da cada uma e os diagnósticos efectuados é fundamental. A necessidade e importância da Enfermagem na prevenção e por outro lado na promoção da saúde, exige um longo trabalho por parte dos Enfermeiros, porém os benefícios que advêm são inúmeros, conduzindo a uma melhor qualidade de vida das famílias.

A temática abordada integrada na especialidade de Saúde Familiar corrobora neste sentido numa dinâmica de fundamentação científica com recurso à revisão sistemática da literatura. Uma reflexão baseada na teoria e no desenvolvimento de competências servirá de suporte à prática de enfermagem, de forma a serem alcançados cuidados eficientes e de qualidade à família. A realização deste relatório envolveu um enorme empenho e um grande esforço de reflexão e análise crítica, foi resultado de um processo árduo, de avanços e recuos de algumas limitações, relacionadas com a pouca disponibilidade e inexperiência. No entanto, em jeito de balanço, este relatório traduziu-se num caminho com muitos ganhos, crescimento pessoal e profissional.

5-BIBLIOGRAFIA

ADAMS, J.E. & LINDERMANN, E. (1974) **Coping with long term disability**. In G.V. Coelho; D. A. Hamburg; J. E. Adams (eds.) Coping and adaptation. New York. Basic Books

ADELE D., GRAINNE O., RICHARD W., ALLAN D. (2010) **The impact of assuming the primary caregiver role following traumatic spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis of the spouse's experience**. Psychology and Health. Vol. 25, Nº 9, Novembro de, p.1101-1120 (2010). [Consultado em 15/11/2011]; Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=8&sid=c7ef7e24-7a76-4bd5-9e91-a4538da2f5c4%40sessionmgr15>

ANDRADE, Fernanda (2009) **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal**; Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde. Março de 2009

ALARCÃO, Madalena (2000). **(des)equilíbrios familiares uma visão sistémica**. Coimbra Quarteto editora.

AUGUSTO, B. (2002). **Cuidados Continuados: Família Centro de saúde e Hospital como parceiros no cuidar**. Coimbra: Formasau.

AZEVEDO Ana (2010); **Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes** Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

BIRGITTE S.; FRANK B., JAN D. (2009) **The relation between care giving and the mental health of caregivers of demented relatives: A cross-sectional study** European Journal of General Practice. 2009; 15: 99_106. [Consultado em Junho de 2010]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=7&sid=911841cf-d0e1-412f-8100-8a768a46afcc%40sessionmgr11>

BRITT H., INGELA S., ELLA D. (2010) **Living with major depression: from families's prespectives** Nordic College of caring Science, p. 309-316, 2009. [Consultado em Junho de 2010]. Disponível na Database: CINAHL Plus with Full Text em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=107&sid=a1e15c57-6e44->

CALDAS Célia. (2003) **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19:773-81.

CALDAS, Célia (2000). **O Sentido do ser Cuidando de uma Pessoa Idosa que Vivencia um Processo Demencial**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CALDAS, Célia (1995). **A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência**. Revista Enfermagem da UERJ, 3:2.

CÁRMEN Andrade (2009); **Transição para prestador de cuidados - Sensibilidade aos cuidados de enfermagem**. Pensar em Enfermagem vol. 13 nº1; 2009.

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (1996) **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Mónica. **As mudanças no ciclo da vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CELICH, K., LILIAN S., BORDIN, A.(2008) **Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica**. RBCEH; passo fundo, V. 5, n. 1, p. 119-129, Jan./jun. 2008 [Consultado em 19/07/2010]; Disponível em: <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/102/186>

CHICK, Norma, MELEIS, Afaf (1986) **Transitions: a nursing concern**. In: CHINN, P. L. **Nursing research methodology**. Rockeville: Aspen, 1986.

COLLIER, Marie. (1989). **Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Tradução Maria Leonor B. Abecasis. Lisboa, Sindicato dos enfermeiros Portugueses,

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM CIPE/ICNP: Versão β. 2ª Ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. (2003).

DAL SASSO, GRACE T.(1994) **A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda: um desafio para a enfermagem**. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós graduação em Enfermagem.

DECRETO-LEI 101/2006 nº 108 [Consultado em Setembro 2011]. Disponível em: [http://www.arslv.t.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/D.L.%20101.2006%20%20Rede%20Na.c.%20Cuidados%20Continuados%20Integrados\).pdf](http://www.arslv.t.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/D.L.%20101.2006%20%20Rede%20Na.c.%20Cuidados%20Continuados%20Integrados).pdf)

ÉVORA; Yolanda; Dora Martinez; (1999) Rev. Latino-Americana enfermagem - Ribeirão Preto - v. 7 - n. 5 p. 127-135 - Dezembro

FERNANDES, Purificação. (2000). **A Depressão no Idoso**. 2ª ed.. Coimbra: Quarteto.

PHANEUF, Margot (2001). **Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Quarteto

FRIEDEMANN, Marie. (1999). **The concept of family nursing**. In G. Wegner, & R. Alexander, Readings in family nursing .Philadelphia: J.B .Lippincott Company.

FIGUEIREDO; Maria (2009) **Enfermagem de família: um contexto do cuidar** Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto.

FIGUEIREDO, Daniela (2007) **Prestação Familiar de Cuidados a idosos dependentes com e sem demência**, Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde apresentada na Universidade de Aveiro -

FIGUEIREDO, M., MARTINS M., SILVA L., OLIVEIRA P. (2011) **Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios** Revista Temática Kairós Gerontologia, 14 (3), ISSN 2176-901X, São Paulo, Junho 2011: 11-22.

FIGUEIREDO M. (2011) **Manual de Apoio à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**. Editor: Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo; ISBN 978-989-20-2670-1 989-20

FONSECA, António (2004) - **O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

FÓRUM SOS ENFERMAGEM - **Enfermagem e as transições** - Sinais Vitais; 15 Abril de 2009

GEORGE, Júlia B. RN, PHD e colaboradores (2000). **Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional**. 4ª Edição, Artmed Editora, Porto Alegre,

GILLESPIE D, CAMPBELL F. (2011) **Effect of stroke on family carers and family relationships**. ART & SCIENCE stroke series. Nursing Standard. 26, 2, 39-46. January 7 2011. [Consultado a 15/11/2011]; (Disponível em):

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=9&sid=d821368e-1dcb-4e27-a300-7178861c446b%40sessionmgr115>

GIRARDON- PERLINI, N. (2001). **O Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular cerebral no domicílio: o fazer de cuidador familiar**. Coleção trabalhos académicos científicos. Série dissertações de mestrado.

