



CUIDAR DA FAMÍLIA COM UM IDOSO DEPENDENTE: FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABEL MARIA BATISTA DE ARAÚJO

Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

2010

Isabel Maria Batista de Araújo

CUIDAR DA FAMÍLIA COM UM IDOSO DEPENDENTE: FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em
Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto
de Ciências Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Doutora Maria Constança Leite de
Freitas Paúl Reis Torgal

Professora Catedrática

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Co-orientador – Doutora Maria Manuela Ferreira
Pereira da Silva Martins

Professora Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

O envelhecimento é um processo universal, normal, gradual, irreversível, inevitável, inerente à própria vida. Na Europa registam-se taxas elevadas de pessoas muito idosas sendo que Portugal enquadra-se no padrão da média comunitária e está classificado como o sétimo país mais envelhecido. As políticas sociais e de saúde actuais preconizam a manutenção dos idosos no seu domicílio. Actualmente deparamo-nos com um número significativo de pessoas idosas incapazes de satisfazer as exigências do autocuidado. A evidência dos factos patenteia que é a família que presta a maior parte dos cuidados às pessoas idosas dependentes em contexto familiar. Assim sendo, esta problemática afecta a prática da enfermagem, a investigação e o ensino sobre família. Centrados nas evidências científicas questionamos: *Sendo os enfermeiros elementos centrais das equipas de saúde, será que a formação base contribui para o desenvolvimento de competências necessárias para intervir em contexto familiar de famílias com um idoso dependente?*

No período de Janeiro de 2007 a Junho de 2008 desenvolvemos um estudo quase experimental exploratório de corte descritivo correlacional, concebido em duas fases distintas: na 1ª fase reportou-se à construção e implementação de um programa de formação e na 2ª fase à avaliação e intervenção em famílias com um idoso dependente. Recorremos a triangulação de metodologias e de participantes. O objectivo geral foi estudar a influência de um programa de desenvolvimento de competências na área do cuidar de famílias com um idoso dependente em contexto familiar. O programa apoiou-se numa perspectiva sistémica relacional, centrada na ecologia social da família ou redes complexas com que esta interage, vive e se desenvolve, e no Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary. No final da 1ª fase concluímos que os estudantes do grupo experimental tinham mais conhecimentos e habilidades para avaliar e intervir em famílias. No contexto desta investigação construímos e validamos uma Escala de Avaliação de Papéis Familiares, instrumento que se revelou adequado para pessoas com nível de instrução baixo e que pode ser aplicado na forma de heteropreenchimento.

Na 2ª fase trabalhamos com uma amostra intencional composta por 108 famílias, sendo estas, nucleares, maioritariamente formadas por um conjunto de 2 ou 3 elementos e a viverem a fase da partida dos filhos ou com filhos adultos/velhos. Os elementos dos agregados familiares caracterizavam-se por baixa escolaridade, sendo maioritariamente domésticas, reformados ou desempregados que cuidam de idosos totalmente dependentes.

São famílias com rede e apoio social limitado. Assumem o papel terapêutico e outros de uma forma integral há mais de quatro anos. São famílias com coesão e adaptabilidade e manifestaram baixos níveis de sintomatologia psicológica. A diferença de resultados encontrados no grupo experimental permitem-nos afirmar que se formarmos profissionais com competências para avaliar e intervir em famílias obtemos ganhos na saúde das famílias.

Foi nossa intenção, por um lado, promover o conhecimento sobre famílias com um idoso dependente, de uma região do Norte de Portugal e, por outro, contribuir para a melhoria da formação de enfermeiros, e, por consequência, melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem de família.

ABSTRACT

Ageing is a universal, common, gradual, irreversible and inevitable process, inherent to life itself.

Europe possesses high rates of elderly people and Portugal is ranked as the seventh most elderly country in Europe. Social and Health policies lead to the maintenance of elderly at their homes. Nowadays we come across a significant number of elderly who aren't able to fulfil their basic needs by themselves. Such evidence proves that it's the family which helps the elderly in a familiar context. Therefore, this problematic issue affects nursing practices, research and teaching about family. Focused on scientific evidence we question ourselves: *while nurses are the central elements in health teams, is the basic knowledge enough for the development of necessary skills to intervene in families with a dependant old person?*

From January 2007 to June 2008 we developed a quasi-experimental study divided into 2 distinct phases. The 1st phase was about construction and settlement of a training programme and phase 2 was dedicated to the intervention and evaluation of families with a dependant old person. We use either quantitative or qualitative approaches. The overall objective was to study the influence of a programme to develop skills in the area of caring for families with a dependant old person in the family context. The programme was supported by a relational systemic perspective, focusing on the social ecology of the family or complex networks with which it interacts, lives and grows, and by the Model Evaluation and Intervention of Calgary. At the end of Phase 1 we concluded that students in the experimental group had more knowledge and skills to assess and intervene in families. In this research we designed and validated a Rating Scale of Family Roles that has proved suitable for people with low level of Education and which can be filled by others through an interview.

In Phase 2 we worked with a non probabilistic sample of 108 nuclear families, mostly consisting in two or three elements. These families were experiencing the departure of their children, or they were families with adult children. The elements of the households were characterized by low education, being mostly domestic, retired or unemployed people who care for totally dependant old people

They were families with limited network and social support. They had assumed not only the therapeutic role but also other roles in an integral way for more than four years. They are families with cohesion and adaptability and expressed low levels Psychological symptoms. The difference in the results found in the experimental group allows us to say that if we train professionals with skills to assess and intervene in families, we will obtain more positive results in the family's health.

Our intention was firstly to promote knowledge about families with a dependant old person from a region in the North of Portugal, and also to contribute to the improvement of nursing education and consequently improve the quality of Family Nursing.

AGRADECIMENTOS

De uma forma particular agradeço à Orientadora Professora Doutora Constança Paúl a orientação, o apoio, a disponibilidade, as críticas e sugestões, e interesse na colaboração desta investigação.

À Co-orientadora Professora Doutora Maria Manuela Martins pelo seu olhar crítico que suscitou continuamente novos questionamentos, desafios que promoveram o crescimento pessoal e profissional.

À ESSVA agradeço o apoio em recursos materiais. Expresso os meus agradecimentos ao Professor Doutor Almeida Dias pelo seu apoio, disponibilidade e participação activa, principalmente nos momentos mais críticos de operacionalização desta investigação.

Este trabalho não teria sido possível sem a valiosa colaboração dos estudantes da ESSVA, 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem, participantes neste estudo, a quem quero aqui expressar os meus agradecimentos pelo apoio, encorajamento, interesse continuado, e, sobretudo, pela solidariedade e cooperação.

A todas as famílias que participaram na investigação pela sua disponibilidade, abertura e partilha de vivências que permitiram compreender os seus modos de vida e desta forma contribuíram para o aumento de conhecimentos promoção de saúde das famílias.

Expresso a minha gratidão e estima a muitos amigos e colegas da ESSVA e das Unidades de Saúde que proporcionaram, no decorrer desta investigação, uma rede segura que permitiu manter o meu investimento no estudo com famílias com um idoso dependente.

Deixo também uma palavra de agradecimento à bibliotecária Andrea pela sua colaboração na revisão bibliográfica.

À minha prima Rosário um muito obrigado pela atenção, disponibilidade, apoio na revisão do texto durante todas as fases do desenvolvimento desta investigação.

Por fim, quero expressar toda a minha gratidão à minha família que me proporcionou: apoio e incentivo, e porque sempre acreditaram que seria capaz de responder a este desafio.

Muito Obrigada!

SIGLAS

ACES _ Agrupamentos de Centros de Saúde

AIVD – Actividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Actividades de Vida Diárias

BSI – Brief Symptom Inventory

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CNP – Classificação Nacional da Profissões

DNA – Deoxyribo Nucleic Acid

EAF – Escala de Ambiente familiar

EAPF – Escala de Avaliação de Papéis Familiares

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

ESSVA – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

FACES III – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSRJ – Instituto Nacional de Saúde Dr.Ricardo Jorge

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação da Família

$\bar{x}$ = Média

MICF - Modelo de Calgary de Intervenção na Família

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

T - Estatística do Teste de Wilcoxon

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

W - Estatística do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney

WHO – World Health Organization

PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES

Referenciamos os artigos e comunicações que foram desenvolvidos durante o percurso desta investigação. Os artigos que aguardam publicação são capítulos ou sub-capítulos desta tese Doutoral.

ARTIGOS PUBLICADOS

Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. (2008). Cuidar das Famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à Comunidade – Um desafio. *Referência*, II Série(7), 43-53.

Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: Desabafos de quem cuida. *Ciência Cuidado e Saúde*, 8(2), 191-197.

ARTIGOS QUE AGUARDAM PUBLICAÇÃO

Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. “Cuidar no Paradigma da Desinstitucionalização: A Sustentabilidade do Idoso na Família”. (em Revisão – *Referência*, artigo II 1013).

Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. “Viver com mais idade em Contexto Familiar: Dependência no auto-cuidado” (em Revisão – *Revista REEUSP*).

Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. “Famílias Cuidadoras de Idosos Estrutura e Desenvolvimento” (em Revisão – *Ciência Cuidado e Saúde*, artigo 343).

Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. “Evaluation of Questionnaire on Family Roles – Evaluation of Psychometric Properties”

COMUNICAÇÕES

Poster: Evaluation of Questionnaire on Family Roles: Evaluation of Psychometric Properties. 9th International Family Nursing Conference. 4 Junho 2009.

ÍNDICE

Índice de Figuras	19
Índice de Quadros	21
Índice de Tabelas	23
Índice de Gráficos	25
 INTRODUÇÃO	 27
 CAPÍTULO 1	
ENTARDECER NA VIDA COM DEPENDENCIA	35
1.1 – Envelhecimento	35
1.2 – Idoso Dependente	44
1.3 – Família: Cuidador Principal do Idoso Dependente	48
 CAPÍTULO 2	
MODELO DE INTERVENÇÃO EM FAMÍLIA	55
2.1 – Perspectiva Sistêmica da Família	55
2.2 – Saúde Familiar um Desafio para a Enfermagem	61
2.3 – Enfermagem de Família Suporte Conceptual	65
2.3.1 – Modelo de Calgary	66
2.3.2 – Intervenções de Enfermagem na Família	76
 CAPÍTULO 3	
TREINAR ENFERMEIROS PARA CUIDAR DE FAMÍLIAS COM UM IDOSO DEPENDENTE	 83
3.1 – Intervenção Educativa para Cuidar de Famílias:	
Construção e Implementação de um Programa de Formação	83
3.1.1 – Complementaridade de Saberes: Competências para o Sec XXI	87
3.1.2 – Formação Inicial em Enfermagem	89
3.1.3 – Processo Pedagógico da Formação	91
3.2 – Saberes dos Estudantes sobre Enfermagem de Família:	
Ponto de Partida para a Fase Experimental	106

CAPÍTULO 4

TER A FAMÍLIA COMO FOCO DE INTERVENÇÃO	109
4.1 – Desenvolvimento da Escala de Avaliação de Papéis Familiares	109
4.1.1 – Processos Familiares: Papéis Familiares	111
4.1.2 – Material e Métodos na Construção da Escala	117
4.1.3 – Resultados da Escala de Avaliação de Papéis Familiares para a População em Geral	120

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA	127
5.1 – Tipo de Estudo	127
5.2 - Objectivos	129
5.3 - Questões Orientadoras	131
5.4 – Desenho da Investigação	132
5.5 – Variáveis em Estudo	133
5.6 – Protocolo de Colheita de Informação	142
5.7 – Percorso da Investigação	152
5.8 – Aspectos Éticos	158

CAPÍTULO 6**SAÚDE FAMILIAR**

E DEPENDENCIA DE UM DOS SEUS MEMBROS	161
6.1 – O Estudo Realizado	162
6.1.1 – Selecção e Caracterização da Amostra	165
6.1.2 – Um Olhar Detalhado nas Famílias com um Idoso Dependente	169
6.1.3 – O Perfil do Idoso Dependente em Contexto Familiar	177
6.2 – (Re)Conhecer e Cuidar do Cuidador Familiar	185
6.3 – O Impacte do Cuidar das Famílias com um Idoso Dependente	194
6.4 – Análise da Opinião dos Estudantes e das Famílias: Contributos para um Desenho Curricular	236
6.4.1 – Da Intervenção à Inovação no Desenho Curricular	236

CONCLUSÃO**DAS PARTES PARA O TODO:**

Processo de Formar para Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente	253

BIBLIOGRAFIA	267

ANEXOS

I – Questionário Avaliação da Formação Extra Curricular	291
II – Teste Avaliação de Conhecimentos	295
III – Protocolo de Colheita de Informação	299
IV – Entrevista ao Cuidador Principal	315
V – Entrevista Estudantes	319
VI – Pedidos Colheita de Dados	323
VII – Termo Consentimento Informado Estudantes	327
VIII – Termo Consentimento Informado Famílias	331

ÍNDICE DE FIGURAS

1 - Diagrama do MCAF	67
2 - Síntese dos conteúdos Lecionados na Licenciatura em Enfermagem	94
3 - Etapas da construção e validação da EAPF	117
4 - Diagrama da Investigação	132
5 - Percurso da investigação fase experimental	153
6 - Síntese da colheita de informação da fase 2 da investigação	163
7 - Processo de desenvolvimento curricular	237
8 - Fases de elaboração de um currículo	238
9 - Síntese das principais categorias da avaliação dos estudantes	240

ÍNDICE DE QUADROS

1 - Dados referentes aos estudantes	92
2 - Resultados da avaliação dos conteúdos da formação	104
3 - Resultados da avaliação dos aspetos pedagógicos	104
4 - Análise factorial da EAPF	122
5 - Scores médios EAPF	125
6 - Variável independente: programa de formação	134
7 - Avaliação dos conhecimentos dos estudantes	135
8 - Variável dinâmica familiar	135
9 - Variável ambiente familiar	136
10 - Variável papéis familiares	137
11 - Variável sintomas psicológicos	137
12 - Variável tipologia da família	138
13 - Variável ciclo vital da família	139
14 - Variável relações intra-familiares	139
15 - Variável apoios externos à família	140
16 - Variáveis sociodemográficas dos participantes	141
17 - Síntese do percurso da 1ª fase da investigação	154
18 - Síntese do percurso da 2ª fase da investigação	155
19 - Resumo do contacto dos estudantes com as famílias	157
20 - Dados sociodemográficos dos familiares do idoso dependente	166
21 - Caracterização da idade dos familiares do idoso dependente	167
22 - Caracterização das habilitações literárias dos familiares do idoso dependente	167
23 - Caracterização da profissão dos familiares do idoso dependente	169
24 - Caracterização da tipologia das famílias	170
25 - Caracterização do ciclo vital das famílias	172
26 - Descrição das relações fortes da família com a rede e apoio social	176
27 - Caracterização da idade dos idosos dependentes	178
28 - Categoria: contexto físico que acolhe o idoso dependente	181
29 - Categoria: crenças e valores familiares	183
30 - Categoria: organização do cuidador na prestação de cuidados	187
31 - Categoria: processo de aprendizagem do cuidador	188
32 - Categoria: processos familiares	190

33 - Descrição da adaptação das famílias	196
34 - Descrição da coesão das famílias	198
35 - Descrição da idealização da adaptação das famílias	200
36 - Descrição da idealização da coesão das famílias	201
37 - Resumo da dinâmica familiar: comparação dos grupos e fases	202
38 - Descrição da expressividade e comunicação	204
39 - Descrição da organização/regulação familiar	205
40 - Descrição das actividades culturais e intelectuais	207
41 - Descrição da dimensão religiosa	208
42 - Descrição da orientação para o sucesso	209
43 - Descrição das actividades recreativas	210
44 - Resumo do ambiente familiar: comparação dos grupos e fases	211
45 - Descrição de sintomas de somatização	213
46 - Descrição de sintomas obsessivo-compulsivo	214
47 - Descrição de sintomas de sensibilidade interpessoal	215
48 - Descrição de sintomas de depressão	216
49 - Descrição de sintomas de ansiedade	217
50 - Descrição de sintomas de hostilidade	218
51 - Descrição de sintomas de ansiedade fóbica	219
52 - Descrição de sintomas de idealização paranoide	220
53 - Descrição de sintomas de psicoticismo	221
54 - Resumo de sintomas psicológicos: Comparação dos grupos e fases	223
55 - Descrição do papel de provedor	224
56 - Descrição do papel de dona de casa	225
57 - Descrição do papel cuidados externos à casa	227
58 - Descrição do papel prestação de cuidados à criança	229
59 - Descrição do papel socializador	230
60 - Descrição do papel sexual	231
61 - Descrição do papel terapêutico	232
62 - Descrição do papel organizador de actividades recreativas	233
63 - Resumo dos papeis familiares: comparação dos grupos e fases	235
64 - Categoria: intervenção dos estudantes nas famílias	245
65 - Categoria: Domínios das intervenções nas famílias com um idosos dependentes	249

ÍNDICE DE TABELAS

1 - Conteúdos alusivos ao conceito Família VS Objetivos	95
2 - Conteúdos alusivos a Promoção da Saúde VS Objetivos	96
3 - Conteúdos alusivos a idoso VS Objetivos	96
4 - Conteúdos alusivos a Cuidados VS Objetivos	97
5 - Descrição dos conhecimentos dos estudantes	107
6 - Avaliação da dependência dos idosos	178
7 - Etiologia da dependência dos idosos	179

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1 - Representação da idade dos familiares do grupo controlo	166
2 - Representação da idade dos familiares do grupo experimental	167
3 - Representação da idade dos idosos dependentes	177
4 - Representação do tempo de dependência dos idosos	180
5 - Representação da adaptação do grupo controlo fase 1	197
6 - Representação da adaptação do grupo experimental fase 1	197
7 - Representação da coesão do grupo controlo fase 1	199
8 - Representação da coesão do grupo experimental fase 1	199
9 - Representação da idealização da coesão do grupo controlo fase 1	200
10 - Representação da idealização da coesão do grupo experimental fase 1	200
11 - Representação da somatização do grupo controlo fase 1	213
12 - Representação da somatização do grupo experimental fase 1	213
13 - Representação do papel prestador de cuidados à criança do grupo controlo fase 1	228

INTRODUÇÃO

A investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas em benefício da pessoa, da família e das comunidades. Compreende todos os aspectos da saúde onde se inclui: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, no contínuo Saúde/Doença (ICN, 1999).