GONÇALVES, L, HISAKO T., COSTA, M., MARTINS M., NASSAR S., ZUNINO R. (2011) **The Family Dynamics of Elder Elderly in the Context of Porto, Portugal**. Revista Latino-Americana. Enfermagem 2011 May-Jun;19(3):458-66 [Consultado em 15/11/2011]; Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=8&sid=c7ef7e24-7a76-4bd5-9e91-a4538da2f5c4%40sessionmgr15>

GOMES, M. (1999). **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI Neonatal: Construindo possibilidades de cuidado**. Tese de doutoramento, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

GUYATT, G.; RENNIE, D. (2002) - **Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice**. Edited by and. Chicago, IL: American Medical Association, 736 p. ISBN 1-57947-174-9.

HÄGGSTRÖM, E., ENGSTRÖN, M., WADENSTEN, B.(2009) **A nine-month intervention programme focusing on empowerment; caregivers`s descriptions of changed behavior and increased room for acting** Understanding the needs of Families. Journal of Clinical Nursing, 18, (pp 866-873). [Consultado a 25/07/2010]; Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&hid=12&sid=09aeb735-a461-42a6-8f76-5d80c69c9714%40sessionmgr113>

HANSON, Shirley. (2005) **Enfermagem de cuidados de Saúde à Família**. Teoria, Prática e Investigação. 2ª edição, Loures: Lusociência 2005. ISBN:972-8383-

HARVIS, K. A. & RABINS, P. V. (1989). **Dementia Helping family caregivers cope**. Journal of Psychosocial Nursing, 27:5.

HAZZARD, W. R.; BRERMAN, E. L.; BLASS, J. P.; ETTINGER, W. H. & HALTER, J. B., (1994). **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 3rd Ed. New York: McGraw Hill.

ICN (2005). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1**. Ordem dos Enfermeiros.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0.** Genebra, 2005

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

INE (2002), “**O envelhecimento em Portugal, Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas**”. [Consultado em Novembro de 2011]. Disponível em; http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

JARVIS, A., MCINTOSH, GWENNE. (2009) **Carears` health clinic initiative in Edinburg: pilot evaluation** British journal of community Nursing vol 12, nº9; [Consultado em Fevereiro de 2010]. Disponível via EbscoHost em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&hid=107&sid=76e84b19-a8ee-4fa6-b24a-c17fa1887e2a%40sessionmgr112>

JENNIFER L. W., DEBRA L., BARBARA G., LAURA N., GITLIN (2009) **Optimizing Patient and Family involvement in Geriatric Home Care.** Journal of healthcare quality.Vol.31, nº2, pp. 24-33, 2009. [Consultado em Maio de 2010]. Disponível na Database: MEDLINE with Full Text em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=11&sid=a1e15c57-6e44-4280-a6c7-c2fcd5d9bc0f%40sessionmgr11>

JORGE, Ana (2004) - **Família e hospitalização da criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem;** Lusociência; Loures; ISBN 972-8383-79-7

KOZIER, Barbara (1993) – **Enfermaria Fundamental: Conceptos, procesos y prácticas.** Madrid: McGraw-Hill, 1993

LAGE, Maria (2005). **Cuidados Familiares a Idosos.** In C. Paúl & A. Fonseca **Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.** Lisboa: Climepsi Editores, pp. 203-229.

LANCASTER, J.; STANHOPE, M. – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.** 4ª ed. Lisboa: Lusociência

LAZARUS Richard; FOLKMAN, Susan (1996) – **Estrés y procesos cognitivos.** Barcelona: Martinez Roca, 1986

LAZARUS, Richard; FOLKMAN, Susan (1984). **Stress, appraisal and coping.** New York: Springer. ISBN: 0-8261-4191-9

MACHADO; Margareth (2004) **O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno.** [The caring process of an adolescent experiencing transition to maternal role]

MAAS, Tânia (2006) **O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a óptica da enfermagem;** Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Sector de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba 2006

MELEIS, Afaf (1997). **Theoretical nursing: development e progress.** 3 ed. Philadelphia: Lippincott,

MELEIS, A., SAWYER, L., HILFINGER, M. DEANNE, K. & SCHUMACHER, K. (2000). **Experiencing transitions: an emerging middle-range theory.** Advances in Nursing Science 23(1).

MELEIS, A. & TRANGENSTEIN, Patricia. (1994). **Facilitating Transitions: redefinition of thenursing.** Outlook 42(6).

MESSA Alcione (2006) **O impacto da doença crônica na família.** [Consultado em Setembro 2011] Disponível em: www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm

MGCOLDRICK, Mónica. **As mudanças no ciclo de vida familiar** – Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, (1995).

MINISTÉRIO DA SAÚDE Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa Assunto: **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Divisão de Doenças Genéticas, Crônicas e Geriátricas.** Data: 02/07/04

MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE (2006). **Decreto - Lei nº 101/06 - D.R., I Série A, nº 109** de 06/06/2006- **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.**

MINUCHIN Salvador. (1986) **Famílias, funcionamento e tratamento.** Porto Alegre; Artes Médicas; 1982. p. 64-5.

MIRIAM Burd (2006) Adolescência & Saúde **O adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes mellitus** volume 3 nº 1 Janeiro 2006. [Consultado em Setembro 2011]. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=147

MOREIRA, Isabel (2001) – **O Doente Terminal em Contexto Familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família.** Coimbra. Edições Formasau, ISBN: 972-8485-22-0,

MURPHY, S.A. (1990). **Human responses to transitions: a holistic nursing perspective.** Holistic Nursing Practice, v. 4, n. 3,

NGUYEN, Mai (2010) **Nurse´s assesment of caregiver burden** Med surg. Nursing- May/ june- vol. 18/nº3 pp 147-151 Disponível na Database: CINAHL Plus with Full Text [Consultado em Maio de 2010] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&hid=11&sid=a1e15c57-6e44-4280-a6c7-c2fcd5d9bc0f%40sessionmgr11>

NOGUEIRA, Maria (2003). Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro. Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Mestrado em Ciências de Enfermagem Porto, 222p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS: CADERNO TEMÁTICO – **Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)** - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Dezembro de 2009. [Consultado Julho de 2011] Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS: **Individualização das Especialidades Em Enfermagem: Fundamentos e Proposta do sistema.** 2007; [Consultado em Agosto de 2011] Disponível em :<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2007). **Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem.** Revista Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.** Aprovado por unanimidade em Assembleia geral extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

OREM, Dorothea.(1993). **Modelo de Orem: Conceptos de enfermeira en la práctica.** Barcelona: Masson.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003), **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**, Lisboa, Direcção-Geral de Saúde. [Consultado em Novembro de 2011] (Disponível em): http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

PASCHOAL, Sérgio (2007). **Autonomia e Independência**. In M. P. Netto (org.), Tratado de gerontologia. 2ª ed.. São Paulo: Atheneu, pp. 609-621.