A Enfermagem, como todas as disciplinas, necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos e, é desta forma que alcança a independência, a autonomia, o prestígio e a credibilidade.

A investigação em Enfermagem pode ser desenvolvida em diferentes áreas como: na prestação de cuidados, na gestão, na formação e educação, política e regulação. Sabemos que independentemente da área em que se investigue, a sua importância é, hoje, reconhecida para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas, oportunas e inteligentes para prestar os melhores cuidados. Assim, a melhoria da qualidade dos cuidados e optimização dos resultados em saúde individual ou de grupo depende do desenvolvimento de trabalhos com recurso a metodologias científicas.

De entre as diferentes áreas de intervenção do enfermeiro está a prestação de cuidados ao idoso e sua família, o que torna esta problemática relevante quer para a educação quer para a prestação de cuidados.

O envelhecimento das populações é um fenómeno global actual, de transição demográfica, com consequências sociais e económicas levando a repercussões na saúde e bem-estar das pessoas, das famílias e comunidades.

O Mundo, na generalidade os países europeus, e concretamente Portugal, estão a enfrentar os desafios desta transição. A realidade portuguesa vivenciou entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico que se traduziu por um decréscimo de aproximadamente 36% da população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2001, dão a conhecer que foram recenseadas 1828617 pessoas idosas, verificando-se um aumento substancial de pessoas com 65 ou mais anos de idade, o que corresponde a 17,4% da população geral. Neste crescendo de transição demográfica, em 2050, Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa. Entre 2004-2050, a percentagem de idosos portugueses aumentará para 31,9%. Sendo assim, Portugal será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de

idosos, apenas ultrapassado pela Itália (35,3%), Grécia (32,5%) e Espanha (35,6%). Neste sentido, os países mediterrâneos continuarão a ter uma baixa taxa de natalidade e uma longa esperança de vida (Direcção Geral de Saúde, 2005; Pertronilho, 2010).

O aumento da esperança média de vida é algo de que todos nos devemos orgulhar, espelha o resultado de muitas conquistas como transformações significativas na melhoria da saúde pública, avanços tecnológicos da medicina preventiva e curativa. Mas, a par do aumento da população idosa assiste-se ao declínio da fecundidade o que acentua o fenómeno do envelhecimento.

O envelhecimento consiste num processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, e um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano *“ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que tem o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem sucedidos e activos, mas também idosos incapazes, com autonomia limitada pela doença e pelo contexto onde vivem”* (Paúl, Fonseca, Martín, Amado, 2005:75).

Com o aumento progressivo dos idosos, sobretudo os muito idosos, tem aumentado a ocorrência de situações de dependência física, psíquica e social. O termo “dependência”, na prática geriátrica, liga-se a “fragilidade” vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do contexto onde está inserida. Essa condição é observada, geralmente, em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de se adaptar ao stress causado por doenças agudas ou crónicas (Caldas, 2003). Assim, a dependência é um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou social, necessitam de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa.

A dependência não é um fenómeno novo, sempre existiram pessoas dependentes, contudo, actualmente, é um problema complexo com implicações sociais, económicas e políticas. A percentagem de famílias com, pelo menos, um idoso é de 32,5% sendo que 50% das mesmas são idosos a viverem sós e 48,1% corresponde a famílias compostas por duas pessoas idosas (INE, 2002).

A crise dos sistemas de saúde e da protecção social, nas últimas décadas, atribui às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos seus familiares, delegando-lhes o papel central nos cuidados em situação de doença e dependência.

Em diferentes países Europeus, assiste-se a um discurso comum centrado na preservação da autonomia e dignidade da pessoa idosa, no qual a manutenção no contexto familiar aparece como uma solução a privilegiar independentemente dos recursos das famílias. Deste modo, este apelo à solidariedade familiar desencadeou nos países ocidentais o desenvolvimento de algumas medidas políticas tendentes à desinstitucionalização das pessoas idosas dependentes.

A família, na nossa sociedade é, indubitavelmente, um pilar fundamental de apoio. É a primeira unidade social onde a pessoa se insere, e também a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização sendo uma realidade de chegada, permanência e partida do ser humano (Martins, 2002). A família continua a ser vista como uma instituição significativa para o suporte e realização efectiva da pessoa ou o garante da solidariedade necessária aos ascendentes aquando do envelhecimento. As famílias são reconhecidas como o maior contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros e como a principal entidade prestadora de cuidados em situação de dependência dos seus familiares (Martins, 2002; Hanson, 2005; Lage, 2005; Lobo, 2007).

Como nos refere Ângelo (2000), ao longo do ciclo de vida, a família de idosos passa por alguns eventos significativos que compõem uma transição ou acontecimento de vida, e que, de algum modo, determinam as relações familiares, o seu potencial de assistência, ou seja, exigem um processo de mudança não só muitas vezes na estrutura como nas funções da família. A autora desperta-nos para a importância das transições para a dinâmica familiar que reside não apenas na aprendizagem que daí advém, mas sobretudo na aceitação de novos papéis, tanto por parte da pessoa idosa, como de todos os membros da família. Este processo é vivido como uma crise, pelas diferentes exigências que implica, mas principalmente pelas transformações que desenvolve. As crises de saúde são acontecimentos críticos na vida das famílias, reconhecidos como determinantes em tornar as famílias um grupo de risco. As famílias em risco são vulneráveis à deterioração física, mental, e dos processos familiares (Watson, 1998; Hanson, 2005).

Sendo a família perspectivada como um sistema, exige interdependência entre os seus membros, em que a faz funcionar como uma unidade, com implicância de que as necessidades ou problemas de saúde de um dos seus membros o afectam não só a ele, mas também a toda a família como grupo.

Este efeito exige a necessidade de orientar a prestação de cuidados para o foco de atenção da saúde familiar. E, conseqüentemente, a atenção deve ser orientada não

só para a vertente patogénica mas também deve incluir intervenções salutogénicas, não se limitar ao foco individual uma vez que a doença é um processo colectivo que afecta a unidade familiar.

Contudo, pela nossa experiência, assistimos, ainda, a práticas por parte da equipa multidisciplinar vinculadas ao modelo biomédico. Em termos de cuidados de saúde, é ainda relativamente escassa a prática profissional que integre os cuidados à pessoa como os cuidados à família.

Consequentemente, no que concerne à orientação dos serviços de saúde e sociais, estes devem incorporar a atenção à família como um elemento chave no cuidado à pessoa idosa, tendo em vista a promoção da saúde e a qualidade de vida das famílias. Na perspectiva de Wright (2009) e Hanson (2005), adoptar uma prática profissional centrada na família, implica por um lado o abandono do modelo biomédico e de intervenção unidireccional e, por outro, a adopção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeia e na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados.

Como profissional, da componente prática de cuidados de enfermagem e como docente não estamos indiferentes a esta problemática. As transformações políticas e sociais que têm ocorrido no nosso país, nos últimos anos, levaram à constante reorganização dos cuidados de saúde.

Da bibliografia consultada, e pela nossa experiência profissional, tomamos consciência de que o foco de atenção de cuidar em enfermagem, actualmente, está orientado para o foco individual na função do indivíduo. Estudos nacionais e internacionais fazem referência a que alguns profissionais já reconhecem, no seu discurso e nas suas práticas, a necessidade de mudança, mas, para que ocorra efectivamente tal interiorização e assimilação, torna-se essencial a superação do distanciamento entre discurso e acção. (Queiroz, 2007; Martins, Thofehrn, Amestoy, Assunção, Meincke, 2008).

Centrados nas evidências científicas descritas e desenvolvendo um pensamento sistemático de reflexão colocamos como ponto de partida para a nossa investigação: ***Sendo os enfermeiros elementos centrais das equipas de saúde será que a formação base contribui para o desenvolvimento de competências, necessárias para intervir em contexto familiar de famílias com um idoso dependente?***

A selecção desta temática resultou, como já referido, de reflexões individuais, e de grupo com investigadores vinculados a linhas de investigação específicas em idosos

e de família. Tivemos em consideração as mudanças que tem ocorrido na profissão e na formação/educação dos profissionais de Enfermagem. A nossa experiência como docente numa Escola Superior de Enfermagem foi um contributo fundamental no acesso à informação e compreensão do processo, assim como os trabalhos que temos vindo a desenvolver ao longo do nosso percurso de formação pessoal e profissional. Igualmente se tornou importante a opinião de peritos nesta área de investigação.

Julgamos pertinente a resposta à questão supra citada pela necessidade de reflexão que gera nas equipas pedagógicas, assim como alertar as instituições formadoras de recursos humanos em saúde sobre o seu papel na capacitação de pessoal para a implementação da saúde familiar.

A evolução que opera no seio da profissão de Enfermagem obriga a um aperfeiçoamento contínuo e a uma actualização sistemática dos planos de estudo, com vista à formação de profissionais com competências diversificadas e adequadas para responder aos desafios actuais da profissão. Mantendo a questão central a conduzir o desenvolvimento da investigação fomos sistematicamente acometidos a várias questionamentos: haverá necessidade de reajustar o plano curricular no sentido de o moldar às necessidades de cuidados actuais? Será que a realização e implementação de um programa de formação, específico, em estudantes da Licenciatura em Enfermagem, promove competências para avaliar e intervir em famílias que cuidam de um idoso em contexto familiar?

Recorremos à revisão da literatura para obter um resumo crítico da pesquisa sobre a temática em estudo que nos permitiu contextualizar e justificar a necessidade e pertinência desta investigação.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2006, definiu quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. Assim, Esta investigação vai de encontro a dois dos eixos: Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades que promovem programas de intervenção de investigação em áreas consideradas prioritárias, nomeadamente aspectos de saúde das populações relacionadas com dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente; Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências, estudos na área da formação e educação em enfermagem e aquisição de competências, quer na formação

inicial, quer no contexto da aprendizagem ao longo da vida, com particular incidência na área do desenvolvimento curricular (OE, 2006).

Aprofundando mais a nossa reflexão, situámo-nos na formação inicial dos futuros profissionais de enfermagem, tentámos analisar até que ponto estes são formados para responder ao desafio da promoção da saúde em famílias com um idoso dependente. Após uma primeira análise, do plano de estudos de uma Escola Superior de Saúde, deparámo-nos com um currículo centrado na doença onde as unidades curriculares enfatizam a vertente patológica, ancoradas no paradigma biomédico, verificando-se uma tendência clara de objectivos para o tratamento ou adaptação à doença e com cargas horárias diminutas para a vertente salutogénica, privilegiando, assim, o paradigma patogénico e unidireccional.

Investigadores que se têm interessado por esta área encontraram lacunas nos programas de formação em enfermagem que levam a que os enfermeiros a trabalharem junto de pessoas saudáveis ou doentes sem jamais terem sido abordados conceitos básicos, ao longo da sua formação, como o de família cliente/família unidade/família foco/família. Estas faltas de perspectiva atrasam consideravelmente a possibilidade de se realizarem intervenções junto da família e o avanço dos conhecimentos relativos a esta problemática (Queiroz, 2009).

Esta reflexão e a procura de algumas respostas para a nossa inquietação justificam o título desta tese, enquadrada no Doutoramento em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Pelo já descrito esta investigação pretende ir ao encontro de uma necessidade por nós sentida durante a nossa actividade profissional. A experiência na formação dos enfermeiros faz com que nos debatamos com diferentes inquietações sobre a formação dos mesmos como futuros educadores de saúde.

Desenhámos e desenvolvemos um estudo quase experimental que possibilitou verificar a influência de um programa de formação, em estudantes da Licenciatura em Enfermagem, com a finalidade de desenvolver competências de avaliação e intervenção em famílias com um idoso dependente. Assim, pensamos que os resultados do mesmo serão úteis para reestruturações de algumas unidades curriculares, ou desenvolvimento de novas unidades, dos cursos de Licenciatura em Enfermagem, e orientações para pós-graduações contextualizando a aprendizagem ao longo da vida, tornando-se um contributo efectivo para melhorar a intervenção em saúde especificamente na saúde das famílias.

Reconhecemos as dificuldades inerentes a questões temporais, acrescidas dos deveres profissionais dos quais não nos podemos desligar. Contudo, com este espaço de

reflexão esperamos encontrar respostas para as nossas dúvidas, assim, como obter dados que nos permitam futuramente reformular conteúdos e metodologias no sentido de melhorar para melhor cuidar.

Organizamos esta tese em diferentes partes, com base nas diferentes etapas do processo de investigação.

No primeiro capítulo, intitulado *entardecer na vida com dependência*, apresentamos o enquadramento do fenómeno do envelhecimento no mundo, na Europa e em Portugal.

Modelo de intervenção em família, é desenvolvido no capítulo dois, caracteriza-se pelo enquadramento conceptual e teórico de suporte à primeira e segunda fase da investigação. Apresentamos e fundamentamos o conceito de família que norteou esta investigação, perspectiva através da qual podemos interagir entre família e cuidados que permite balizar o processo de cuidar de famílias.

No capítulo três, denominado de *treinar enfermeiros para cuidar de famílias com um idoso dependente*, centramo-nos no desenvolvimento e implementação de um programa de formação para cuidar de famílias com um idoso dependente em contexto familiar, ou seja, reportamo-nos à descrição da fase de preparação do experimento, do estudo quase experimental. A primeira parte reporta-se à explicitação da conceptualização educação/formação como processo capaz de promover um conjunto de transformações necessárias para aquisição de competências, seguindo-se o enquadramento do plano de estudos do curso da Licenciatura em Enfermagem. Num sub capítulo descrevemos o percurso metodológico da preparação, implementação e avaliação desse programa de formação.

No capítulo quatro, *ter a família como foco de intervenção*, referimo-nos ao percurso da construção e validação de uma Escala de Avaliação de Papéis Familiares. A primeira abordagem reporta-se ao suporte conceptual que contribuiu para o desenvolvimento da escala. Conceptualizámos papéis familiares, na perspectiva de diferentes autores. A segunda parte descreve o processo metodológico que foi necessário para a definição das dimensões e dos itens a considerar na escala. Termina com a apresentação de dados que aprovam e validam o instrumento.

Posteriormente, no capítulo cinco, descrevemos a *metodologia* em que a investigação foi concebida e desenvolvida. Este capítulo tem várias subdivisões tendo por início o tipo de estudo, definição dos objectivos e questões orientadoras, seguindo-se o desenho da investigação a descrição e a operacionalização das variáveis. Foi ainda, descrito o protocolo de colheita de informação, o percurso da investigação e as questões éticas inerentes à investigação em Ciências Sociais e Humanas.

No capítulo seis, intitulado *saúde familiar e dependência de um dos seus membros*, centramo-nos na segunda fase da investigação, concretamente na descrição do trabalho desenvolvido em contexto real com famílias com um idoso dependente. Fazemos alusão às metodologias que utilizamos e ao percurso do investigador enquanto participante. O predomínio da narração neste capítulo reporta-se à apresentação de resultados da análise da informação recolhida. Apresentamos a caracterização dos participantes, num primeiro momento na sua singularidade, como familiares do idoso dependente e, posteriormente, descrevemos a tipologia das famílias, o ciclo vital em que se posicionam e a rede e apoios das mesmas. Descrevemos o perfil do idoso dependente e do cuidador familiar principal. Numa fase posterior, apresentamos os resultados da aplicação de escalas que fizeram parte do nosso protocolo de colheita de informação com o objectivo de avaliar o impacto das intervenções implementadas pelos estudantes, do grupo experimental e do grupo controlo, antes e depois das intervenções em famílias. Criamos, ainda, um pequeno espaço para descrever os contributos e vivências dos actores desta investigação. Reforçamos, pela opinião dos estudantes e das famílias, o efeito do programa de formação de promoção e saúde familiar.

Por último, no capítulo sete, *das partes para o todo: processo de formar para cuidar de famílias com um idoso dependente*, recorrendo a um olhar retrospectivo, apresentamos as conclusões gerais, referentes à primeira e segunda fase desta investigação.

Para a concretização da investigação recorreremos a inúmeras fontes bibliográficas, quer para o enquadramento e fundamentação teórica, quer a nível da implementação da metodologia nas diferentes fase do trabalho. Apesar das limitações os resultados levam-nos a corroborar com Burs e Grove (2003) quando consideram que no séc. XXI a Enfermagem pode desempenhar um papel interactivo no desenvolvimento das intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença nas pessoas, famílias e comunidades. Nesta visão, a Enfermagem deve ser capaz de produzir conhecimento científico que habilite os enfermeiros a implementar uma prática baseada na evidência, uma vez que a qualidade e a importância dos cuidados depende de qualidade do conhecimento.

A integração da formação em Enfermagem no Ensino Superior tornou indispensável promover a investigação para enriquecer e melhorar os cuidados, traduzindo um desejo de questionar e de elucidar fenómenos a fim de aprender a compreendê-los e a utilizar os resultados, visando como beneficiários, em primeiro lugar, as pessoas sujeitos de cuidados, a sociedade e a própria profissão.

CAPÍTULO 1

ENTARDECER NA VIDA COM DEPENDÊNCIA

Como resultado de revisão bibliográfica, este capítulo faz referência ao processo complexo do envelhecimento como fenómeno universal, inevitável e inerente à evolução humana. Descrevemos o perfil da população idosa e enquadrámo-la nas tendências demográficas e sociais, salientamos o emergir de famílias idosas com estruturas frágeis a cuidar de pessoas idosas com graus elevados de dependência física, psicológica ou social. Assim, o capítulo *Entardecer na Vida com Dependência* enquadra e justifica a pertinência do estudo *Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente: Formação em Enfermagem*.

1.1 - ENVELHICIMENTO

Hoje, somos confrontados com novos desafios que se devem à redução da mortalidade infantil e ao aumento da esperança de vida, que possibilitaram um número, cada vez maior, de pessoas que atingem idades avançadas. O envelhecimento demográfico é, nas sociedades desenvolvidas, a realidade mais relevante do século XXI, devido às implicações directas na esfera socioeconómica, impacte que produz na família, na sociedade e no sistema de saúde, para além das modificações que se reflectem a nível individual (Carrilho, Gonçalves, 2006; Jacques, 2004; Silva, 2006; Carreira, Rodrigues, 2006).

A mutação na estrutura da população consiste num processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos e num processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Podendo ser analisado sob várias perspectivas, trata-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível. Consiste na deterioração endógena das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável, inerente à própria vida.

Sabe-se que o envelhecimento não é uma doença, mas dispõe à doença, pela diminuição de resistência (Paúl, 2005). Afecta de modo desigual as funções dos tecidos. No geral, o declínio é mais rápido nos tecidos elásticos (aparelho circulatório, respiratório, pele...) e mais lento no tecido nervoso. Deste modo, o corpo muda e sofre alterações funcionais. O envelhecimento é uma fase integrante do ciclo de vida do Homem e é resultado de um processo dinâmico, diferencial e heterogéneo.

Autores como Spar, La Rue (2005) referem-se ao envelhecimento primário, dito normal, o que reflecte o limite intrínseco de longevidade celular, quase que pré-programado

geneticamente, e ao envelhecimento secundário, patológico, o que ocorre devido aos efeitos acumulados das agressões ambientais, traumatismos e doenças.

Tem surgido um leque de teorias para tentar explicar o fenómeno do envelhecimento como processo universal, progressivo, intrínseco à natureza e como resposta a factores extrínsecos e intrínsecos.

Numa visão clássica é frequente abordar-se as teorias gerais do envelhecimento biológico e teorias do envelhecimento psicossocial. As primeiras reconhecem o envelhecimento como um fenómeno universal, multidimensional, resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do DNA e controlo neuro-endócrino da actividade genética. Estes processos têm sido investigados originando várias teorias: *teoria imunitária* (disfunção gradual do sistema imunitário); *teoria genética* (o envelhecimento é programado, é a última etapa do processo genético); *teoria do erro na síntese proteica* (ruptura a nível da cadeia do DNA ou mudanças de posição dos compostos químicos que falseiam a informação genética, impedindo consequentemente a célula de produzir as proteínas essenciais à sua sobrevivência); *teoria do desgaste* (o organismo funciona como uma máquina – deteriora-se com o uso); *teoria dos radicais livres* (o envelhecimento e a morte celular provêm dos efeitos nefastos dos radicais livres) e *teoria neuro-endócrina* (falha no funcionamento do sistema endócrino na coordenação das diferentes partes do corpo). Das diferentes teorias supracitadas, apenas a teoria do desgaste descreve os resultados do envelhecimento; as outras parecem explicar as causas. Todas elas definem o envelhecimento como um processo involuntário que, com o tempo, causa alterações nas células e nos tecidos corporais.

As teorias do envelhecimento psicossocial resultam, essencialmente, de estudos em gerontologia social, realizados com o intuito de explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento. Surge a *teoria da actividade* (à relação entre actividades sociais e satisfação na vida); *teoria da desinserção* (o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade) e *teoria da continuidade* (o envelhecimento é parte integrante do ciclo de vida e não um período final ou separado das outras fases). Estas teorias tentam explicar o envelhecimento em termos da função cognitiva como a inteligência, a memória e as emoções; capacidade de enfrentar as mudanças sociais (Berger, Mailloux-Poirier, 1995; Cobo Domingo, 2000; Roach, 2001; Burke, Walsh, 2008).

Assim, o ser humano envelhece não só no plano biológico: envelhecimento individual (devido à longevidade), mas também na figura social: envelhecimento populacional (colectivo). A população idosa é um grupo integrante da sociedade, constituído por homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade da reforma.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) faz alusão que a proporção da população mundial com 65 anos ou mais regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3 % para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2001. Prevê-se um aumento de 15,6% para 2050. Salienta, ainda, que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002; INE, 2007).

Sabe-se que o envelhecimento demográfico não evolui de forma uniforme em todas as regiões do mundo. Considerando a população por regiões, segundo o grau de desenvolvimento¹, as mais desenvolvidas iniciaram primeiro o fenómeno da transição demográfica, com a população jovem a evoluir segundo taxas negativas desde 1970, enquanto o conjunto dos países menos desenvolvidos apresentava taxas de crescimento positivas, embora baixas, aproximando-se do valor nulo em 2030. Com a população com 65 e mais anos foi possível observar-se que nas regiões mais desenvolvidas o ritmo de crescimento foi rápido, no início do período em análise, com tendência para aumentar ao longo dos tempos conforme dados apresentados: 2,1% em 1960/70, 1,5% em 1990/2001 e 0,3% em 2040/50. Ao contrário, nas regiões menos desenvolvidas, a taxa média de crescimento anual entre 1990/2000 atinge 3,1%, continuando a aumentar até 2040, devendo atenuar-se até 2050 (INE, 2002; INE, 2007).

A questão do envelhecimento tem sido objecto de preocupação dos diferentes sectores que gerem a saúde. No relatório da Organização Mundial de Saúde para a Europa (2002) constata-se que as populações estão a envelhecer, as pessoas vivem cada vez mais tempo e nascem cada vez menos crianças. O mesmo relatório faz alusão aos vinte países do mundo com as mais altas percentagens de população idosa. Dezoito encontram-se na Europa e, nestes países, entre 13% a 18% da população tem mais de 65 anos de idade. Portugal está classificado como o 7º país mais envelhecido (INE, 2002; Silva, 2006; INE, 2007).

¹ Segundo a classificação das Nações Unidas, as regiões mais desenvolvidas compreendem Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão; as menos desenvolvidas compreendem todas as regiões de África, Ásia (excepto Japão), América Latina e Caraíbas, mais Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Assim, os diferentes aspectos que o processo do envelhecimento abarca e a intensidade a que ocorre tornam o fenómeno alvo de atenção em todos os países. Emergem novos desafios e promove novas oportunidades. É assunto sempre actual e pertinente de ser investigado, exigindo uma análise multidisciplinar.

A geração dos Idosos em Portugal

Sendo o envelhecimento um fenómeno comum a todos os países desenvolvidos, verifica-se actualmente com maior intensidade nos países em desenvolvimento.

Portugal apresenta características próprias. Nos primeiros anos do século XXI, mantém-se com baixa fecundidade, com a esperança de vida a aumentar e o saldo migratório a diminuir. A dinâmica de crescimento da população caracteriza-se pela redução do saldo natural, que se torna negativo em 2007, acarretada pela queda da taxa de natalidade, por saldos migratórios positivos mas com tendência para baixar e pelo agravamento progressivo do envelhecimento demográfico, isto é, pelo aumento da proporção da população idosa no total da população.

Segundo os dados do INE datados de Dezembro de 2007, a população residente em Portugal foi estimada em 10.617.600 indivíduos, dos quais 5.138.800 homens e 5.478.800 mulheres. Estes dados, comparados com os do ano de 2006, permitem verificar que a população residente aumentou 18,5 milhares de indivíduos, ou seja 0,17%, confirmando-se a desaceleração do ritmo iniciada em 2003.

As estimativas aferidas com os resultados definitivos dos Censos de 2001, da população total, 1.828.617 eram idosos, repartindo-se em 763.752 homens (41,8%) e 1.064.865 mulheres (58%). A população idosa representava 17,4% da população total, face a 15,5% de população jovem (0-14 anos) e a 67,3% de população em idade activa (15-64 anos), sendo que a população com 80 e mais anos de idade representava 4,1% da população total. Assim, verificou-se um aumento da população idosa e uma diminuição da população jovem, traduzindo taxas de variação de 34,8% (no caso da população de 65 e mais anos) e de 66,8 % na população mais idosa (80 e mais anos) (INE, 2007).

A análise de tábuas de mortalidade sucessivas permite identificar o avanço no campo da esperança de vida. Entre 2000 e 2007, a esperança de vida à nascença aumentou em Portugal 2,3 anos para os homens e 1,9 anos para as mulheres e situou-se em 75,7 anos e 82,2, respectivamente, valores próximos da média europeia (75,8 anos nos homens e 81,9 nas mulheres). O ritmo de crescimento da longevidade, no período em análise, foi mais rápido nos homens (3,1%) do que entre as mulheres (2,3%), atenuando o fenómeno da sobremortalidade masculina (Eurostat, 2005).

Actualmente, estima-se que os homens que atinjam os 60 anos de idade vivam ainda mais 20,5 anos, enquanto as mulheres que atinjam a mesma idade podem esperar viver mais 24,6 anos. Esta evolução estendeu-se a todas as regiões do país, no entanto é no Centro que tanto os homens como as mulheres viviam em média, em 2006/2007, o maior número de anos (76,5 anos e 82,6 anos respectivamente), mas os maiores ganhos em termos de esperança média de vida ocorreram, de 1991-2007, no Norte, e quantificaram-se em 5,4 anos para os homens e 4,8 anos para as mulheres.

O grupo dos mais idosos tem registado um aumento significativo. Este fenómeno está bem visível na evolução do peso relativo da população com 75 ou mais anos que, de 6,9 % em 2001, passou para 8,0 em 2007. A população desta faixa etária representa quase metade da população idosa. A proporção dos mais idosos (80 ou mais anos), no mesmo período, eleva-se a 23,7%.

A estrutura etária da população portuguesa resulta de diferentes variáveis como evolução dos movimentos naturais e migratórios temporais traduzindo uma nova distribuição dos grupos etários, com um número de pessoas idosas superior ao número de jovens. Em 2001, por cada 100 jovens com menos de 15 anos, havia cerca de 104 idosos; em 2007, o rácio eleva-se para 114 idosos (Carrilho, Gonçalves, 2004; Carrilho 2008).

Na literatura consultada os autores são unânimes na leitura transfiguradora da pirâmide etária, antes tinha uma configuração próxima de um triângulo, com uma base larga de população jovem e o estreitamento para o topo da população idosa e que a mudança de crescimento etário e deu lugar à configuração próxima de uma urna com base estreita de jovens e um topo alargado de idosos. Paralelamente ao aumento do número de idosos, verifica-se o crescimento do número dos muito idosos, fenómeno que tem vindo a ser observado, de forma cada vez mais evidente, a partir do último quartel do século XX. O grau do envelhecimento demográfico de Portugal enquadra-se no padrão da média comunitária.

Assim, pelo que descrevemos anteriormente e pelo acesso a informação da revisão de trabalhos sobre o envelhecimento em Portugal, podemos referir que o resultado dos estudos tem evidenciado que não só a população está a envelhecer como a própria população idosa está cada vez mais velha, fenómeno denominado de envelhecimento interno, o que é verificado pelos valores de longevidade, traduzido pelo aumento percentual de pessoas com 75 anos ou mais. As diferenças entre os sexos são também evidentes, sendo o envelhecimento mais notório nas mulheres, em consequência do fenómeno da sobremortalidade masculina. Embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidade é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens.

A dispersão do envelhecimento nas diferentes regiões não é homogénea, apesar de se registar um aumento contínuo em todas as regiões (INE/INSRJ, 2000; Carrilho, Gonçalves, 2004; Rosa, Vieira, 2003; Carrilho, Gonçalves, 2006; Carrilho, Patrício, 2007; Carrilho, 2008).

O século do envelhecimento

Estudos recentes, e de acordo com projecções para a população residente em Portugal para o período 2000-2050, apontam como tendência o aumento de idosos e a diminuição dos jovens, prevendo-se o aumento da população idosa em todas as regiões entre 63% e 76%. A proporção de população jovem reduzir-se-á a 13% e a população idosa aumentará para 31,3%, agravando-se, assim, o processo de envelhecimento da população bem como o índice de envelhecimento de 240 por cada 100 jovens (INE, 2003; Carrilho, 2008).

Esta informação vem reforçar a ideia de que o século XXI é o século do envelhecimento e que este é um fenómeno irreversível. O declínio da mortalidade infantil e adulta, a maior autonomia da mulher, a dificuldade em conciliar o projecto familiar e o profissional são mudanças que lançam novos desafios e, em simultâneo, novas oportunidades. Obriga à reflexão de questões com relevância crescente como a idade da reforma, meios de subsistência, qualidade de vida dos idosos, a solidariedade intergeracional.

Deste fenómeno social emerge, ainda, a necessidade de se criarem novas actividades económicas e profissões, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde comunitários e de redes de solidariedade, serviços específicos tendo em conta as necessidades dos idosos, das suas famílias e das comunidades onde estão inseridos. Deste modo, a sociedade portuguesa tem de encontrar respostas de maneira a garantir uma sociedade inclusiva para todos.

A modificação da estrutura etária da população com o crescimento do número de idosos, concretamente os muito idosos, muitas das vezes dependentes, coloca um conjunto de questões ao sistema de saúde e de uma forma muito particular à Enfermagem, provocando a necessidade da formação de profissionais com competências específicas e diversificadas para avaliar e intervir junto de grupos com peculiaridades próprias.

Urge assegurar uma diversificação de respostas coerentes às necessidades da população idosa e sua família, no sentido de dar oportunidade da não institucionalização aumentando o apoio de serviços específicos no domicílio, o que poderá facilitar decisões relativamente ao ciclo de vida dos mais idosos, para que este seja vivido nas melhores condições pelos próprios e pela sua família.

A estratégia de Saúde da Família tem demonstrado potencialidade para provocar um importante movimento de reorganização do modelo de cuidados vigente. As directrizes voltam-se para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e acções de saúde, proporcionando mais racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida (Camelo, Angerami, 2008).

As actuais equipas de saúde têm de perspectivar e implementar cuidados integrais, personalizados, ao idoso e à família onde está inserido. Concordamos com Paúl (2005) quando afirma que num futuro bem próximo haverá mais idosos, mais exigentes, que não dispensarão as tecnologias para o seu bem-estar, que não aceitam respostas massificadas às suas necessidades e que, quando doentes, vão solicitar recursos especializados de apoio apelando às boas práticas profissionais.

Julgamos que uma solução para estas exigências e para a problemática do envelhecimento será a formação de enfermeiros com competências de avaliação e intervenção em famílias com idosos.

Factualmente, diferentes países do mundo como a Finlândia, a Espanha, a Bélgica e o Brasil têm desenvolvido várias formas de apoio e cuidados aos idosos, e, enquanto nalguns países o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal, noutros são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos. Outras respostas são encontradas na divisão das responsabilidades entre o sector público e privado. No entanto, estes diferentes modelos estão a sofrer novos impactes e mudanças causadas pelas transformações nas relações sociais, sejam no âmbito do trabalho, sejam nas estruturas familiares (Karsch, 2003).

Da pesquisa efectuada, tomamos contacto de que nos últimos anos a prestação de cuidados no domicílio tem ganho algum terreno como uma preferência política de *community care*, como uma das prioridades das novas políticas de cuidados para os idosos.

A concepção de *community care*, enquanto cuidados comunitários, conheceu desenvolvimentos muito diversificados nos últimos anos. Nalguns contextos, a expressão foi usada para descrever o processo de desinstitucionalização, isto é, foi dada ênfase aos cuidados domiciliários e aos valores da independência e autonomia da pessoa, ainda que muito idosa ou incapacitada, em detrimento da institucionalização.

Fruto da nossa experiência profissional, podemos afirmar que em Portugal a realidade é análoga. Assiste-se a uma redefinição das orientações estratégicas que

afastam as pessoas idosas doentes das unidades hospitalares, algumas delas em fim de vida, que se traduzem em altas cada vez mais precoces para o domicílio. Verificamos que desde que os idosos não necessitem de intervenções médicas e requeiram unicamente cuidados de enfermagem, a resposta mais frequente é a alta clínica com programação de cuidados domiciliários. Estes são desenvolvidos, muitas vezes, em contexto desfavorável, já que são evidentes as falhas no apoio por parte do sistema de saúde e social para este fenómeno, mesmo existindo já algumas directrizes no sentido de solucionar esta carência.

Temos os *cuidados formais*, *não formais* e *informais*. *Cuidados formais* são prestados por profissionais com formação académica inseridos em serviços de saúde ou sociais; *cuidados não formais* são fornecidos por profissionais, mas sem grau académico, como agentes de apoio ao domicílio; os *cuidados informais* são ministrados por membros familiares, próximos ou distantes, por amigos, vizinhos, grupos de ajuda (Pinto, Garcia, Bocchi, Carvalhares, 2006; Nardi, Oliveira, 2008).

Os cuidados supra citados são os suportes da família, que provêm da rede e apoio social, ou seja, dos sistemas envolventes.

Rede social e *apoio social* são construtos diferentes, mas que se encontram intrinsecamente ligados. O apoio de um indivíduo, de uma família, está ancorado na rede das relações envolventes. *Rede social* tem em conta as características objectivas como idade, género, tempo de conhecimento, proximidade e frequências de contactos dos seus membros (Sluzki, 2003; Wall, 2005). Apesar de esta descrição informar acerca dos membros com os quais uma pessoa mantém uma relação interpessoal, não elucida a natureza, conteúdo ou intensidade dessas relações.