PAUL, Constança (1997). **Lá para o fim da vida: Idoso, família e meio ambiente**. Coimbra: Climepsi Editores.

REIS; Gina (2007). **Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança**. Universidade do porto instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar; Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto, Abril de 2007

RELVAS, Ana (2000) **Ciclo vital da Família perspectiva sistémica**. Edições Afrontamento. 2000. ISBN: 972-36-0413-2

REVISTA **ORDEM DOS ENFERMEIROS**, nº25, ISBN: 1646-2629, Abril 2007

RIBEIRINHO, Carla (2005) **Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social**; Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Lisboa, 2005.

RIBEIRO, Cristina (2007); **Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação**. Revista Portuguesa Clínica Geral. 2007; 23:299-306

ROMANO, Bellkiss (1999) **Princípios para a prática da psicologia clinica em hospitais**. São Paulo, casa do psicólogo.

ROLLAND John. (1995). **Doença crónica e o ciclo de vida familiar**. In: Carter B, McGoldrick M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2a Ed. Porto Alegre: Artes Médicas

SAMPAIO, Daniel. (1994) – **A perspectiva sistémica em clínica geral/ medicina familiar**. In SAMPAIO, Daniel; et al (1994) - Família: Saúde e Doença. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul

SANTOS; Maria (2006) - **Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa**. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

SANTOS; Paulo (2005) **O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário - sobrecarga física emocional e social**. Dissertação apresentada para obtenção de grau de Mestre. Lisboa.

SANTOS, Sílvia (2003) **O cuidador familiar de idosos com demência: um estudo qualitativo em famílias de origem nipónica e brasileira**. Tese (Doutorado) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SCHUMACHER, K. & MELEIS, A. (1994). **Transitions: a central concept in nursing**. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship 26(2).

SEQUEIRA, C. (2007). **Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções**. Coimbra: Edições Quarteto.

STANHOPE, Mareia; LANCASTER, Jeanette, (1999) **Enfermagem Comunitária, promoção de grupos, famílias e indivíduos**. 4ªed. Lusociência, Lisboa.

SOUSA, L.; et al. (2004) - **Envelhecer em família**. Porto: Âmbar.

SPITZ Lúcia. (1997) **As reacções psicológicas à doença e ao adoecer**. In: Cadernos do IPUB. Saúde Mental no Hospital Geral. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. n. 6, p. 85-97.

TOMMEY. Ann; ALLIGOOD, Martha (2004) - **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. 5ª Edição ISBN: 972-8383-74-6

WHALEY, L.; WONG, Donna (1999) – **Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. (2002) – **Enfermeiras e família: um guia para avaliação e Intervenção na família**. 3ª ed. São Paulo: Roca Edições.

ZAGONEL, Ivete; Palmira Sanson (1999) **O cuidado humano transicional na trajectória de enfermagem**. Revista latino- Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, Julho 1999. [Consultado em Setembro 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.

ZAGONEL, Ivete; Palmira Sanson (1998) **O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transaccionais humanos**. *Acta Paul. Enf.* Vol.11, n.º2 (Maio/Ago 1998), p. 56-63 [Consultado em Setembro 2011]. Disponível em http://www.unifesp.br/denf/acta/1998/11_2/pdf/art6.pdf.

Anexos

ANEXO I- CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E CUIDADORES FAMILIARES

Quadro nº 1 Caracterização das Famílias

Famílias	Breve caracterização
Nº1	<p>Família Nuclear, constituída por um casal idoso, a residir só. A transição para dependência foi resultado de uma queda do senhor J. de 81 anos, no centro de dia, com fracturas que condicionaram a situação. Numa primeira fase, ocorreu uma aceitação por parte da esposa, a mesma assumiu a prestação de cuidados ainda que com apoio na higiene por parte do Centro de dia. A intervenção de Enfermagem passou sobretudo pela educação, supervisão dos cuidados prestados e articulação mobilizando apoios no sentido de conseguir adaptar as condições da habitação face as necessidades. Posteriormente, foi identificado stress no prestador de cuidados, a cuidadora exprimiu sentimentos de impotência e incapacidade de lidar com o cônjuge pelo agravamento do estado de saúde, com sucessivos internamentos. Perante esta situação, em conjunto com a família alargada, foi decidido que a melhor opção passaria pela saída do domicílio, para um lar. No entanto, ocorreu nova hospitalização que culminou no falecimento do senhor, antes mesmo de se avançar perante a decisão da família. Foi efectuada visita de luto à esposa, com bastante êxito pelo suporte emocional prestado.</p>
Nº2	<p>Senhora de 80 anos que residia só, viúva. Em consequência de queda no domicílio, com fractura do colo do fémur, internamento para colocação de PTA, surgiu a dependência. Os cuidados de Enfermagem iniciados numa fase precoce, ainda com cuidados curativos, incidiram também ao nível de apoio, ensino ao prestador de cuidados, neste caso específico a filha. A transição para esta situação envolveu uma série de adaptações pois a senhora passou a residir no domicílio da filha, como família alargada. A cuidadora de meia-idade, mostrou-se envolvida nos cuidados acedendo às intervenções de Enfermagem, mostrando envolvimento enquanto cuidadora.</p>
Nº3	<p>A senhora R. de 82 anos, viúva a residir só, sofreu um AVC isquémico, ficando com hemiplegia à esquerda, prostrada e afásica. Numa fase inicial, emergiu como cuidadora uma nora pela proximidade dos domicílios, foram efectuadas visitas de Enfermagem com intervenção baseada na educação, porém por indisponibilidade para cuidar da familiar por questões laborais e por decisão da família alargada, foi colocada numa casa de acolhimento. Foi efectuada visita para avaliação de enfermagem, com o intuito de encaminhar para a RNCCI. Neste sentido foi efectuada reunião com a equipa multidisciplinar, equipa coordenadora local na UCC, verificando a existência de critérios para Unidade de Convalescença ou de média duração e Reabilitação.</p>

Nº4	<p>A D. M. 81 anos, dependente após AVC, vive com o marido também ele de 81 anos que assumiu o papel de prestador de cuidados. Pela identificação da não adequação do papel de prestador de cuidados, tentativas de ensino e contactos com família alargada que não se mostrou muito inquieta com a situação e falta de condições habitacionais. Após várias tentativas de intervir na família sem sucesso, foi contactada assistente social, que já estava alerta no que se refere a esta família, verificando também a viabilidade de um pedido de complemento para dependência. Foi também contactada a coordenadora do apoio domiciliário local, exposto o caso, no sentido de efectuarem visita domiciliária. Isto com o intuito de propor apoio na higiene pessoal e da habitação até ai recusado pela família por questões monetárias segundo o filho e pela parte do cuidador percebidas como não necessárias.</p>
Nº5	<p>Família composta por um casal idoso, em que a esposa assume o papel de cuidadora em conjunto com ajuda de uma vizinha. A esposa recusa outro tipo de apoios que não o da vizinha no que se refere aos cuidados prestados ao senhor. Mostra-se no entanto disponível para a intervenção da enfermagem, na prestação de cuidados curativos, na intervenção ao nível da educação. A dependência surgiu por agravamento de doença de Parkinson, após duas quedas o senhor ficou dependente.</p>
Nº6	<p>O senhor de 88 anos, inusual dependente após vários internamentos por insuficiência respiratória. Pertence a uma família nuclear com filhos no domicílio. O agregado familiar é constituído pelo casal de 88 e 79 anos e dois filhos de 42 e 39 anos. O papel de prestador de cuidados é assumido ora por uma das filhas ora por uma nora (ambas com residência própria), a esposa também compartilha desse papel. A intervenção nesta família passou também em larga escala pela educação, facultar informação de eventuais apoios sociais a que poderiam recorrer, prestados também cuidados curativos. Nesta família foi imprescindível a articulação também com assistente social, junta de freguesia e câmara municipal para uma intervenção efectiva nas condições habitacionais, aspecto de elevada carência com repercussão na saúde familiar.</p>

Quadro nº2- Origem da dependência nas famílias em estudo e tipo apoios

Famílias	Familiar dependente em consequência de:	Apoios formais/ informais	
Nº1	Queda	Enfermagem de família	Centro de dia (apoio na higiene)
Nº2	Queda	Enfermagem de família	-
Nº3	Alzheimer	Enfermagem de família	Vizinha
Nº4	AVC	Enfermagem de família	Nora
Nº5	Queda	Enfermagem de família	Filha
Nº6	AVC	Enfermagem de família	Filha

Quadro nº 3 – Caracterização Prestador de cuidados Familiar

PC	Parentesco com pessoa dependente	Cuidador Familiar	Idade (anos)	Situação profissional	Género	Escolaridade
Famílias						
Nº1	Filha	Sim	52	Doméstica	Feminino	7º Ano
Nº2	Nora	Sim	38	Empregada	Feminino	7º Ano
Nº3	Marido	Sim	80	Reformado	Masculino	Analfabeto
Nº4	Esposa	Sim	76	Doméstica	Feminino	Analfabeta
Nº5	Esposa	Sim	79	Doméstica	Feminino	Analfabeta
Nº6	Esposa	Sim	78	Doméstica	Feminino	Analfabeta

**ANEXO II- CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DE ACORDO COM MDAIF
(RESULTADOS ESCALAS APLICADAS)**

Caracterização das famílias de acordo com MDAIF (resultados das escalas aplicadas)

Foi efectuada caracterização da dimensão estrutural e efectuado Genograma e Ecomapa de cada uma das famílias, ainda que não apresentado neste relatório por não se considerar pertinente para o mesmo.

De acordo com os resultados obtidos em relação ao Tipo de família, de acordo com a classificação adoptada pelo MDAIF, inserem-se todas na categoria de famílias nucleares. A caracterização das famílias incluiu também a Dimensão Desenvolvimental incluindo a etapa do ciclo vital, nomeadamente famílias com filhos adultos. (total das famílias) Relativamente à Dimensão funcional/ Instrumental foram consideradas em relação à existência de membro da família dependente, na qual se inclui o total das famílias e ao Papel prestador de cuidados respectivamente. De acordo com a aplicação das diferentes escalas, foram verificados os seguintes resultados:

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (avalia a dimensão funcional expressiva) O resultado consistiu em cinco das famílias incidem na menor probabilidade de incidência de doenças, sendo que probabilidade de adoecer com algum tipo de doença física e/ou psíquica, foi o resultado de apenas uma família e a probabilidade de adoecer com doença psicossomática, não se verificou em qualquer das famílias.

Pela aplicação da **Notação Social da Família (Graffar Adaptado)** Pontuação de acordo com os 5 itens (*profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação, local de residência*), os resultados obtidos foram duas famílias classificadas como classe média e as restantes famílias como classe média baixa.

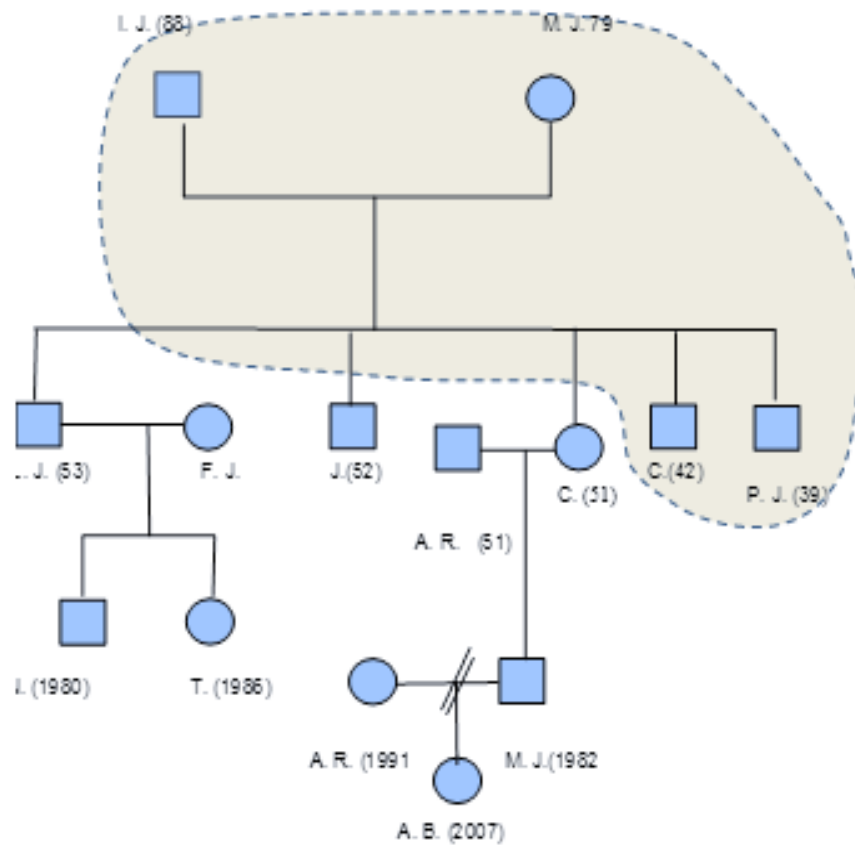
Segundo os resultados obtidos pela aplicação da **Escala de Faces II** Em relação coesão: quatro das famílias, encontram-se no parâmetro de família Separada, duas famílias ligadas, os restantes (muito ligada e desmembrada.) sem correspondência. Em relação Adaptabilidade: Não foram obtidos resultados para família muito flexível, flexível ou rígida, mas conclui-se a existência do total de famílias estruturadas. De acordo com estes resultados pode-se constatar em relação ao **Tipo de família**, que não se verificam famílias muito equilibradas ou extremas, mas sim duas famílias equilibradas e quatro famílias situadas no meio- termo.