O termo *apoio social* é utilizado como uma troca interpessoal que envolve um dos três elementos-chave: ajuda, afecto ou afirmação. O apoio ou suporte social é considerado como uma das funções primordiais das redes sociais, já que envolve transacções interpessoais e abrange apoios específicos prestados por pessoas, grupos ou instituições. Nestas relações podem ser identificados diferentes vínculos, sendo alguns deles fortes, outros mais distantes, alguns intermitentes ou contínuos, outros especializados e alguns deles contratuais. Assim, enquanto a noção de rede nos desvia a atenção para os contextos envolventes e sistemas sociais, a noção de apoio centra-nos nas trocas interactivas e interpessoais entre os diferentes membros que compõem a rede. Desta forma, é importante ter conhecimento da rede e apoio social de uma pessoa, de uma família, porque informa acerca dos membros potencialmente disponíveis para parceria de cuidados.

O apoio social pode ser informação, auxílio de material ou actos individuais ou de grupo que resultam em efeitos emocionais e ou comportamentos positivos. Focaliza

a qualidade de interações, ou seja, por ser um processo recíproco deve gerar efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem fornece esse apoio (Nardi, Oliveira, 2008). Deste modo, podemos aferir que as redes de suporte e apoio social se caracterizam por um conjunto de pessoas com relacionamentos, ligações que contribuem para o bem-estar das pessoas em situação de saúde/doença ou dependência. Funcionam como um recurso para adaptação ou resolução de problemas. Fortalecem estratégias e recursos para lidar com as crises naturais e as acidentais (Neri, 2005).

A diversidade de cuidados surge porque as famílias, hoje em dia, enfrentam mais dificuldades em cumprir as funções de apoio, quer em relação à sua família de orientação, na que nasceram, quer em relação à sua família de procriação, aquela que fundaram. Por residir longe, ou pelo momento do ciclo de vida familiar em que se posicionam, ou seja, quando os pais já estão idosos e os filhos se tornaram autónomos e fundaram a sua própria família, os apoios exigidos pelos idosos tornam-se difíceis de concretizar (Martins, 2003; Silva, 2006).

Do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) sobressai a necessidade de encarar o envelhecimento como parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para se viver de forma o mais saudável possível e com autonomia, inserido no seu meio habitual de vida. Este programa estimula o desenvolvimento de uma acção integrada ao nível da mudança de atitudes e comportamentos da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, para uma adequação dos serviços de saúde e de apoio às novas realidades sociais e familiares.

As políticas apelam à necessidade de se desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, promotoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às suas necessidades e da sua família, que minimizem custos, evitem dependências, melhorem os cuidados. Tal facto representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas dos idosos e suas famílias.

Os cuidados de saúde primários são reconhecidos como o pilar central do Sistema de Saúde. A legislação referente ao funcionamento destas unidades está datada de 1971, tendo sido reformulada várias vezes, sendo a mais recente actualização publicada no

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 Fevereiro. Surge, assim, um novo modelo de reorganização dos cuidados de saúde primários: a criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as *unidades de saúde familiares*, as *unidades de cuidados de saúde personalizados*, as *unidades de cuidados na comunidade*, *unidades de saúde pública* e as *unidades de recursos assistenciais partilhados*. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

A *unidade de cuidados na comunidade* tem a missão de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa desta unidade é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais. O ACES participa, através da Unidade de Cuidados na Comunidade, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Assim, o novo modelo integrado propõe promover a manutenção dos idosos em contexto familiar e melhorar a qualidade de cuidados ao idoso e família. O êxito deste modelo depende da cooperação e parcerias que desenvolvam sinergias entre experiências, competências e recursos de diferentes sectores.

1.2 – IDOSO DEPENDENTE

A pessoa é um ser no mundo que comporta a dimensão biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual, que interage com o seu meio ambiente. As características relativas ao desenvolvimento destas dimensões que caracterizam a pessoa podem ser tão distintas que qualquer classificação se torna arbitrária (Pimentel, 2005). A idade cronológica surge, aparentemente, como o marco e a forma precisa de a identificar, no entanto este dado não é suficiente porque a pessoa idosa tem características específicas e diversificadas que a distingue de outro grupo de pessoas. Em Portugal é comum a designação de idoso

para a pessoa com 65 ou mais anos, idade decretada da reforma (INE, 2002; Moniz, 2003). Confrontados com a dificuldade em definir a pessoa idosa consideramos como critério para a nossa investigação o idoso como a pessoa com 65 ou mais anos.

Durante muito tempo ser idoso foi percebido como um fenómeno patológico. No entanto, ser idoso não é sinónimo de ser doente. Porém, com o aumento da longevidade há maior probabilidade de deterioração de alguns sistemas funcionais e estruturais do organismo. Estas alterações fomentam a diminuição da força física, mobilidade, equilíbrio e resistência. Este declínio do organismo é designado por processo de senescência. Provoca o envelhecimento das estruturas e do aspecto geral do corpo humano e enfraquecimento das funções orgânicas. A senescência é um processo diferencial, pois cada pessoa envelhece a ritmos e modos diferentes. (Neto, Ponte, 2000; Jaques, 2004; Paúl, 2005; Figueiredo, 2007). O processo de senescência coloca a pessoa numa situação de maior vulnerabilidade à doença. É comum a manifestação de doenças crónicas que, geralmente, contribuem de forma significativa para a incapacidade e dependência física da pessoa. A maioria das pessoas com 65 anos sofre de pelo menos uma doença crónica, o que poderá interferir com a sua independência/dependência e ou autonomia (Karsch, 2003).

O termo “dependência”, na prática geriátrica, liga-se a “fragilidade”. A fragilidade é vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do ambiente. Essa condição é observada, comumente, em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduz a capacidade de adaptar-se ao stresse causado por doenças agudas, crónicas, hospitalizações ou outras situações de risco (Caldas, 2003).

Vários trabalhos de investigação, nacionais e internacionais permitiram-nos encontrar diferentes definições de dependência (Sousa, Figueiredo, 2003; Imagimário, 2004; Gómez, Ferrer, Rigla, López, 2006). No entanto, a definição que nos pareceu mais completa e enquadrável na temática da investigação é a do Conselho da Europa (1998), que postula a *dependência* como o estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de capacidade física, psíquica ou intelectual, necessitam de uma assistência e ou ajuda importante de outra pessoa para realizar os actos correntes de vida.

Estes actos correntes da vida são referenciados, em contexto científico, e muito concretamente, numa perspectiva geriátrica de “Actividades de Vida Diárias” (AVD) e “Actividades Instrumentais da Vida Diária” (AIVD). As primeiras referem-se ao autocuidado,

as que permitem à pessoa valer-se a si própria como, por exemplo, lavar-se, vestir-se, ir à casa de banho, ter controlo de esfíncteres e alimentar-se. As AIVD são as requeridas para se poder viver em grupo, comunidade e relacionar-se com os demais. As mais comuns são: limpar, cozinhar, fazer compras, utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, tomar a medicação, usar o telefone, entre outras. A perda destes actos pode ocorrer antes das AVD, pois são mais complexas (Conselho da Europa, 1998; Cantera, 2000).

A avaliação funcional é aplicada na prática geriátrica e tem-se mostrado um indicador sensível e relevante para avaliar necessidades e determinar a utilização de recursos, concretamente para a planificação de cuidados de saúde. Nesta investigação, a *dependência* do idoso é expressa na necessidade de auxílio na execução das AVD, e foi avaliada pelo Índice de Barthel².

A dependência pode ocorrer em todas as idades, mas a sua prevalência cresce quando a idade aumenta, porque o envelhecimento, como já referimos, favorece o aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas que podem conduzir a diferentes níveis de dependência. Existe a dependência física, psíquica, económica, social, e todas elas se interrelacionam.

A dependência pode não ser um estado permanente, pode ser percebida como um processo dinâmico. É um processo dinâmico cuja evolução se pode modificar, pode aumentar ou reduzir. Se houver ambiente, assistência adequada e as condições clínicas do idoso sejam favoráveis, este pode reduzir o grau de dependência ou até mesmo atingir a *independência*. Esta é definida como condição de quem recorre aos próprios meios para a satisfação das suas necessidades AVD e AIVD (Guimarães, 2002; Caldas, 2003; Sobral, 2006; Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006).

Independência/Dependência não deve ser confundida com *autonomia*. Há distinção semântica nos termos. Rodríguez (1998) defende que o conceito de *dependência* deve desvincular-se do conceito de *autonomia*. A primeira é funcional, implica a dependência

² Recorremos ao Índice de Barthel (descrito no capítulo da metodologia), que permite avaliar a independência funcional e a morbilidade da pessoa com patologia crónica, indicando se necessita de cuidados ou não e avalia se a pessoa é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. O grau de dependência é traduzido por scores, conforme a pessoa não precise de nenhum, pouco, muito ou de todo o apoio de outros para os vários tipos de actividades. A classificação mais comum é: dependência total; grave dependência; moderada dependência; baixa dependência e independência. Uma pessoa com baixa dependência necessita apenas de supervisão ou vigilância, já que possui alguma autonomia e é capaz de realizar determinadas actividades de vida diárias. A pessoa com dependência moderada necessita de supervisão e o apoio de outra pessoa para o desempenho de algumas das actividades específicas. Por último, a pessoa com dependência grave ou total necessita de ajuda permanente para a realização das actividades. São acamados ou com graves restrições da mobilidade.

de algo ou de alguém, está circunscrita e relacionada com alteração na saúde que se traduz numa dificuldade ou impossibilidade de realizar actividades básicas e instrumentais da vida diária. Autonomia tem origem em *autos* (eu próprio) e *nomoi* (lei), designando a capacidade, a liberdade e o direito de estabelecer as próprias leis e capacidades de se autogovernar. Assim, como autonomia se refere à capacidade de decisão de uma pessoa sobre a sua vida, o idoso pode ser dependente e gozar de total autonomia (Orem, 1993; Andrach, Porqueddu, Educazione, 1990; Preto, 2003; Meneses, 2004). As mudanças cognitivas, por vezes associadas a uma demência, repercutem-se severamente sobre a autonomia, limitando a actividade intelectual e afectam a capacidade de decisão, memória, comunicação e execução de algumas actividades.

Deste modo, tanto a dependência como a falta de autonomia são hoje entendidas como situações de necessidade em que uma pessoa requer ajuda de outros para realizar as AVD e AIVD. É, actualmente, um problema com implicações sociais, psicológicas, económicas e políticas.

Não sendo um fenómeno novo, sempre existiram pessoas dependentes, a convergência de diferentes factores como o envelhecimento demográfico e as alterações na estrutura familiar levam a que este fenómeno seja um desafio contemporâneo que exige respostas urgentes e adequadas para fazer frente às questões políticas, tecnológicas, sociais, psicológicas e familiares (Caldas, 2003; Gómez, Ferrer, Rigla, López, 2006).

No estudo de Sousa e Figueiredo (2003), realizado com 1747 idosos a nível nacional, com 75 anos de idade ou mais, a viverem na comunidade, sós ou com familiares e em lares, verificou-se que: 12,5% eram “totalmente dependentes”; 14,7% “gravemente dependentes”; 54% “completamente independentes”; e 15% “com baixa dependência” apenas com algumas limitações nas actividades instrumentais de vida diária.

As políticas sociais e de saúde actuais encaminham para a manutenção dos idosos no seu domicílio. Deparamo-nos com um número significativo de pessoas idosas incapazes de satisfazer as exigências do autocuidado. A evidência dos factos patenteia que a família proporciona a maior parte dos cuidados às pessoas idosas em contexto familiar.

Tendo em conta as necessidades de assistência ao novo perfil social e o seu novo processo de viver e adoecer, a família exerce um papel importante enquanto cuidadora dos seus membros. A família é a maior provedora de cuidados dos seus familiares com doença crónica e a sua actual missão é a de lidar com a condição de fragilidade dos idosos com doença crónica no seu ambiente familiar (Carreira, Rodrigues, 2006).

1.3 – FAMÍLIA: CUIDADOR PRINCIPAL DO IDOSO DEPENDENTE

A nível teórico, o tema da prestação de cuidados aos idosos pauta-se como um dos papéis centrais desempenhado desde sempre pela família, como principal entidade prestadora de cuidados, ao longo de todo o ciclo de vida individual e familiar. Prestar cuidados sempre foi visto como uma função básica da vida das famílias. Fala-se de cuidar das crianças, cuidar da família, cuidar dos membros em desvantagem, cuidar de idosos. Hanson (2005) corrobora que envelhecimento é assunto de família, e que as pessoas idosas são parte integrante da rede familiar até à morte. O apoio intergeracional de cuidados prolonga-se ao longo do ciclo vital da família.

O cenário familiar do século XXI apresenta-se com características muito próprias. A diminuição da natalidade, como já descrito, faz com que a percentagem de jovens na população total decresça, reflectindo-se esta realidade na estrutura e processos familiares, tornando a rede de parentesco menos extensa e com menos possibilidade de partilha de papéis e de responsabilidades.

Nos dados do Instituto Nacional de Estatística, referentes às dimensões e à estrutura familiar, sobressai o facto de, em Portugal, o número de famílias ter aumentado de 3.483.800, em 1999, para 3.839.300, em 2006. O aumento do número de famílias foi influenciado pelo acréscimo do número de famílias constituídas por uma e/ou duas pessoas, facto que, conjuntamente com a redução do número de famílias com 4 ou mais pessoas, contribuiu para a redução da dimensão média da família de 2,9 para 2,8 pessoas por família, entre 1999 e 2006. Em termos proporcionais, assiste-se ao aumento da percentagem de famílias de uma só pessoa e de duas pessoas, em simultâneo com o decréscimo da proporção de famílias com 4 ou mais pessoas (INE, 2007). Assim sendo, tivemos interesse em saber onde estão e com quem vivem os idosos em Portugal.

Sousa, Galante, Figueiredo (2003) revelaram que nos anos noventa, em Portugal, 97,5% dos idosos viviam em famílias clássicas e só 2,5% em lares de idosos ou famílias de acolhimento.

Estimativas com base nos resultados dos Censos 2001 apontam que nas famílias clássicas (32,5% das famílias) residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por um idoso representavam 17,5% do total de famílias. Assim, pelo já descrito no início deste capítulo, assiste-se ao envelhecimento mundial e nacional e em simultâneo ao envelhecimento das famílias. Entre 1991 e 2001, a proporção de famílias clássicas com idosos (incluindo as famílias com idosos e outros e as de só idosos) aumentou cerca de 3%,

passando de 30,8% para 32,5%. Pode-se verificar que enquanto as famílias compostas por idosos e outros viram a sua importância relativa diminuir ligeiramente, as famílias compostas apenas por idosos aumentaram cerca de 36% no período intercensitário (INE, 2002).

De referir ainda dados igualmente importantes: do total de famílias só de idosos, em 2006 a maioria dos idosos (62,8%) vivia com o cônjuge (só com o cônjuge, com ou sem filhos), 20,7% viviam sós e 16,5% viviam sem cônjuge (com ou sem filhos e outros). Quando analisada por sexo, a análise revela diferenças significativas: os idosos homens viviam maioritariamente em casal (82,9%) e apenas 48,4% das mulheres com a mesma idade viviam com o cônjuge. A sobremortalidade masculina e o celibato definitivo feminino são fenómenos que podem estar na origem das diferentes formas de vivência familiar entre os dois sexos (INE, 2007).

Assim, o lugar do idoso, tradicionalmente, mantém-se na família. Mas vive-se em contextos mais desfavoráveis para a sua adaptação. Emergem cada vez mais famílias envelhecidas e a mutação não ocorre só na tipologia e estrutura das mesmas. Da bibliografia a que tivemos acesso, constatamos mudanças quantitativas, como já referido, e qualitativas, concretamente: o aumento do seu número e a redução da dimensão, um número crescente de famílias monoparentais de viúvos e viúvas, o aumento da taxa de divórcios e a maior mobilidade geográfica das pessoas, a diminuição da proximidade física dos elementos da família, o aumento de mulheres com carreiras profissionais, rápidas e profundas mudanças de valores e nos estilos de vida, ou seja, deparamo-nos com uma multiplicidade de factores, alterações que comprometem a disponibilidade para assegurar os cuidados prolongados que os idosos, concretamente os muito idosos, exigem. Desta forma, o misto de alterações demográficas e sociais tem vindo a alterar o panorama dos cuidados familiares. Reduz-se o número de famílias disponíveis e com condições de exercer a tarefa de cuidadora, em oposição ao aumento do número de idosos a necessitar de cuidados. Pode-se inferir, portanto, que o envelhecimento com dependência e a figura da família como cuidador estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas de saúde (Seraceno, Naldini, 2003; INE, 2004; Correia, Teixeira, Marques, 2005; Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006; Silva, 2006).

Em oposição, assistimos nos últimos anos a uma orientação política no sentido de transferir para as famílias a responsabilidade de cuidar dos idosos dependentes, com fundamento no que se considera o princípio da subsolidariedade, segundo o qual não se deve deixar uma organização social superior (Estado) fazer o que uma sociedade mais elementar (família) pode fazer melhor (Pinto, 2000; Areosa, 2008).

A definição da política para a família, concretamente a Resolução do Conselho de Ministros de 13 de Abril de 2004, assume um conjunto de compromissos nos quais inclui alguns referentes às pessoas idosas, de que merece relevo a afirmação do papel subsidiário do Estado neste contexto, isto é, de só intervir quando as outras ajudas, especialmente da família, faltarem. Esta orientação pode ser entendida como a dificuldade do Estado de assumir responsabilidades que considera serem próprias das famílias nos cuidados aos idosos.

Na Resolução do Conselho de Ministros é proposto respeitar a identidade e autonomia da família, incentivar e apoiar as famílias na manutenção dos idosos em casa, promover e apoiar projectos e iniciativas de âmbito local de apoio a idosos.

Torna-se, então, necessária uma maior interferência do Estado no sentido de criar e implementar auxílios educativos, sociais, políticos e financeiros para apoiar, eficazmente, aqueles que assumem a maior parte da prestação de cuidados às pessoas idosas dependentes.

O Plano Nacional de Saúde Portugal (2004), nas suas estratégias orientadoras, propõe contemplar uma abordagem centrada no cidadão e na família ao longo do ciclo de vida. Perspectivar os cuidados de saúde tendo por fio condutor o ciclo vital justifica-se porque permite uma melhor identificação e visualização dos problemas de saúde, o que deve ser prioritário para diferentes grupos etários e realça momentos especiais em que os profissionais de saúde devem ter especial atenção como no nascer e no morrer.

Salienta-se que o mesmo Plano propõe privilegiar, na idade idosa, a família, capacitando-a para a prestação de cuidados. Ressalta que os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e diferenciados devem promover a identificação de critérios de fragilidade e de cuidados antecipatórios. Prevê, ainda, a promoção da prestação de cuidados curativos, paliativos, de reabilitação e de recuperação, globais, em internamento, em ambulatório e no domicílio. Na referência ao final do ciclo de vida, identifica-se a falta de respostas do sistema de saúde implicando que as pessoas com doenças de evolução prolongada e grave ocupem, desadequadamente, camas hospitalares em serviços que não treinados nem vocacionados para a gestão do sofrimento ou, então, se encontrem no domicílio entregues apenas a cuidados de âmbito generalista e informal.

É evidente a falta de serviços de apoio às pessoas idosas e com doenças crónicas, os cuidados são assegurados dentro da rede familiar, ainda que se afirme atenção às mutações sociais e aos novos desafios da sociedade que se repercutem no quotidiano da

vida das famílias. Cuidar de um idoso dependente é entendido, no quadro de referenciamento da família, como espaço privilegiado de realização da pessoa, de transmissão de valores, influências interpessoais e de reforço da solidariedade entre gerações.

Nas sociedades tradicionais existia um pacto entre gerações, segundo o qual os adultos investiam nos seus filhos na expectativa que estes os apoiassem quando precisassem. Nas sociedades actuais esse pacto tácito não desaparece, mas passa por um processo que assume novas configurações (Pimentel, 2005).

Os contributos dos trabalhos levados a cabo por São José, Wall e Correia (2002) permitiram identificar dois grandes perfis de prestação de cuidados, actualmente, a idosos no seio familiar:

- Um perfil *familiar*, caracterizado por uma centralização da prestação de cuidados na família da pessoa idosa dependente, em que não é feito uso de recursos exteriores à rede de parentesco;
- Um perfil *misto*, caracterizado pela combinação de vários tipos de prestadores de cuidados, em que se conjugam cuidados prestados pela família com cuidados prestados por delegação em agentes, exteriores à rede familiar.

Assim, apesar das diferentes necessidades e/ou dificuldades, as famílias continuam a ser reconhecidas com capacidades de se adaptar e mudar para dar resposta aos desafios a que estão sujeitas ao longo das diferentes fases do ciclo vital. Mas o aumento do número de idosos dependentes leva a uma pressão sobre o sistema familiar, sendo necessário criar respostas mais personalizadas e adequadas (Moreira, 2001; Seraceno, Naldini, 2002; Pimentel, 2005; Silva, 2006; Areosa, 2008).

Num estudo sobre o cuidado ao idoso no domicílio, Brito (2003), nas suas conclusões, releva a necessidade de mais recursos humanos e materiais. Afirmar ser necessário proporcionar recursos à família, assim como melhorar os cuidados ao idoso/família, pelo que a existência de um suporte socioeconómico apropriado ao idoso e família facilita a sua permanência no contexto familiar, o que torna o processo de envelhecimento mais humanizado.

O enfermeiro tem como missão cuidar do idoso e da sua família a viver com o seu estado de saúde e eventuais alterações quando os próprios não podem fazê-lo, ajudando-os durante todo o ciclo de vida, da concepção até à velhice. É verdade que o fenómeno do envelhecimento exige cada vez mais ao nível dos apoios formais, a necessidade de

equacionar medidas que permitam às famílias continuar a cuidar dos seus idosos. Destes factos questionamo-nos: *Sendo os enfermeiros um elemento das equipas de saúde, será que a formação base contribui para o desenvolvimento de competências necessárias para intervir em contexto domiciliário em famílias com um idoso dependente? Será que a realização e implementação de um programa de formação, específico, em estudantes da Licenciatura em Enfermagem, promove competências para avaliar e intervir em famílias que cuidam de um idoso em contexto familiar?*

O aumento da necessidade de apoio a famílias com um idoso dependente emerge como um problema prioritário nas políticas educativas, de saúde, sociais e económicas dos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. E, a tendência do foco de atenção da equipa de enfermagem ainda está voltada para a pessoa dependente, para o cuidado individual, descurando, grande parte das vezes, a família. Não existem serviços específicos de apoio às famílias prestadoras de cuidados aos idosos. Algumas medidas e equipamentos existentes constituem, apenas, formas indirectas de apoio, na medida em que tentam criar condições conducentes à manutenção do idoso no seu seio familiar (Figueiredo, Sousa, 2001).

Nas sociedades ditas tradicionais, as redes de interacção eram, em grande parte dos casos, suficientemente fortes para garantir um apoio efectivo àqueles que dela necessitavam, particularmente os idosos. Actualmente, em certos contextos rurais e até urbanos, ainda encontramos formas de solidariedade baseadas nessas relações comunitárias. Mas a tendência é, visivelmente, de uma diminuição dessas formas de apoio de solidariedade (Pimentel, 2005).

Em síntese, pela revisão bibliográfica e da experiência profissional, clínica e formativa, é incontestável o ritmo vertiginoso do crescimento da população idosa em todo o mundo, marcada pela tendência crescente das pessoas com mais de 65 anos, projectando-se que nas próximas quatro décadas venham a atingir aproximadamente vinte por cento da população mundial. A população portuguesa tem assumido características semelhantes às dos países desenvolvidos, posicionando-se no sétimo lugar como o país mais envelhecido da Europa, agravado pelo fenómeno de envelhecimento interno traduzido pelo aumento percentual de pessoas com 75 anos ou mais. Este é um fenómeno irreversível, do século XXI, em que existem cada vez mais pessoas idosas, concretamente mais mulheres, com limitações físicas, psíquicas ou sociais. O aumento do seu número não só é preocupante

como pelo facto de se desenvolver num contexto desfavorável em que um conjunto de outros factores como a diminuição da taxa de natalidade, a maior autonomia da mulher com dificuldade em conciliar o projecto familiar e o profissional, a crescente instabilidade das tipologias familiares, a indisponibilidade da família para lhes dar apoio, a crise dos sistemas de protecção social, a despersonalização das relações sociais, os cuidados redutores de saúde aos idosos e às suas famílias agravam este fenómeno mundial. São mutações que lançam novos desafios e em simultâneo novas oportunidades, em especial aos profissionais de educação para a saúde.

Assim sendo, a Enfermagem, que tem como essência o cuidar, necessita de desenvolver estratégias para promover a saúde das famílias com idoso dependente para, deste modo, promover comunidades saudáveis.

Num contexto sistemático de reflexão e, na procura de resposta às questões supracitadas concebemos uma investigação com duas fases distintas de trabalho: a *primeira fase* consistiu na construção de um programa de desenvolvimento de competências para avaliar e intervir em famílias com um idoso dependente em contexto familiar e a aplicação do mesmo a um grupo de estudantes da Licenciatura em Enfermagem; a *segunda fase* baseou-se num trabalho de campo com dois grupos distintos de estudantes: o grupo sujeito ao programa de formação (grupo experimental) e o grupo sem formação (grupo controlo).

O enquadramento conceptual e teórico de suporte à primeira e segunda fase desta investigação é apresentado no capítulo que se segue.

CAPÍTULO 2

MODELO DE INTERVENÇÃO EM FAMÍLIA

Colocar em pauta a discussão sobre os modelos de intervenção com o sentido de cuidar de famílias pode parecer, à primeira vista, uma obviedade. Deparamo-nos com dois conceitos que estão intrinsecamente relacionados, uma vez que a família em toda a sua história, nas suas diversas configurações, está caracterizada pelo seu papel de cuidar e proteger os seus membros. Porém, se consideramos as coisas como óbvias, ficamos impossibilitados de pensar e avançar na discussão sobre cuidar de famílias.

Julgamos ser necessário esclarecer o conceito de família que norteou esta investigação, perspectiva através da qual podemos interagir entre família e cuidados e dispor de uma referência teórica que permita balizar o processo de cuidar de famílias. Conscientes de que se trata de um processo com alguma complexidade, apresentamos a perspectiva de família, tendo em conta a interdisciplinaridade para melhor compreensão da temática, valorizamos o olhar sistémico, porque consideramos que *“trabalhar com famílias é estar em transito entre o micro e o macrossocial, entre o ser humano na sua individualidade e na sua colectividade...é mergulhar infinitamente nas relações intra e extra familiares* (Nitschke, Elsen; 2000: 45). Descrevemos, ainda, neste capítulo o ciclo vital da família e aludimos para a importância das famílias saudáveis. Terminamos com a abordagem ao modelo teórico de avaliação e intervenção em família que foi utilizado na primeira e segunda fase desta investigação.

2.1 – PERSPECTIVA SISTÉMICA DA FAMÍLIA

A família é uma realidade complexa nos seus variados significados, de ordem psicológica, sociológica, cultural, económica, política e religiosa. Complexa também na sua mutabilidade e continuidade. Por muito diferentes que sejam todos os povos, todos eles têm uma identidade familiar, o que nos leva a pensar que, enquanto o ser humano existir, a família será uma realidade na diversidade dos modelos culturais existentes.

A família é, indubitavelmente, um pilar fundamental para qualquer pessoa. É a primeira unidade social onde ela se insere e também a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização. É uma realidade de chegada, permanência e muitas vezes de partida. A pessoa encontra, normalmente, na família um espaço de

liberdade e afirmação, lugar estável de segurança e de paz, onde se identifica e faz valer os seus direitos essenciais (Martins, 2002).

A família responsabiliza-se pela prestação de cuidados na saúde e na doença dos seus membros. Na família é aprendido o autocuidado, comportamentos de bem-estar, prestam-se cuidados a diferentes membros ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital. Habitualmente, os diferentes membros que a compõem apoiam-se uns aos outros em actividades de promoção de saúde e em processos de doença aguda e ou crónica.

A família pode originar um estilo saudável de vida ou, por outro lado, pode ser um factor de disseminação de hábitos não salutogénicos. Neste sentido, a família passa a ser entendida como um abrigo capaz de proporcionar o crescimento e o desenvolvimento dos seus membros. Mas não se deve restringir a um recurso passivo dos cuidados, deve ser considerada um agente activo, sujeito do seu próprio processo de viver.

Face ao supracitado consideramos ser uma ocasião particularmente oportuna para esclarecer as diferentes abordagens de cuidados à família. Esta pode ser perspectivada como *contexto*, *cliente*, *sistema* ou uma *componente da sociedade*. Os cuidados de enfermagem à família como *contexto* centra-os a nível individual, no qual a família é o enquadramento onde a pessoa está inserida, onde a pessoa assume o primeiro plano e a família serve como um recurso ou um factor de stresse na saúde ou doença.

Quando a família é vista como o *cliente*, a avaliação centra-se em todos os seus membros. O grupo é o alvo dos cuidados, a família adopta o primeiro plano, é vista como soma dos seus membros e o foco das atenções está centrado em cada membro. Cada pessoa é avaliada e os cuidados são prestados a todos os membros em função da identificação das necessidades de cada um.

Na terceira abordagem, a família como *sistema*, o alvo é a família como cliente, mas esta é vista como um sistema interactivo no qual o todo é mais que a soma das suas partes. A avaliação é sobre a interacção do grupo e os cuidados são dirigidos para a pessoa e para a família em simultâneo. A ênfase é colocada nas interacções entre os membros.

Por último, família como uma *componente da sociedade*, o grupo é perspectivado como uma instituição, a família é uma unidade básica ou primária da sociedade que faz parte desse macrossistema. A família interage com as outras instituições para receber ou trocar serviços (Hanson, 2005).

Estas perspectivas afectam a prática da enfermagem, a investigação e o ensino sobre família (Hanson, 2005).

Como nos questionamos sobre a formação dos enfermeiros para avaliar e intervir em famílias, realçamos a perspectiva sistémica de família, à realidade familiar como um sistema auto-organizado e auto-regulado, que se desenvolve ao longo do tempo, constituindo a sua identidade sistémica e, simultaneamente, a identidade de cada um dos membros que a constituem.

O interesse da investigação em famílias provém da seguinte constatação: por mais transformações a que a família esteja sujeita na sua estrutura, funções e processos, adapta-se às crises naturais e acidentais, sofrendo constantemente influências de diferentes subsistemas. Assim, a família não é uma instituição estática, nem uma noção abstracta, nem um sujeito neutro. É uma entidade viva, que funciona em realidades específicas e muito concretas (Gonçalves, 1997; Relvas 2006; Silva, Gonçalves, Costa, 2007).

Assim sendo, a definição de família que norteou esta investigação ponderou a família como um todo em que os membros individuais não foram considerados isoladamente. A família foi pensada como um todo em que o grupo é mais que a soma das partes. Nesta perspectiva, o foco de atenção está nas interações, nas relações que se estabelecem entre os diferentes membros que a constituem (Hanson, 2005; LeGrow, Rossen, 2005). Perspectivamos a família como um organismo vivo, como um sistema aberto. A família não pode ser estudada considerando separadamente os seus membros ou reduzindo-a a relações díades e unidireccionais, porque as relações familiares são muito mais ricas e complexas.

Torna-se, então, imperativo, pensar, estudar e investigar a família, para nela intervir de forma consentânea, ultrapassando a perspectiva reducionista, centrada na pessoa, apostando numa perspectiva sistémica relacional, centrada na ecologia social da família ou redes complexas com que esta interage, vive e se desenvolve. Desta forma, a pessoa e a sua família devem ser conceptualizadas como um todo, como partes, interessando investigar não só sobre a interacção entre os membros da família, como os processos individuais e a forma como estes contribuem para a interacção, bem como os modelos de organização, funcionamento e evolução dos sistemas como realidades de um conjunto com a finalidade do bem-estar comum.

A abordagem de família considerada como um sistema aberto especial de comunicação teve o seu início nos anos 70, atribuída a Bertalanffy pelos trabalhos da Escola

de Paulo Alto. Esta abordagem parte da noção de sistema como sendo uma complexidade organizada com múltiplos elementos que estão em interacção no seu interior e com o exterior, havendo uma troca de informações que interfere no equilíbrio do sistema, provocando novos desenvolvimentos. Os sistemas podem ser abertos ou fechados: os sistemas abertos estão em interacção com o meio, registando-se uma permuta de informação, de materiais e energia, provocando alterações no interior do sistema e este no meio; os sistemas fechados são resistentes à troca de informação tendendo à autodestruição (entropia), porque se reduzem aos seus nichos ecológicos que não permitem o desenvolvimento e mecanismos de adaptação ao meio selectivo envolvente. Como não fazem intercâmbio com o meio não podem ser aplicados aos sistemas vivos, ficando a sua compreensão e aplicabilidade para as máquinas (Bronfenbrenner, 2002).

A teoria sistémica permite-nos compreender que o que constitui a realidade da família é um conjunto de relações e emoções, laços que mantêm a unidade do sistema (amor, relações conjugais, parentais, fraternais...), expressos pelas interacções ao longo do desenvolvimento da sua história. Uma mudança num dos membros do sistema familiar produz modificações ou flutuações nos outros membros, que deve levar a um novo equilíbrio, embora diferente do anterior. Cada pessoa deverá saber assumir-se e adaptar-se, aceitando os limites e assumindo responsabilidades, só assim se contribui para a manutenção do sistema familiar.

A família conceptualizada como um sistema aberto é constituída por um conjunto de elementos que se constituem em subsistemas em interacção, sendo uma complexidade organizada de partes distintas e com determinados atributos, funções, papéis, cuja finalidade última é promover o desenvolvimento físico e psicossocial de todos os seus membros, ou seja, atingir o bem-estar do grupo, bem como transmitir os padrões de cultura da própria família. Desta forma, a família é um sistema de relações organizado em função de determinados objectivos comuns que, separadamente, não seriam atingidos pelos diferentes membros (Minuchin, 1990; Anderson, 2000).

As famílias têm necessidade de constante reorganização e diferenciação. A continuidade desta identidade é permitida pela reestruturação ou criação de novos repertórios de interacção que permitem a adaptação (Costa, 1994).

Outro aspecto, não menos importante, é o facto de a família estar inserida numa comunidade, com uma cultura própria, verificando-se continuamente influências recíprocas. Assim, família, como sistema aberto, submete os seus membros à adaptação, transformação e remodelação contínua, mas preserva a sua identidade sistémica.

Esta perspectiva sistémica, globalizante, leva-nos a pensar a família como um grupo de pessoas emocionalmente implicadas e que se identificam como unidade familiar. A família envolve as pessoas relacionadas pelo casamento tradicional, por laços sanguíneos, por adopção ou amizade. É um sistema com os seus próprios valores, estrutura e funções bem definidas, e evolui através das diferentes etapas de vida (Friedman, 1992; Relvas 2006), ou ainda, e de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, a família é *“o conjunto de seres humanos considerado como unidade social ou o todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo”* (ICN; 2002: 65). A família engloba todos os grupos cujas relações assentam na confiança, no apoio mútuo e num projecto e destino comuns. Como os elementos de uma família não mudam ao mesmo tempo, as diferenças, semelhanças, rupturas vão emergindo e gerando desafios constantes ao sistema familiar que dinamiza novos desenvolvimentos ao longo do ciclo vital da mesma.