Ao se avaliar a funcionalidade da família pela percepção dos seus membros, aplica-se o **Apgar Familiar de Smikstein**, assim, os resultados obtidos foram quatro Famílias altamente funcionais, duas Famílias com moderada disfunção e nenhuma Família com disfunção acentuada.

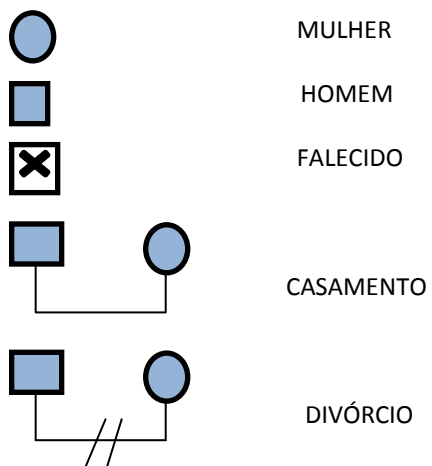
ANEXO III - GENOGRAMA E ECOMAPA DA FAMÍLIA "PINHEIRO" (Nome fictício)

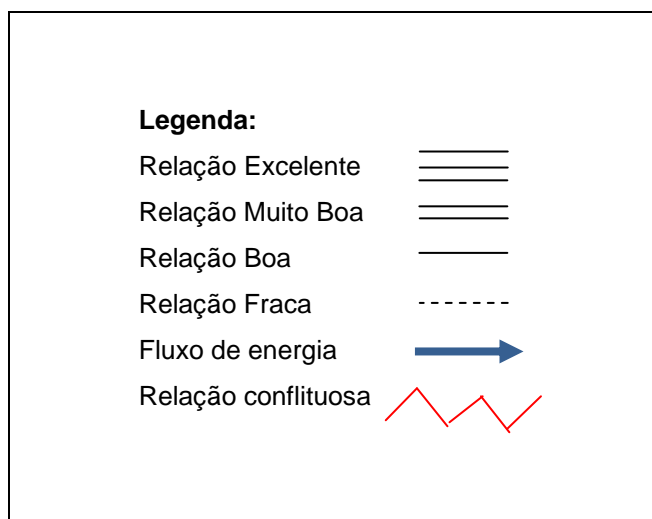
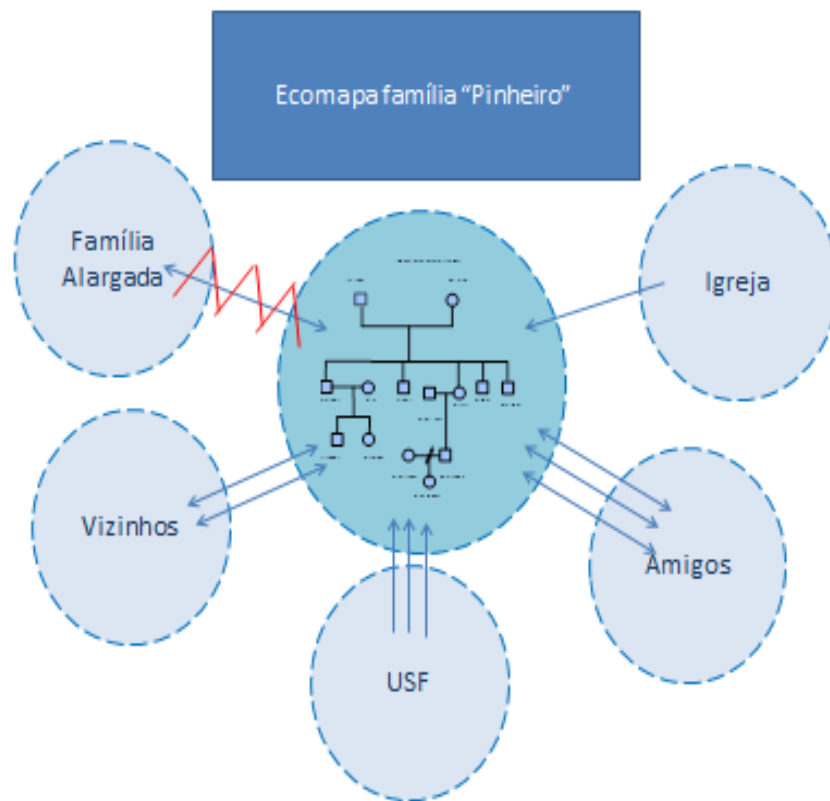
Genograma Família “Pinheiro”

Genograma família Pinheiro



LEGENDAS:





ANEXO IV - AVALIAÇÃO FAMILIAR DE ACORDO COM MDAIF (FAMÍLIA Nº6)

Avaliação Familiar

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Genograma
Ecomapa

• **Composição Familiar** (Inclui ordem de nascimentos e sub-sistemas)

○ Tipo de Família

- Casal
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
- Monoparental liderada pelo homem
- Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

○ Família extensa – Tipo de contacto.

- Pessoal
- Telefónico
- Carta/e-mail
- Outro

○ Família extensa – Intensidade de contacto

- Diário
- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Outro
- Especificar _____

○ Família extensa – Função das relações

- Companhia social
- Apoio emocional
- Guia cognitivo e conselhos
- Regulação social
- Ajuda material e de serviço
- Acesso a novos contactos

○ Sistemas mais Amplos

• Trabalho

- Vínculo Forte
- Vínculo Forte: Especificar elemento
- › Intermédio
- Vínculo Intermédio: Especificar elemento
- Vínculo Fraco
- Vínculo Fraco: Especificar elemento
- Gerador de Stress
- Gerador de Stress: Especificar elemento

- Instituições de Ensino – Escola
- Instituições de Saúde
- Instituições Religiosas
- IPSS
- Actividades de Lazer e Cultura
- Amigos
- Outros Sub-sistemas

- **Classe Social** (Escala de Graffar adaptada)

Edifício residencial

- Barreiras arquitectónicas SIM NÃO

Se SIM, quais: Encosta; Portas estreitas

- Aquecimento SIM NÃO
- Tipo de aquecimento

Central
 Aquecedor a gás
 Aquecedor eléctrico
 Lareira
 Cobertor eléctrico

- Abastecimento de gás SIM NÃO

Tipo de abastecimento de gás

Gás canalizado
 Gás de botija

Higiene da habitação SIM NÃO

- **Sistema de abastecimento**

- Abastecimento de água

Não tem
 Rede pública
 Rede privada (furo/ poço)
 Rede mista

- Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM NÃO

Controle da qualidade da água SIM NÃO

- Serviço de tratamento de resíduos

Rede pública
 Fossa séptica
 Não tem

- **Ambiente Biológico**

- Animal doméstico SIM NÃO

Se sim qual ou quais: _____

Vacinação SIM NÃO

Desparasitação SIM NÃO

Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.)

DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

- Etapa do Ciclo Vital Familiar

1. Formação do casal

2. Família com filhos pequenos

3. Família com filhos na escola

4. Família com filhos adolescentes

5. Família com filhos adultos

DIMENSÃO FUNCIONAL - INSTRUMENTAL

- Membro da família dependente SIM NÃO

Dependência em:

- Autocuidado Higiene SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

- Autocuidado Vestuário SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

- Autocuidado Comer SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Autocuidado Beber SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Autocuidado Ir ao sanitário SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Autocuidado Comportamento sono-reposo SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Autocuidado Cuidado de lazer SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Autocuidado Actividade Física SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: nora

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Gestão do regime terapêutico SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Autovigilância SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Auto-administração de medicamentos SIM NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM NÃO

Se SIM quem: Uma das filhas; nora e por vezes esposa

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar _____

○ Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Iltrado SIM NÃO

Profissão _____

Contacto _____

Papel de Prestador de cuidados

- Conhecimento do papel

1. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene: Não adequado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência

Não

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho *Sim*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes *Não*

Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes

Não

Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário *Não*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, excovar) *Sim*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia *Não*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia *Não*

2. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência

Não

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir *Sim*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir *Sim*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir *Sim*

3. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência

Não

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG) *Sim*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação *Sim*

4. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência

Não

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos *Sim*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos *Sim*

5. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos *Não*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos *Sim*

6. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso *Sim*

7. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade recreativa

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter actividades de lazer *Não*

8. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade física

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) *Não*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos *Não*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos *Sim*

9. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso *Sim*

10. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar *Não*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial *Não*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés *Não*

11. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência *Não*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos *Não*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos *Sim*

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos *Sim*

Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos *Não*

Comportamentos de adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente *Não*

O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente *Sim*

O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente *Sim*

O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente *Não*

A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente *Não*

O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente *Sim*

O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente *Não*

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente *Não*

O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância *Sim*

Consenso do Papel SIM NÃO

Se NÃO, especificar; Papel de cuidador ora executado pela nora a troco de dinheiro ou pela filha consoante a existência de desentendimentos ou não entre sogra e nora e também com a cunhada (desentendimentos em relação à prestação de cuidados e a nível monetário).

Conflitos de papel SIM NÃO

Se SIM, especificar conflitos pela discórdia entre cunhadas em relação aos cuidados.

Saturação do papel SIM NÃO

Se SIM, especificar; Saturação referida pelas cuidadoras em consequência, do elemento da família dependente não aceitar a sua condição e agredir/ ameaçar verbalmente as prestadoras de cuidados. O Sr.º não colaborava nos cuidados

DIMENSÃO FUNCIONAL – EXPRESSIVA

- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Comunicação Familiar

Comunicação Emocional

Quem na família expressa mais os sentimentos A esposa do Sr.I.J.

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da **Sim**

Se NÃO, especificar _____

Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros **Sim**

Se NÃO, especificar _____

Impacto que os sentimentos de cada um têm na **Família Favorável/Não Favorável**

Se NÃO Favorável, especificar _____

Comunicação Verbal/ Não verbal

Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. **Sim**

Se NÃO, especificar _____

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros **Sim**

Se NÃO, especificar _____

Comunicação Circular

Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família **Sim**

Se NÃO, especificar _____

Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa Favorável/Não Favorável

Se NÃO FAVORÁVEL especificar _____

Coping Familiar

Solução de Problemas

Quem na família habitualmente identifica os problemas A esposa

Quem tem a iniciativa para os resolver A esposa

Existe discussão sobre os problemas na família Sim

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas Sim

Se NÃO, especificar _____

A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas Não

Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas Sim

Se NÃO, especificar _____

Papéis Familiares

Interacção de Papéis

Papel provedor

Quem desempenha Filho

Consenso do Papel SIM NÃO

Se NÃO, especificar _____

Conflitos de papel SIM NÃO

Se SIM especificar _____

Saturação do papel SIM NÃO

Se SIM, especificar _____

Papel gestão financeira

Quem desempenha Filho

Consenso do Papel SIM NÃO

Se NÃO, especificar _____

Conflitos de papel SIM NÃO

Se SIM especificar _____

Saturação do papel SIM NÃO

Se SIM, especificar _____

Papel Cuidado Doméstico

Quem desempenha A Esposa

Consenso do Papel SIM NÃO

Se NÃO, especificar _____

Conflitos de papel SIM NÃO

Se SIM especificar _____

Saturação do papel SIM NÃO

Se SIM, especificar _____

Papel Recreativo

Quem desempenha A Esposa

Consenso do Papel SIM NÃO

Se NÃO, especificar _____

Conflitos de papel SIM NÃO
 Se SIM especificar _____
 Saturação do papel SIM NÃO
 Se SIM, especificar _____
 Papel de Parente
 Quem desempenha _____
 Consenso do Papel SIM NÃO
 Se NÃO, especificar _____
 Conflitos de papel SIM NÃO
 Se SIM especificar _____
 Saturação do papel SIM NÃO
 Se SIM, especificar _____

Crenças

Crenças familiares

Religiosas Sim (ainda que não determinantes no processo de adaptação da família)

Espirituais: Aspecto sem evidencia directa na dinâmica familiar

Valores : algum conflito associado ao papel familiar (de Cuidador), por não existir consenso.