O ciclo vital da família configura-se como num conjunto de acontecimentos universais previsíveis, apesar das variações culturais, impulsionadores de mudança e adaptação da organização familiar. O casamento, a maternidade, a entrada dos filhos na instituição escolar, os problemas da adolescência, a permanência cada vez mais prolongada dos filhos adultos na família e a experiência do “ninho vazio”, a morte de um dos cônjuges, são exemplos destes acontecimentos marcantes que caracterizam o ciclo de vida familiar.

O desenvolvimento da família processa-se em função da interacção dos membros que a constituem e da forma como lidam com as diferentes transições do ciclo de vida familiar. São os processos inerentes às transições que definem o desenvolvimento familiar (Relvas, 2006).

Numa família podemos identificar a sua história natural de vida desde da sua “gestação”, nascimento, passando por diversas fases de desenvolvimento até ao seu declínio ou morte. Em todo este percurso a capacidade de adaptação às mudanças e de enfrentar e ultrapassar as crises é uma constante nas vivências da família.

Analisar a família ao longo do ciclo vital é estudar o seu desenvolvimento numa dimensão do eixo diacrónico, de modo a identificar características e potencialidades e a analisar momentos de mudança em relação às tarefas, dificuldades e tensões (Martins,

2002; Cutsem, 2004). Autores como Rodgers, Hill, Michael Solomon, Duvall, Combrinck-Graham, Relvas, têm vindo a estudar o ciclo vital da família ao longo de seis décadas. Sugerem estádios do ciclo vital, com diferenças no que concerne às características e durabilidade. A maioria refere-se a cinco ou oito etapas, englobando os acontecimentos que supõem alterações previsíveis na estrutura, funções e papéis da família (Stanhope, Lancaster, 1999; Wong, 1999; Martins, 2002; Minuchin, 1990; Relvas, 2006; Ângelo, Bousso, 2008).

Relvas (2006) conceptualiza o ciclo vital da família em cinco diferentes etapas, tendo como referência a família nuclear tradicional: 1) nascimento da família nuclear; 2) nascimento dos filhos; 3) adolescência dos filhos; 4) partida dos filhos; 5) morte ou partida de um dos pais.

A família inicia-se assim com a formação do casal e o nascimento da família nuclear. Depois do casamento surge o momento de criar espaço para um filho, sendo que com o seu nascimento se inicia o segundo momento do ciclo vital da família. A entrada deste terceiro elemento na família é uma situação nova e de grandes mudanças a nível individual e familiar. Com o passar do tempo há um desenvolvimento do ciclo vital da família e individual dos elementos que a compõem, ou seja, os anos passam para os filhos e, também para os pais, também eles mudam. A quarta fase consiste na partida dos filhos. Nesta etapa, a família volta a sofrer transformações. Para além da partida dos filhos, os pais estão mais velhos. O tempo de reforma e sobretudo a idade avançada podem recriar uma situação de dependência. É, também, nesta fase que a geração mais idosa tem de permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo espaço no agregado familiar para a sabedoria e experiência dos mais velhos. Nesta fase ocorrem, habitualmente, uma série de perdas de natureza diversa, morte de irmãos, amigos, e a preparação da sua própria morte. Com a morte de um dos cônjuges surge a última etapa do ciclo vital da família.

Este modelo do ciclo vital de vida familiar tem de ser encarado como uma estrutura flexível, possível de se adaptar à diversidade, cada vez maior, das famílias da sociedade contemporânea.

Ao considerarmos que a família é um sistema e unidade básica de cuidados têm como premissa a manutenção da saúde e um adequado crescimento e desenvolvimento de todos os seus membros, assim, torna-se importante promover a saúde da unidade familiar como um todo, e encorajar os diferentes membros a valorizarem e a incluírem a promoção da saúde nos seus estilos de vida (Hanson, 2005; Silva, Gonçalves, Costa, 2006; Queiroz, 2009).

2. 2 - SAÚDE FAMILIAR UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

Face às novas exigências apontadas na Segunda Conferência Ministerial sobre Enfermagem³, que teve lugar em Munique (2000), surge a necessidade de reestruturar o modelo de organização da prestação de cuidados de enfermagem, proporcionando à pessoa maior qualidade de cuidados e garantindo a cada família o seu enfermeiro. As conclusões desta conferência não são alheias às mudanças e progressos ocorridos na família e na sociedade, salientando:

- Alteração no perfil das famílias (predomínio de famílias nucleares, crescimento de famílias monoparentais...);
- Mudanças demográficas: envelhecimento da população e diminuição do número de indivíduos para cuidar dela;
- Alteração das políticas de saúde: diminuir o número de hospitalizações, reduzir tempo de internamento;
- Prevalência de doenças crónicas (WHO, 2000).

Estas mudanças atribuíram, directa ou indirectamente, maior responsabilidade às famílias nos cuidados aos seus membros doentes. Assim, a actuação dos enfermeiros faz-se enquadrada na saúde pública e nos cuidados de saúde primários e cuidados continuados (REPE, 1996; WHO, 2000; Correia, Dias, Coelho, Page, Vitorino, 2001). Neste contexto, e segundo WHO (2000), o enfermeiro deverá:

- Contribuir de maneira muito útil nas actividades de promoção e prevenção da doença, para além das suas funções de tratamento;
- Ajudar os indivíduos e famílias a assumirem a doença e a incapacidade crónica e dedicar uma grande parte do seu tempo junto das pessoas doentes e famílias, no domicílio.

Os cuidados de enfermagem à família são *“um desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados aos doentes e um compromisso na promoção da saúde”* (Whyte, 1997:6). Assim, o enfermeiro que presta cuidados à família deve interagir com situações que apoiem a integridade familiar. O enfermeiro deve avaliar e promover a saúde das famílias, identificar os seus recursos e potencialidades (Hanson, 2005; Decesaro, Ferraz, 2006; Wright, Leahey, 2009).

³ No início do terceiro milénio há uma meta que é partilhada por todas as sociedades: a busca de conhecimentos, instrumentos que permitam prevenir, detectar precocemente as doenças. Simultaneamente, é o foco de atenção da saúde, que se pretende ampliado, partindo de uma concepção centrada nos cuidados diferenciados, coloca-se hoje ênfase nos cuidados primários e comunitários, dando-se especial importância à família como determinante da condição de saúde dos seus elementos e, deste modo, do grupo e toda a comunidade.

A saúde da família, actualmente, constitui um desafio para os profissionais da área da saúde, concretamente para os enfermeiros, nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. O foco central está na manutenção de famílias saudáveis, as quais correspondem a um grupo de pessoas que convivem e que possuem reservas biológicas, mentais, sócio culturais e ambientais para se manter em equilíbrio (Correia, Dias, Coelho, Page, Vitorino, 2001; Wernet, Ângelo, 2003; Martins, Thofehrn, Amestoy, Assunção, Meincke, 2008; Wright, Leahey, 2009).

A primeira alusão a “famílias saudáveis” ou pontos fortes da família foram escritas por Otto na década de sessenta do século passado. Foi o primeiro investigador a descrever critérios psicossociais para avaliar os pontos fortes da família, tendo reforçado a necessidade de se centrar nos atributos positivos desta, em alternativa a uma abordagem patológica, que destacava as suas fragilidades.

Reflectindo sobre a dificuldade em definir de forma clara e objectiva o que são famílias saudáveis, uma década após, Pratt introduziu a ideia da “família energizada”, sendo esta vista como uma estrutura encorajadora e de apoio para os diferentes indivíduos desenvolverem as suas capacidades para funcionarem e executarem acções independentes contribuindo desta forma para a saúde da família.

A saúde familiar exige uma atenção multidisciplinar; na sua definição, devem ser ponderados aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais da vida familiar, pois só desta forma podemos entender a saúde familiar como o bem-estar alcançado por todos os membros (Hanson, 2005).

Martins, Thofehrn, Amestoy, Assunção e Meincke (2008) consideram as famílias saudáveis tidas como famílias resilientes, com capacidade de equilíbrio de coesão e de adaptabilidade, resultado de uma comunicação positiva. Caracterizaram-nas como grupos cheios de energia que respondem às necessidades e interesses de todos os seus membros, que lidam eficazmente com as crises previsíveis e com as acidentais. São famílias que interagem regularmente com os seus subsistemas e com os sistemas externos. São flexíveis na distribuição do poder e fazem-no de forma igualitária, promovem a liberdade, a mudança, a saúde dos seus membros e deste modo a saúde da unidade familiar, por contacto activo e variado com outros grupos e organizações.

Saúde familiar é um estado dinâmico e complexo. Exige sentido de integração e de ligação nas interacções familiares. É mais que ausência de doença ou ausência de disfunção na dinâmica familiar. Resulta de um trabalho de cooperação onde todos trabalham para a manutenção da unidade (Olson, 1988; Friedman, 1992; Hanson, 2005).

Hanson (2005), nos seus escritos, refere que as características de uma família saudável foram assunto que despertou o interesse de vários investigadores. Após a análise das diferentes perspectivas, as características de uma família saudável podem ser resumidas em seis dimensões: *Unidade; Empenho; Tempo passado em família; Flexibilidade e capacidade para lidar com stresse; Bem-estar espiritual; Comunicação positiva; Apreciação e afecto.*

Numa família em que há *unidade* e *empenho* há capacidade para promover sentido de confiança, ensina os diferentes membros a respeitarem-se mutuamente e a cultivar um sentido de responsabilidade e partilha. O *tempo partilhado em família* é tido como tempo de lazer, partilham-se rituais e mantêm-se tradições familiares, a companhia de cada pessoa é apreciada por todo o grupo, traduzindo-se por “tempo simples e de qualidade”. A componente de *flexibilidade e capacidade para lidar com o stresse* permite às famílias ver as crises como desafios e muitas das vezes como oportunidades únicas de desenvolvimento. As crises em conjunto levam ao crescimento e adaptabilidade. Pela *comunicação positiva* comunica-se e ouve-se de forma eficaz, aceitam-se as diferenças, abre-se espaço para a partilha de sentimentos. Para além de *apreciação* e manifestação de *afectos*, estas famílias apresentam sentido de humor, mantêm amigos e preocupam-se uns com os outros respeitando sempre a individualidade de cada um. Com o *Bem-estar espiritual* ensinam os valores éticos, a fé, esperança e, essencialmente, respeitam a privacidade de cada um. São famílias abertas a mudanças e que procuram ajuda para a resolução de alguns dos seus problemas no processo saúde e doença.

Promoção da Saúde da Família com um Idoso Dependente

Friedman, Bowden e Jones (2003) consideram que a teoria geral dos sistemas oferecem uma base conceptual para pensar e trabalhar com a família em oposição à centralização dos cuidados no foco de atenção na pessoa individual, mudando-se, assim, de um paradigma mecanicista para um paradigma holístico.

O paradigma holístico vê os sistemas como um todo, tal como para as pessoas e famílias, tendo em vista a sua inter-relação. Este paradigma postula o conceito de causalidade circular, deste modo, a pessoa influencia o meio e deixa-se influenciar por ele. Usando uma perspectiva holística, um sistema é considerado como um todo e não pode ser compreendido avaliando as partes e interações individualmente.

Em situação de saúde/doença, a perspectiva sistémica é igualmente importante. A função de cuidar deve ser assegurada pela participação de todos os membros da

família. O conjunto dos membros interligados e em interacção dinâmica entre si e com os subsistemas exteriores deve organizar-se no sentido do mesmo objectivo. Do mesmo modo há que accionar a interferência e interacção da família com o meio ambiente onde esta está inserida. A abordagem sistémica é globalizante e inclui os subsistemas e ecossistemas de modo mais ou menos explícitos e integrados. Efectivamente, todos dependem uns dos outros.

Qualquer mudança em qualquer parte do sistema familiar afecta a totalidade e desencadeia adaptações para um novo estado de equilíbrio.

A constatação de uma limitação permanente, como seja uma doença incapacitante num dos membros da família, é percebida como um momento de crise no qual ocorre um desequilíbrio entre o período da crise e o de ajuste, tendo em conta os recursos disponíveis para lidar com a situação. A família, para restabelecer o equilíbrio, necessita da superação desse momento crítico, o que depende de como cada família reage à situação e de como se organiza para adquirir de novo o equilíbrio (Pereira, Bellizzoti, 2004; Soares, Munari, 2007).

Pensar a família desta forma, e pensar no projecto de saúde de que cada família cria oportunidades aos profissionais de saúde e, muito concretamente, aos enfermeiros, profissionais relevantes que integram programas de Promoção da Saúde.

Esta mudança de paradigma encaminha-nos para a necessidade de uma avaliação familiar individualizada que inclua a compreensão da dinâmica familiar para se determinar quais as intervenções mais específicas para a singularidade de cada família. Em situações de saúde e doença deve-se promover o envolvimento de todos os membros da família, para que as intervenções se tornem mais eficientes, para que aumente a adesão terapêutica e sejamos capazes de melhorar a gestão dos recursos intra extra familiares. Assim, é necessário apostar na formação de profissionais com habilidades científicas capazes de avaliar e intervir em famílias.

2.3 – ENFERMAGEM DE FAMÍLIA SUPORTE CONCEPTUAL

Enfermagem é uma profissão, na área da saúde, que tem como objectivo prestar cuidados à pessoa, sã ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ela está integrada, com o sentido de manter, melhorar e recuperar a saúde, para atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

O enfermeiro é um profissional, com reconhecimento legal de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (REPE, 1996).

A literatura científica clarifica que os cuidados de enfermagem devem centrar-se no cuidar da família como parte integrante das suas práticas e, na expressão de alguns autores, é evidenciado que os enfermeiros têm o compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde (Wright, Leahey, 2009; CIPE, 2002; Hanson, 2005).

Contudo, este enfoque do cuidado só é alcançado com a implementação de práticas de avaliação e intervenções adequadas à especificidade e singularidade de cada família.

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

Vários autores são da opinião de que um modelo conceptual para a prática de enfermagem é construído por um conjunto de conceitos relacionados cientificamente que identificam as componentes essenciais da prática de enfermagem, juntamente com a base teórica destes conceitos e valores exigidos para serem usados pelo profissional. Os modelos são desenvolvidos como numa tentativa de melhorar o sentido do que os enfermeiros fazem ou deviam fazer (Queirós, Silva, Santos, 2000; Hanson, 2005). A identificação de um quadro conceptual de enfermagem determina o conteúdo funcional do enfermeiro, sustenta os cuidados de enfermagem e, implicitamente, a sua autonomia.

Revendo a bibliografia que existe sobre suporte conceptual à enfermagem de família, deparamo-nos com uma variedade de modelos teóricos que contribuem para a orientação da avaliação e da prestação de cuidados a famílias, nomeadamente os trabalhos de King; Roy; Neuman; Oren; Rogers; Friedman; Wright e Leahey, McCubbin e McCubbin. Também tomamos conhecimento de que não existe um modelo ideal. Assim, julgamos pertinente recorrer a uma estrutura conceptual que facilitasse a organização dos dados provenientes da avaliação e que encaminhasse para a identificação das forças, dos

problemas, no sentido de organizar o planeamento e intervenção de cuidados às famílias com quem pensávamos trabalhar.

Seleccionamos uma estrutura multidimensional, um modelo que se apoia num fundamento teórico que envolve a teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança: Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o modelo de conceptualização do relacionamento entre as famílias e a enfermagem, com orientação para a mudança e, em simultâneo, para a promoção da saúde: Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) de Wright e Leahey.

O modelo eleito reconhece a experiência dos membros da família que vivenciam o processo de doença, bem como as experiências dos enfermeiros na promoção da saúde e no tratamento. Está fundamentado em noções pós-modernistas e na biologia da cognição. Enfatiza e orienta para a mudança a partir de um ponto de vista cultural específico, é um modelo que está devidamente documentado para orientar as intervenções de enfermagem na família.

2.3.1 - Modelo de Calgary

As primeiras referências ao Modelo de Avaliação de Calgary de Família (MACF) datam os anos oitenta e surgiram na primeira publicação “Enfermeiras e Famílias”, de Wright, Leahey (1984), tendo sido reconhecido mundialmente e utilizado em várias investigações. Actualmente, é referenciado pela comunidade científica e já utilizado em vários trabalhos de investigação a nível nacional e internacional (Barbieri, 2004; Filizola, Ribeiro, Paravarini, 2003; Queiroz, 2007; Chistoffel, Pacheco, Reis, 2008; Montefusco, Bachion, Nakatani, 2008; Figueiredo, Martins, 2009; Santos, 2009).

O MACF é uma estrutura multidimensional que consiste em três categorias principais: *Estrutural*; *De Desenvolvimento* e *Funcional*. Cada categoria engloba várias subcategorias que podem ou não ser avaliadas, ou seja, a aplicação do modelo não exige avaliação de todas as categorias em simultâneo, como referem as autoras do modelo, “*nem todas as subcategorias precisam de ser avaliadas em uma primeira reunião com a família, e algumas nunca precisarão de avaliação*” (Wright, Leahey; 2009:45). A figura nº 1, que se segue, representa o MACF. O enfermeiro define que categoria ou subcategoria são relevantes e apropriadas para uma determinada família, naquele momento, com o sentido de reunir informação necessária que lhe possibilite fazer uma avaliação integrada. O foco de avaliação familiar centra-se na interacção entre os diferentes elementos que compõem a família (Wright, Leahey, 2009; Chistoffel, Pacheco, Reis, 2008).

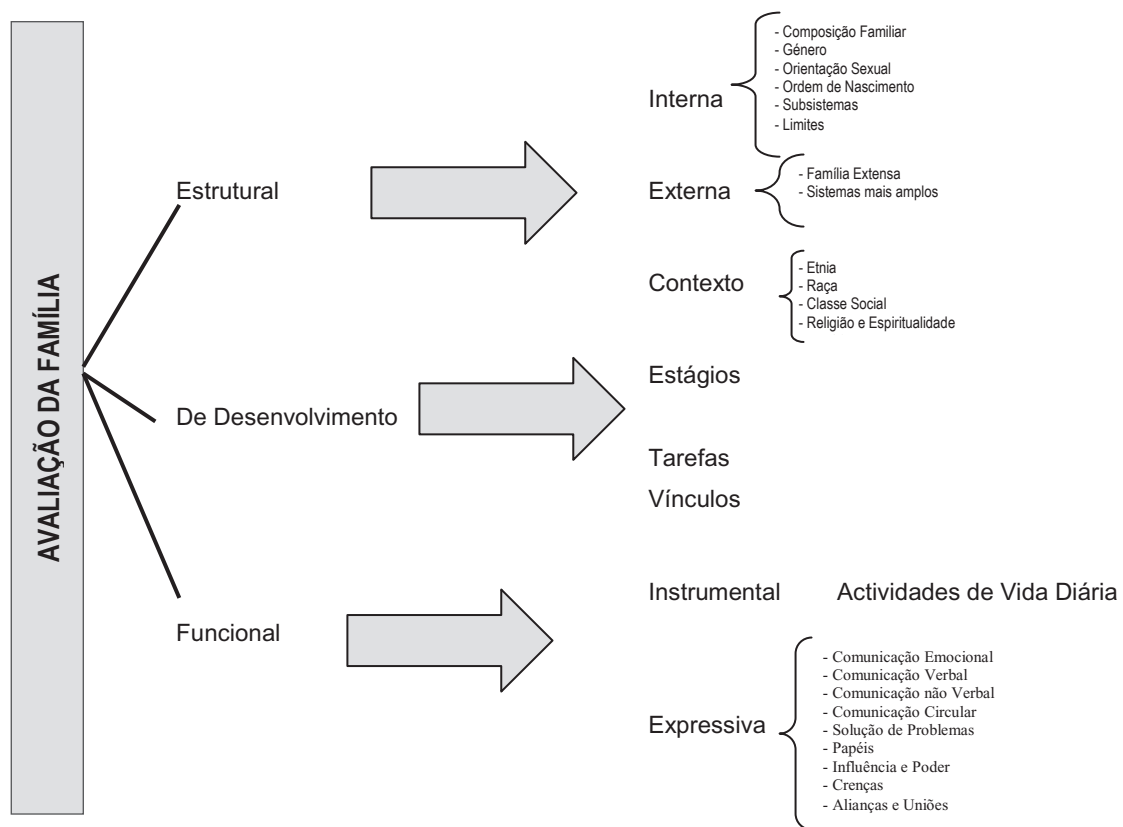


Fig 1 – Diagrama do MCAF (Adaptado de Wright, Leahey, 2009)

Pela **avaliação estrutural** da família o enfermeiro toma conhecimento de quem faz parte da família. No caso concreto da nossa investigação, procurámos saber com quem vive o idoso dependente, quais os vínculos afectivos intra e extra familiares dos diferentes membros, e em que contexto a família e o idoso estão inseridos. Estes três aspectos da estrutura familiar podem ser examinados pela estrutura interna, estrutura externa e contexto. Cada dimensão pode ser analisada separadamente.

A avaliação estrutural interna permite reunir todo um conjunto de informação referente à composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites da família. O nosso protocolo de colheita de informação abrangeu: *composição familiar* – Quem faz parte da sua família? Há membros sem ligação biológica? Quem colabora nos cuidados ao idoso dependente? Como se relacionam os diferentes membros da sua família com o idoso dependente?

A subcategoria *género* é considerada um construto básico e fundamental no sistema familiar. O profissional de enfermagem pode identificar o predomínio, ou não, de género numa família. O género influencia o cuidado da saúde da família, assim como promove diferenças significativas na distribuição dos papéis familiares, em particular o papel terapêutico.

A *ordem de nascimento*, as diferenças de idades entre irmãos são condições a ponderar na avaliação familiar. Estes são factores que influenciam o desenvolvimento das relações intra e extra familiares e têm significado para os recursos de cuidados à família. Foram realizadas questões no sentido de obter esta informação. Assim, para a *orientação sexual/ordem de nascimento*, questionámos: Mantêm interesse pela sua vida sexual? A presença do idoso dependente afecta a sua vida sexual? Tem filhos? Quantos? Com que idade(s)? Ocorreu algum aborto? Nesta subcategoria de subsistemas ainda interrogámos no sentido de identificar díades marido-mulher, filha-pais, avó-neto. Os *subsistemas* (conjugal, paternal, fraternal) caracterizam o nível de diferenciação do sistema familiar. É através dos subsistemas que a família assegura as suas funções. Cada elemento da família pode incorporar diferentes subsistemas, mas, em cada um deles, essa pessoa tem um diferente nível de poder e recorre a diferentes habilidades para o seu desempenho, ou seja, em cada subsistema a pessoa comporta-se de acordo com a posição que ocupa.

Os *limites* referem-se às regras para “definir quem e como participa”. Numa família todos os subsistemas têm limites e a sua principal função é proteger a diferenciação dos seus membros. Na procura dos *Limites* – regras da família com um idoso dependente, para reconhecer quem e como participam no cuidar, questionámos: A quem recorre quando necessita de ajuda para prestar os cuidados ao idoso? Dos elementos da sua família com quem conta para a ajudar? Conversa com alguém quando se sente mais triste, cansada?

Os limites podem ser difusos, rígidos ou permeáveis. A diferenciação familiar pode ser alterada à medida que os limites se alteram. Entende-se por limites difusos, por exemplo, quando os membros da família se tornam íntimos, em termos emocionais, ficam com um sentido elevado de pertença ao grupo e com menos autonomia individual. Os limites balizam o comportamento comunicacional entre os diferentes elementos de uma família. No caso de famílias em que um idoso fica dependente, podem ser redefinidos, com ou sem ressentimento, e, muitas das vezes, exigem a inversão de papéis (Relvas, 2006).

Os limites rígidos, inflexíveis promovem a desintegração de subsistemas. Podemos elucidar esta situação com outro exemplo: se o marido admite que só as mulheres devem participar nos autocuidados ao idoso dependente, e se a esposa concorda, o filho do idoso pode ficar separado ou na periferia do subsistema idoso adulto- filho.

Os limites permeáveis, em oposição aos rígidos, permitem uma flexibilidade adequada, as regras existem mas podem ser alteradas no sentido de melhor cooperação com a finalidade de atingir o bem-estar do grupo. Este tipo de limites é a condição ideal para as famílias com um idoso dependente no autocuidado. Os limites tendem a mudar

com o desenvolvimento da família ao longo do tempo. Por exemplo, os limites familiares tornam-se ambíguos durante o processo de reorganização após a chegada ou perda de um dos elementos. Isto pode ser sentido quando um idoso se torna dependente e vai viver para casa de um filho. O idoso pode ser fisicamente, psicologicamente ou até socialmente dependente, o que exige reorganização familiar. Urge definir: quem faz o quê? Quando? Como?

Deste modo, face a uma crise accidental, os estilos dos limites podem facilitar ou restringir o funcionamento familiar. Ainda sobre limite, Wright e Leahey (2009) fazem alusão que Green e Werner, nos fins dos anos noventa, atribuíram um outro significado ao termo *limite*, relacionando-o à proximidade interpessoal, intrusão e responsabilidade da intimidade. O acto de partilhar, de modo relativo, o território pode ser avaliado com os aspectos de tempo de contacto (tempo passado junto), espaço pessoal (proximidade pessoal, toque), espaço emocional (dividir afectos), espaço de informação (informação mútua conhecida), partilha de conversas e espaço de decisão (extensão em que as decisões são localizadas em diferentes membros ou subsistemas). Esta caracterização de limite aperfeiçoa o tipo de relação entre os diferentes membros de uma família. O acesso a esta informação é significativa para o enfermeiro para saber a dimensão da responsabilidade – proximidade de um limite, particularmente quando está a trabalhar com famílias com um idoso dependente com patologia crónica, promove identificação de recursos internos para a continuidade de cuidados no seu ambiente natural.

As mesmas autoras referem-se à composição da família como um grupo pessoas ligadas por fortes vínculos emocionais, com sentido de posse e a inclinação a participar nas vidas uns dos outros. Assim, estes grupos de pessoas assumem um compromisso de relacionamentos a longo prazo. Para a enfermagem faz sentido observar as alterações na composição familiar. Estas alterações podem ser permanentes, como resultado da perda ou da dependência de um dos membros, ou temporárias. São permanentes se o idoso fica sempre no mesmo ambiente familiar; temporárias se permanece por períodos em diferentes contextos familiares ou institucionais. Para o enfermeiro e implicitamente para os cuidadores os recursos familiares podem fazer a diferença na continuidade dos cuidados; por exemplo, quando a composição do número de elementos varia, por vezes os recursos tornam-se escassos, sendo necessário recorrer a suporte externo à família.

A estrutura externa possui duas subcategorias: família extensa e sistemas mais amplos na família. Sobre a “família extensa” obtém-se informação sobre a origem e procriação da família, assim como se identifica a actual geração. Para esta investigação

questionamos: Tem irmãos/Filhos? Onde moram os seus irmãos/Filhos? Tem contacto com eles? Com que frequência? Como se estabelece esse contacto (telefone, visitas)? Tem parentes a viver nas proximidades? Estão disponíveis para ajudar se necessário? Que tipo de ajuda habitualmente solicita? Há algum elemento na família que lhes cause stresse? Os vínculos estabelecidos com membros da família extensa são forças muito influentes para o sistema. Os apoios ou os conflitos podem existir mesmo a grandes distâncias. A avaliação do contacto com a família extensa orienta os profissionais para a quantidade e qualidade do apoio de uma determinada família.

Os “Sistemas mais amplos” referem-se a diferentes instituições sociais e pessoas com as quais a família tem algum contacto e que funcionam como apoios pontuais. Apoios ao nível do bem-estar público, apoio legal, apoios nos cuidados de saúde, apoio educativo entre outros. Assim, questionamos as famílias: Quem são os profissionais de saúde que prestam cuidados ao idoso e à família? Como se relacionam com esses profissionais? Com que regularidade prestam cuidados? O número de vezes que frequentam a vossa casa responde às vossas necessidades? Que tipo de cuidados prestam?

Ainda incluída na avaliação estrutural, podemos ponderar o contexto onde a família está inserida. O contexto é explicado como a citação total ou as informações básicas relevantes a algum facto ou personalidade. Tendo em vista que o contexto permeia e circunscreve o idoso e sua família, o contexto inclui cinco subcategorias: Etnia; Raça; Classe social; Religião / Espiritualidade e Ambiente.

Não é nossa intenção, neste trabalho, fazer uma descrição exaustiva de cada uma destas subcategorias, já que não se enquadra no propósito principal desta investigação, mas apenas entender como é que cada subcategoria pode contribuir para a singularidade de cada família. Assim, questionamos as famílias: Considera a sua família uma família com saúde? Como se organizam para prestar cuidados ao idoso? O que significa ter uma pessoa idosa dependente a viver cá em casa? Teve necessidade de fazer mudanças pessoais e profissionais para assegurar os cuidados ao idoso? O factor económico é uma condicionante para a saúde do idoso e da família? Houve necessidade de mudar a estrutura física da casa? Ocorreram mudanças na vida familiar para lidar com esta situação? Que profissionais de saúde vos fornecem apoio? Quem colabora mais? Como se relacionam com os vizinhos? Quando se sente com menos força, coragem, a quem ou a quem recorre? Pratica alguma religião? Esta influencia as suas práticas de saúde?

Numa visão sociológica, a etnicidade reporta-se a práticas culturais e a modelos de entender o mundo, facto que pode distinguir os grupos e as comunidades. É um fenómeno

unicamente social que é produzido ao longo do tempo. Para muitas pessoas a etnicidade é um elemento central da identidade do indivíduo e do grupo. Pode fornecer uma importante linha de continuidade com o passado e é muitas vezes mantida viva através de práticas de tradições (Giddens, 2008). A *etnia* alude ao conceito de “unidade” da família tendo em conta a sua história, classe social e religião. Pela mesma podem ser entendidos os processos subtis e manifestos transmitidos de geração em geração. As autoras do MACF são da opinião de que a etnia é um factor importante que influencia a interacção familiar, sendo essencial o reconhecimento da infinidade, variedade e ausência de estereótipos nas famílias provenientes de vários grupos étnicos. Acreditam ser relevante para os profissionais de enfermagem reconhecer os seus próprios pontos invisuais e ajustar as intervenções de acordo com as diferenças étnicas de cada família.

A *raça* influencia a identificação individual e de um grupo e a postura da família na sociedade envolvente. Atitudes raciais, estereótipos e discriminação são influências fortes sobre a interacção familiar, podem representar restrições negativas nos relacionamentos intra e extra familiares. A *raça* faz a intersecção com variáveis de interferência como classe, religião e etnia. A *raça* pode ser entendida como um conjunto de relações sociais que permite que os indivíduos e as pessoas sejam localizados com base em características biológicas. As diferenças raciais são mais do que formas de descrever as diferenças humanas, são também factores importantes na reprodução de padrões de poder e de desigualdade na sociedade (Giddens, 2008). É importante que os profissionais de saúde entendam as diferentes condutas e perspectivas de saúde da família influenciados pela identidade racial (Wright, Leahey, 2009). Como postula Honoré (2002), é importante escutar o que cada um quer expressar quando fala de saúde, tentando compreender qual é o contexto biográfico e social do sujeito que a expressa e o momento em que é referido. Mais refere que as concepções variam de pessoa para pessoa, de acordo com as civilizações, épocas em que são produzidas e do estatuto social de quem as emite.

A *classe social* continua a explicar uma parte significativa das desigualdades observadas nas sociedades contemporâneas, seja a nível do poder, das oportunidades educacionais do acesso aos serviços de saúde ou de muitos outros aspectos da existência individual ou de um grupo (Almeida, Machado, Capucha, Torres, 1994).

A subcategoria *classe social* afecta o modo pelo qual os membros de uma família se definem ou são definidos, como difundem os afectos, como se organizam no seu dia-a-dia, como encaram os desafios, as crises normativas e as crises acidentais. A classe social é modelador dos valores e sistemas de crenças da família. Esta subcategoria molda

os projectos educacionais e profissionais. Assim, a prestação de cuidados de saúde deve ter em conta o contexto cultural, social e económico das pessoas e suas famílias. O reconhecimento das crenças da classe social entre os diferentes elementos das famílias pode estimular novas estratégias de promoção e intervenção de saúde.

A *saúde* tem adquirido uma significação económica e política diferente ao longo dos tempos. A influência desta determinante estimula à reflexão de determinadas atitudes e comportamentos. Este facto evidencia que a saúde não é só uma noção individual mas também é colectiva e social. A determinante económica tem por finalidade não a compatibilização dos custos, mas no sentido de tentar clarificar escolhas, tendo em consideração um processo de optimização, os custos e vantagens das diferentes intervenções que podem proteger, melhorar ou mesmo restaurar a saúde (Honoré, 2002).

Ainda na sequência de avaliação estrutural contexto, temos a *Religião* e *Espiritualidade* que também influenciam os valores, os hábitos sociais e os cuidados de saúde. Em alguns grupos étnicos é comum a combinação de práticas religiosas e de saúde. A religião influencia as crenças sobre saúde, doença e adaptação. As emoções como medo, culpa, esperança podem ser excitadas ou compensadas pelas crenças religiosas. A avaliação desta subcategoria pode ser oportuna aquando de crises, visto que as crenças, espiritualidade e transcendência dão explicações para a capacidade de recuperação da família. Pesquisas levadas a cabo por Wright nos anos noventa levaram a autora a admitir que o sofrimento e a insensibilidade a ele são questões de espiritualidade. Julga-se ser pertinente questionar as famílias se a religião ou espiritualidade influenciam as práticas de cuidados de saúde. Os profissionais de saúde devem estar atentos à existência ou não de sinais de influência religiosa que interfiram na saúde e doença.

Os recursos físicos, psicológicos, sociais e espirituais devem ser entendidos, dentro do necessário equilíbrio e ser vividos à luz, não só do que a ciência produz mas também do que é adaptável a cada caso particular. O essencial é a busca de recursos que beneficiem a saúde. Cada pessoa, cada família, nas suas diferentes etapas da vida, deve ser capaz de desenvolver o máximo de energia, vitalidade para responder aos diferentes desafios com que se debatem. Compreender a saúde neste sentido garante uma melhor qualidade de vida individual e colectiva (Nunes, 1999).

Por último, a subcategoria *ambiente*, que circunscreve aspectos da comunidade nas mais amplos. Os factores ambientais, adequação de espaços, privacidade e acesso a diversas instituições de apoio influenciam o funcionamento da família. Estes factores têm pesos diferentes ao longo do ciclo vital da família, em função da necessidades individuais

e ou colectivas. Habitualmente as famílias envelhecidas têm menos recursos. Assim, é responsabilidade dos profissionais avaliar se o ambiente onde a família está inserida tem capacidade para apoiar no funcionamento da mesma (Figueiredo, 2007). Os factores de um ambiente local têm impacto sobre o estado de saúde e pode ser o foco da prática de enfermagem (CIPE, 2002).