Culturais: (Aspecto pouco explorado)

Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde: A intervenção dos profissionais de saúde, mais especificamente Enfermeira de saúde familiar foi amplamente aceite, face às expectativas do contributivo na promoção, e também recuperação da saúde familiar e como agente mediador da dinâmica familiar.

DIMENSÃO FUNCIONAL - EXPRESSIVA

- Relação Dinâmica
 - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
 - Influência e Poder

Membro com maior poder na família: Esposa

Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros SIM

Se NÃO, especificar _____

- Alianças e Uniões

Existem na família alianças entre alguns dos seus membros S/N: Sim

Se Sim especificar (quem e que tipo de alianças) Entre mãe e filha

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua

União S/N: Sim

Se NÃO, especificar _____

- Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)

Coesão

Desmembrada

Separada

Ligada
Muito ligada

Adaptabilidade

Rígida
Estruturada
Flexível
Muito Flexível

Tipo de Família

Muito equilibrada
Equilibrada
Meio-termo
Extrema

- Funcionalidade da Família – percepção dos membros

Apgar Familiar de Smilkstein

Membro Esposa Resultado

Família altamente funcional
Família com moderada disfunção
Família com disfunção acentuada

Membro Nora Resultado

Família altamente funcional
Família com moderada disfunção
Família com disfunção acentuada

Membro Filha Resultado

Família altamente funcional
Família com moderada disfunção
Família com disfunção acentuada

ANEXO V- Escalas utilizadas na Avaliação Familiar (família “Pinheiro”):

1. Escala de readaptação social de Holmes e Rahe (Quadro nº 4);
2. Apgar Familiar De Smilkstein (Quadro nº 5);
3. Escala de Graffar Adaptada (Quadro nº6);
4. Critérios relativos ao tipo de Habitação;

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE

Este questionário é composto por 43 acontecimentos. Assinale com um "X" naqueles que ocorreram na sua família no último ano.

Quadro nº4 Escala de readaptação social de Holmes e Rahe aplicada família nº6

Nº	Acontecimento	Assinale com um "X"	Valor Médio
1	Morte de cônjuge		100
2	Divórcio		73
3	Separação conjugal		65
4	Saída da cadeia		63
5	Morte de um familiar próximo		53
6	Acidente ou doença grave		53
7	Casamento		50
8	Despedimento		47
9	Reconciliação conjugal		45
10	Reforma		45
11	Doença grave de família	X	44
12	Gravidez	X	40
13	Problemas sexuais		39
14	Aumento do agregado familiar		39
15	Readaptação profissional		39
16	Mudança da situação económica		38
17	Morte de um amigo íntimo		37
18	Mudança no tipo de trabalho		36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge		35
20	Contrair um grande empréstimo		31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo		30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho		29

23	Filho que abandona o lar		29
24	Dificuldades com a família do cônjuge		29
25	Acentuado sucesso pessoal		27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego		26
27	Início ou fim de escolaridade		26
28	Mudança nas condições de vida		25
29	Alteração dos hábitos pessoais		24
30	Problemas com o patrão		23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho		20
32	Mudança de residência		20
33	Mudança de escola		19
34	Mudança de diversões		18
35	Mudança de actividades religiosas		19
36	Mudança de Actividades Sociais		18
37	Contrair uma Pequena Dívida		17
38	Mudança nos Hábitos de Sono	X	16
39	Mudança no Número de Reuniões Familiares		15
40	Mudança nos Hábitos Alimentares		15
41	Férias		13
42	Natal		12
43	Pequenas Transgressões à Lei		11
TOTAL		105	440

2. Interpretação dos Resultados

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças;

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica;

>300: 80% de possibilidade de adoecer por doença psicossomática

Quadro nº 5- Escala de FACES II (Aplicada Família nº6)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.			×		
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.		×			
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					×
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.		×			
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	×				
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.		×			
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.		×			
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	×				
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					×
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família				×	
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.		×			
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.		×			
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.		×			
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.		×			
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.				×	
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				×	

17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.		X			
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.		X			
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.			X		
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.		X			
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.			X		
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.			X		
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros			X		
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.				X	
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros			X		
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.		X			
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	X				
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.				X	
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					X
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros			X		

Nota:

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

Família Separada; Estruturada; Meio-termo (3/3/3)

Apgar Familiar De Smilkstein

Quadro nº 6 Apgar Familiar De Smilkstein (Aplicada Família nº6- Filha)

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		X	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		X	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL:	6 pontos		

Quase sempre - 1 ponto
 Algumas vezes - 2 pontos
 Quase nunca - 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional
 4 a 6 – Família com moderada disfunção
 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Família de Classe Baixa

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

Critérios relativos ao tipo de Habitação:

- Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + electrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

 - Grau 2 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + electrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural.

 - Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + electrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural.
- Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os electrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/electricidade + escassa ventilação + luz natural.
- Grau 5- + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/electricidade + sem ventilação + sem luz natural.

ANEXO VI- PROTOCOLO DE PESQUISA DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Quadro nº 8- Critérios utilizados para a questão PICO

P	População	Quem foi estudado?	Famílias cuidadoras	Palavras-chave:
I	Intervenção	O que foi feito?	Intervenção do Enfermeiro de família.	Família; Família
C	Comparação	Podem existir ou não	–	Cuidadora;
O	Outcomes	Resultados/ efeitos consequências	Adaptar situações de transição para estado de dependência.	Enfermeira; Adaptação; Transição; Dependência.

PROTOCOLO DE PESQUISA DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Quadro nº9- Pesquisa dos descritores, em Abstrat e Full text a 15/11/2011, nas bases de dados (via Ebsco).

Descritores	Número de Artigos a 15/11/2011			
	Com filtro cronológico (2010-2011)		Sem filtro cronológico	
	Abstract	Full Text	Abstract	Full text
Nurse	24159	116063	193202	1183801
Family caregiver	488	2091	2867	13882
Adaptation	23467	92241	146564	709518
Total:	48114	210395	168753	1907193

Quadro nº10- Cruzamento dos descritores dois a dois em Abstrat e Full text a 15/11/2011 nas bases de dados (via Ebsco).

Cruzamento dos Descritores (2 a 2)	Número de Artigos a 15/11/2011			
	Com filtro cronológico (2010-2011)		Sem filtro cronológico	
	Abstract	Full Text	Abstract	Full text
Nurse X Family caregiver	37	926	243	6292
Nurse X Adaptation	140	5207	1015	49836
Family caregiver X Adaptation	7	347	41	3025
Total:	184	6480	1079	59153

Quadro nº 11- Cruzamento dos três descritores em Abstrat e Full Text, a 17/07/2010 nas bases de dados (via Ebsco).

Pesquisa via Ebsco a 15/11/2011				
Cruzamento dos Descritores	Número de artigos em 15/11/2011			
	Com filtro cronológico (2010-2011)		Sem filtro	
	Abstract	Full-text	Abstract	Full text
Nurse X Family caregiver X Adaptation	1	176	1	1490
Total:	1668 Artigos			

Quadro nº 12- Artigo da pesquisa efectuada a 15/11/2011

Artigo	The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal	
Desenho	Estudo tipo exploratório, de natureza diagnóstico - avaliativa.	
Participantes	Participantes constituíram-se por par formado por familiares cuidadores e idosos de 80 e mais anos, dependente de cuidados. Integraram a amostra 107 famílias	
Objectivos	Este é um estudo descritivo que objectivou conhecer a dinâmica de família de idosos com 80 anos ou mais, sob cuidados do familiar cuidador, em domicílio.	
Questão de Investigação	Determinar os factores que afectam a dinâmica familiar, funcionalidade familiar em famílias com idosos dependentes.	
Intervenções	Foram aplicados o QPFC- questionário de perfil da família cuidadora, (ao cuidador); O APGAR familiar (ao idoso); Por fim, para avaliar qualidade de vida e estilo de vida, tanto ao idoso como familiar cuidador foi aplicado o WHOQOL- Brief, complementando o idoso com a versão WHOQOL-Old.	
Resultados	<p>Cuidadores e idosos, estão registrados na unidade de saúde familiar da grande região do Porto, compuseram uma amostra de 107 unidades. Dados foram colhidos entre 9/2009 e 3/2010, por instrumentos de dinâmica familiar, qualidade de vida e de estilo de vida, e resultaram em: aumento de cuidador masculino e de cônjuge idoso de seu par dependente e inclusão substancial no elenco de familiares cuidadores: netas (os), sobrinhas (os) e irmãs (os). Estilo de vida do cuidador revelou-se regular como também a qualidade de vida de ambos: cuidador e idoso, apesar de a dinâmica de família se mostrar de boa funcionalidade.</p> <p>Limitações impedem a generalização dos resultados, porém, fornece subsídios relevantes para o desenvolvimento do programa de saúde familiar e de enfermagem de família.</p>	
Nº do artigo: 6	Nível de evidência: VI	Tipo estudo: Qualitativo descritivo

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=8&sid=c7ef7e24-7a76-4bd5-9e91-a4538da2f5c4%40sessionmgr15>

Quadro nº 13- Artigo da pesquisa efectuada a 15/11/2011

Artigo	Effect of stroke on family carers and family relationships	
Desenho	Revisão de literatura (através das bases de dados MEDLINE E CINAHL)	
Participantes	-	
Objectivos	O objectivo deste artigo é descrever o stress e os condicionalismos experienciados pela família após um episódio de AVC e os factores que promovem na família bem-estar e resiliência.	
Questão de Investigação	Os efeitos do AVC nos cuidadores familiares (bem estar emocional e saúde física) e as relações da pessoa dependente e sua família.	
Intervenções	Revisão literatura	
Resultados	Os efeitos do acidente vascular cerebral em famílias são consideráveis. Os Membros da família podem esforçar-se para adaptar-se ao papel de cuidadores, os relacionamentos entre os sobreviventes do acidente vascular cerebral e os mais próximos, são muitas vezes alterados pela doença. Este artigo fornece uma visão geral sobre os efeitos do AVC na dinâmica familiar e identifica as intervenções de suporte aos sobreviventes dependentes e suas famílias durante este período difícil.	
Nº do artigo: 8	Nível de evidência: V	Tipo estudo: Revisão Sistemática da literatura

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=9&sid=d821368e-1dcb-4e27-a300-7178861c446b%40sessionmgr115>

Quadro nº 14 Artigo pesquisa efectuada a 15/11/11

Artigo	The impact of assuming the primary caregiver role following traumatic spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis of the spouse's experience	
Desenho	Estudo observacional transversal	
Participantes	Foram realizadas entrevistas individuais com 11 participantes que foram o cônjuge e o cuidador principal de um indivíduo com um lesão traumática da coluna; destes, 10 eram mulheres e 1 homem. Todas as entrevistas foram transcritas 'Verbatim'.	
Objectivos	Este estudo tem como objectivo de explorar a experiência vivida de assumir o papel de cuidador principal num grupo de cônjuges de indivíduos que vivem com uma lesão traumática da medula espinhal (SCI) (lesões de paraplegia a tetraplegia).	
Questão de Investigação	Foi explorada a questão da dependência na perspectiva da pessoa dependente e posteriormente, a situação de mudança dos papéis (cônjuge para cuidador).	
Intervenções	Entrevistas sujeitas a análise fenomenológica interpretativa.	
Resultados	No que diz respeito ao impacto emocional de lesões da coluna vertebral, os participantes relatam um sentimento quase instantâneo de perda, vazio e dor durante período de reabilitação e sentimentos de ansiedade foram relatados em antecipação de seu retorno a casa à família. Foi relatada uma mudança, no papel de esposa para prestadora de cuidados, que contribuiu com uma mudança no relacionamento e uma perda da identidade anterior. Os resultados são discutidos em relação a Literatura existente sobre o cuidador e recomendações para suporte a futuros cuidadores são realçadas.	
Nº do artigo: 17	Nível de evidência: VI	Tipo de estudo: Qualitativo Descritivo

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=8&sid=c7ef7e24-7a76-4bd5-9e91-a4538da2f5c4%40sessionmgr15>

Quadro nº 15- Critérios de inclusão e exclusão de artigos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Família nas diferentes fases ciclo vital; • Contexto domiciliário; • Família transição dependência; • Cuidados prestados pela família; • Enfermeiro como agente capacitador dos cuidados; • Estudos qualitativos e quantitativos revisões sistemáticas da literatura; artigos com título e Abstrat, Fulltext; com formato PDF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos com base em indivíduos; • Cuidadores familiares de pessoa em situação de doença crónica; • Contexto hospitalar; • Artigos sem Full- text; • Artigos sem relação com área de estudo; • Artigos com metodologia pouco explícita; • Artigos repetidos; • Artigos anteriores a 2010.

ANEXO VII- Folhetos informativos para intervenção Familiar

ANEXO VIII- Protocolo de intervenção na visita domiciliária à família com elemento dependente

Anexo IX- Proyecto de Estágio II

Anexo X- Artigos da Revisão Sistemática da Literatura