Para a avaliação estrutural dois instrumentos são utilizados para delinear as estruturas internas e externas da família: o genograma e o ecomapa⁴. Recorremos a estes instrumentos como dispositivos para a avaliação, planeamento e selecção das intervenções nas famílias com quem trabalhamos.

O genograma é um diagrama que representa a estrutura e o histórico familiar, é uma árvore familiar que representa a estrutura familiar interna. É conveniente incluírem-se pelo menos três gerações. Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagens de geração. O recurso à entrevista para a construção do genograma faz com que o enfermeiro obtenha conhecimentos da família, ficando com uma visão geral da estrutura da família. Uma das vantagens da construção do genograma, na nossa investigação, foi o seu formato diagrama, já que, em poucos minutos, o investigador obteve uma imagem da situação clínica do idoso dependente e da sua família.

O ecomapa é um diagrama que representa a visão geral da situação da família. Retrata as relações com instituições educacionais, serviços de saúde, serviços sociais e outras instituições, ou seja, as relações da família e o macro sistema onde esta está inserida. Demonstra o fluxo de energia ou a falta de recursos das mesmas. A realização do ecomapa permitiu tomar conhecimento com a rede e apoios das famílias com idosos dependentes.

A segunda dimensão do MACF reporta-se à **avaliação do desenvolvimento** da família. Este pode ser identificado tendo em conta o estágio, as tarefas e os vínculos da família. As evidências produzidas pelas investigadoras autoras do modelo despertam-nos para a utilidade de se distinguir “desenvolvimento da família” e “ciclo vital da família”. O primeiro enfatiza a trajectória exclusiva construída por uma família. Caracteriza-se por crises esperadas, mas nem sempre previsíveis, é um conceito abrangente que inclui todos os processos de evolução transaccional associado ao crescimento de uma família.

O ciclo vital da família refere-se à trajectória típica que a maioria das famílias tradicionais percorre. As várias fases do ciclo vital de uma família estão muito associadas

⁴ Instrumentos descritos no capítulo da metodologia desta tese.

às entradas e saídas dos seus membros. Estes eventos de entradas e saídas geram mudanças que requerem reorganização dos papéis e regras familiares. Assim, o profissional de enfermagem precisa de compreender o desenvolvimento de uma família para decidir sobre a intervenção ao nível da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A avaliação detalhada do comportamento dos diferentes elementos que constituem uma família, segundo o MACF, é obtida pela **avaliação funcional**. Esta avaliação versa dois aspectos básicos do funcionamento familiar: *instrumental* e o *expressivo*.

A componente *instrumental* do funcionamento refere-se às actividades de vida diárias. Actividades básicas de sobrevivência são as que aludem ao autocuidado⁵, as que permitem a pessoa valer-se a si própria.

A teoria do autocuidado é uma abordagem orientada para a saúde centrada numa visão sistémica. Em causa estão as actividades que as pessoas iniciam e executam pessoalmente em seu próprio benefício para manter a vida, o que lhes confere o carácter pessoal e contínuo. O autocuidado é o conceito básico entendido como a capacidade que a pessoa tem para realizar as actividades necessárias para viver e sobreviver *em seu próprio benefício mantendo a vida, a saúde e o bem-estar* (Orem, 1993:131).

A autora refere que a decisão sobre o autocuidado é da competência da pessoa; esta inicia-o voluntária e intencionalmente, o profissional pode ajudar. Ao considerar que este processo de acção intervenção a autora encaminha-nos para a ideia de *agente de autocuidado*. Basicamente, este é a própria pessoa, mas, quando esta apresenta dificuldades ou dependências, o agente é transferido para o papel do profissional de enfermagem que tem conhecimentos, habilidades específicas para dar resposta individualizada e personalizada. Em situações de doença crónica, este papel terapêutico, agente de autocuidado, pode ser transferido para a família.

Para atingir os objectivos do autocuidado, Orem (1993:131) identifica condições básicas às quais chama de requisitos, considerando três domínios: *universais*, de *desenvolvimento* e de *desvio de saúde*. Os requisitos universais são comuns a todas as pessoas durante todos os estádios do ciclo vital, sendo ajustados à idade, à fase de desenvolvimento em que se posiciona. Os requisitos de desenvolvimento são expressões

⁵ Orem (1993) faz abordagem ao autocuidado, classifica a sua teoria como geral de deficits de autocuidado e que contém em si três outras teorias: de *autocuidado* onde descreve e explica o autocuidado; de *deficit de autocuidado*, descreve e explica porque é que as pessoas necessitam de ser apoiadas pelos enfermeiros; e de *sistema de assistência de enfermagem*, que descreve e explica as relações que se devem manter para que exista enfermagem.

especializadas dos requisitos universais por serem particularidades de processos de desenvolvimento ou por serem requisitos novos derivados de condições especiais. Orem apresenta-os em duas categorias: manutenção ou promoção de condições de vida que apoiam processos vitais e promovem os processos de desenvolvimento; provisão de cuidados para prevenir a ocorrência de efeitos nefastos de condições que podem afectar o desenvolvimento humano ou para diminuir ou superar esses efeitos. Os requisitos de desvio de saúde dizem respeito a pessoas doentes, acidentadas ou incapacitadas.

Na teoria do sistema de assistência de enfermagem quando existe um deficit de autocuidado em causa está a relação entre o enfermeiro a pessoa e sua família para reparar o equilíbrio. Os enfermeiros, face ao défice de autocuidado, apresentam cinco métodos de assistência: agir ou fazer por; orientar; apoiar; promover ambiente propício ao desenvolvimento e ensinar. Com base na utilização destes vários métodos em conjugação, Orem (1993) apresenta três sistemas de assistência: o totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o educativo de apoio⁶. Este referencial pode ser um suplemento importante a ter em conta aquando da avaliação do comportamento dos diferentes elementos pertencentes a uma família com um idoso dependente. Orienta para a intervenção individual e da família. Quando trabalhamos com famílias com problemas de saúde crónicos as intervenções devem ser adequadas no sentido de contribuírem para a independência e autonomia da pessoa e da própria família (Hunter, 1993; Sullivan, 1993; Rueda, 1999).

Pela avaliação funcional *expressiva* adquirimos informação referente a nove subcategorias: Comunicação emocional; Comunicação verbal; Comunicação não verbal; Comunicação circular; Solução de problemas; Papéis; Influência e poder; Crenças; Alianças e uniões. Elementos fortes que influenciam as interacções pessoais. Wright e Leahey (2009) corroboram a opinião de alguns autores quando referem que muitas destas subcategorias diferenciam as famílias no seu estado de saúde e bem-estar. Estas áreas devem ser exploradas aquando da avaliação do funcionamento da família, avaliar “o aqui e agora” no sentido de se identificarem as forças e as limitações em cada subcategoria.

⁶ O sistema totalmente compensatório é aplicado quando a pessoa não tem os recursos necessários para realizar o seu autocuidado; por isso, recorre ao autocuidado terapêutico e a responsabilidade é transferida para o enfermeiro. No sistema parcialmente compensatório, quer a pessoa quer o enfermeiro desenvolvem medidas de assistência de saúde. Em causa estão as capacidades da pessoa e a capacidade do enfermeiro em promover a independência. O sistema educativo de apoio prevê que a pessoa tem recursos para conseguir realizar o autocuidado, contudo necessita da intervenção do enfermeiro para tomar decisões, controlar comportamentos ou (re)adquirir conhecimentos ou habilidades para as suas escolhas.

Assim, o foco de avaliação versa essencialmente sobre a interação *entre* os membros da família⁷.

Em síntese, podemos referir que o MACF é uma estrutura fundamental para os profissionais que trabalham com famílias. O enfermeiro pode utilizar as três principais categorias: *estrutural*, *de desenvolvimento* e *funcional* para uma avaliação macro das forças e dificuldades da família. Ou, por outro lado, pode fazer uma avaliação micro e explorar mais detalhadamente as áreas específicas de funcionamento da família. Em qualquer dos casos o enfermeiro tem de ter habilidade para reunir todas as informações e pensar sempre numa avaliação integrada. Concluída a avaliação, o enfermeiro e a família determinam se a intervenção é necessária qual o seu domínio (Wright, Leahey, 2009; Chistoffel, Pacheco, Reis, 2008).

2.3.2 – Intervenções de Enfermagem na Família

Partimos da evidência de que as relações do enfermeiro com a pessoa, com as famílias, com a sociedade se baseiam num estado de equilíbrio entre as habilidades que o enfermeiro possui para identificar, planejar, executar e avaliar o autocuidado terapêutico, tendo em consideração as capacidades da pessoa e da sua família para o realizarem (Orem, 1993).

Como parte integrante do sistema de cuidados da saúde, a enfermagem implementa intervenções de promoção da saúde, de prevenção, de tratamento ou reabilitação a pessoas de todas as idades com doença física, mental ou deficiência, em diferentes contextos, como nas organizações de cuidados de saúde ou noutros locais da comunidade. Dentre a amplitude de cuidados de saúde *o fenómeno que mais importa aos enfermeiros é a resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais* de pessoas, das famílias e grupos. Em linguagem classificada, um fenómeno de enfermagem é definido como *aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem* (CIPE, 2002: xiii,xv).

As intervenções de enfermagem são todas as acções realizadas em resposta a um fenómeno, diagnóstico de enfermagem, sendo a acção definida como o comportamento do enfermeiro na prática clínica. Com o sentido de clarificar o que são intervenções de enfermagem, recorreremos aos trabalhos de Docheterman e Bulechek publicados

⁷ Na nossa investigação recorreremos a instrumentos de avaliação já validados (FACES III, Olson, 1987; EAF, Gonçalves e Coimbra, 2003; BSI, Derogatis, Spencer, 1997) e outros foram validados pelos investigadores (EAPF, Araújo, Martins e Paúl, no prelo).

recentemente, em que definem uma intervenção de enfermagem como *qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo paciente/cliente* (2008: 43).

Sabemos pelo Regulamento do Exercício da Profissão em Enfermagem que as intervenções de enfermagem são classificadas de intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais⁸. Relativamente às intervenções interdependentes o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. No que se refere às intervenções de enfermagem autónomas o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação, o que nos permite afirmar que a autonomia não está dependente da prescrição mas da tomada de decisão do enfermeiro sobre a intervenção.

O trabalho dos enfermeiros salienta-se pela relação deliberada entre este e a pessoa, família ou grupo cuidado, que é produzido mediante acções ou sequências de acções determinadas e que a sua existência depende da produção e manutenção de relações entre as pessoas e entre as acções que elas seleccionam, decidem executar e executam neste espaço de liberdade. É aqui que fica a tomada de decisão e, implicitamente, a autonomia em enfermagem.

A autonomia é entendida como a capacidade de planificação da própria vida, de relacionamento com os outros com vista a uma participação activa na sociedade, de fazer tarefas por si próprio, de tomar decisões evidenciando um sentido de auto-orientação. Para a sua consolidação é fundamental a capacitação individual no sentido da independência emocional, independência instrumental e tomada de consciência da interdependência, para o qual se exige competência intelectual, interpessoal e desenvolvimento a partir de uma formação harmoniosa e construção da identidade (Andrich, Porqueddu, Educazione, 1990).

As intervenções de enfermagem caracterizam-se por ter fundamento na interacção entre enfermeiro e a pessoa, a família, os grupos e comunidade; e estabelecer uma relação de ajuda, recorrendo a metodologia científica, onde se inclui:

- A identificação dos problemas de saúde em geral e de diagnósticos de enfermagem em particular, na pessoa, família, grupos e comunidade;
- A recolha e apreciação de dados sobre cada situação particular;

⁸ Consideram-se intervenções autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, seja prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria. As intervenções interdependentes são as acções realizadas pelos enfermeiros, em conjunto com outros profissionais, para um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos, resultam de prescrições ou orientações previamente formalizadas por uma equipa multidisciplinar (REPE; 1996).

- A formulação do diagnóstico de enfermagem, expressos pela especificidade de cada caso;
- A elaboração de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
- A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem;
- A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções quando necessário.

A prestação de cuidados de enfermagem deve estar em sintonia com o grau de dependência da pessoa ou grupo. Assim, o enfermeiro pode substituir ou ajudar a completar a capacidade funcional quando a pessoa está total ou parcialmente incapacitada; a sua intervenção pode estar direccionada para orientar e supervisionar, transmitindo informação quando vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde; é ainda responsabilidade do enfermeiro encaminhar, orientar para recursos adequados, tendo em conta os problemas identificados, ou mover outros técnicos de saúde, quando os problemas têm resolução por uma equipa multidisciplinar (REPE;1996).

Uma noção que importa referir, ainda, em relação às intervenções de enfermagem quando estas são especificamente direccionadas para trabalhar com famílias são os níveis de cuidados. Estes foram descritos nos anos oitenta por Doherty. Os seus escritos apontavam para um *continuum* de envolvimento do prestador de cuidados aquando da assistência à família. Fez referência a cinco níveis de cuidados tendo em conta a ênfase e envolvimento da família nos cuidados:

Nível 1 - ênfase mínima atribuída à família: esta só é incluída por razões práticas ou legais. O enfermeiro necessita de poucos conhecimentos ou habilidades para implementar intervenções deste nível;

Nível 2 – abrange a informação e conselhos dados à família de forma generalista. O enfermeiro tem um contacto regular para obtenção de informação e para intervenções no âmbito da educação em saúde;

Nível 3 – os cuidados estão mais direccionados à situação familiar. O enfermeiro proporciona apoio e encoraja a expressão de sentimentos, apoia nos esforços de coping, fundamentando-se no conhecimento do desenvolvimento da família e as reacções ao stress. Os cuidados são individualizados para cada família;

Nível 4 - compreensão da família como um todo. De um modo sistemático, o enfermeiro avalia a família e faz um planeamento que reflecte a compreensão dos sistemas da família e dos sistemas maiores dos quais a família e prestadores de cuidados de saúde operam. Para a prestação deste nível de cuidados requer formação específica;

Nível 5 – intervenções deste nível exige um elevado conhecimento para trabalhar com famílias disfuncionais. O enfermeiro para trabalhar a este nível, tem formação específica em enfermagem psiquiátrica e saúde mental e terapia familiar, ou até a associação destas duas áreas do conhecimento (Hanson, 2005; Queiroz, 2009).

Associado ao Modelo Avaliação Calgary da Família está o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF), que é considerado uma estrutura organizada que conceptualiza a intersecção entre o domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro no sentido de facilitar a mudança na família. Este modelo privilegia a promoção do funcionamento familiar em três domínios: *cognitivo, afectivo e comportamental*.

As intervenções propostas para uma família podem promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar fazendo recurso a um ou aos três domínios. Um conjunto variado de intervenções representa o núcleo da prática clínica no trabalho a desenvolver com as famílias⁹.

O MCIF permite determinar o domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudança e as intervenções mais adequadas para essa transformação. Fornece, ainda, meios de conceptualizar um ajuste entre os diferentes domínios do funcionamento familiar. Assim, a família e o enfermeiro desenvolvem um trabalho de parceria para encontrarem as estratégias mais adequadas para que ocorra a mudança.

As intervenções direccionadas para o *domínio cognitivo* estão relacionadas com ideias, informações, opiniões ou instruções sobre um problema particular de saúde. Quando implementadas, o resultado esperado são mudar a forma como a família concebe e acredita no problema de saúde e procura novas soluções para esse problema. Na opinião das autoras do modelo, por exemplo “*ao elogiar a competência e as forças da família, e oferecer uma nova opinião sobre si, cria-se um contexto para a mudança, permitindo que as famílias descubram então as suas próprias soluções para o problema*” (Wright, Leahey, 2009:138). O elogio funciona como um estímulo que contribui para que as famílias vejam o problema de saúde de um modo diferente e, desta forma, encontrem soluções mais eficazes.

As intervenções direccionadas para o *domínio afectivo* do funcionamento familiar são pertinentes quando as emoções bloqueiam a família e a impedem de encontrar soluções para os seus problemas. Assim, as intervenções visam aumentar ou reduzir as emoções.

⁹ A selecção das intervenções deve ser personalizada para cada família tendo em conta a individualidade de cada sistema expressa na avaliação da mesma.

A validação do afecto, ajudar as pessoas a ouvirem as preocupações e sentimentos umas das outras, promover discurso terapêutico como encorajar a narrar a história clínica dá oportunidade à família de reencontrar as suas forças e recursos para a resolução dos seus problemas. Este tipo de apoio pode evitar que as famílias se tornem sobrecarregadas.

As intervenções dirigidas ao *domínio comportamental* têm como objectivo ajudar as pessoas de uma família a interagir e a comportarem-se de forma diferente em relação uns aos outros. São exemplo deste tipo de intervenções convidar alguns ou todos os membros da família a participar numa actividade específica como, por exemplo, incentivarem a serem cuidadores de uma pessoa dependente para evitar a sobrecarga do cuidador principal, estimularem ao descanso, planear actividades de autocuidado recreativo e autocuidado lazer.

Independentemente do domínio em que se pretende interceder, as intervenções podem ser directas ou indirectas, simples ou mais complexas. Devem ser sempre direccionadas para um objectivo específico de promoção, tratamento ou reinserção, conforme acordo efectuado com a família. O trabalho deve ser de equipa, ou seja, realizado pela parceria entre o enfermeiro e a família, com o propósito final de ajudar os membros da família a encontrarem soluções, a reduzir ou aliviar o sofrimento emocional, físico e espiritual de cada família.

As autoras do MCIF realçam que o modelo é uma estrutura organizadora para conceituar a intersecção entre o domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro. Os elementos do MCIF enfocam a promoção ao mesmo tempo que estimulam a sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios: cognitivo, afectivo e comportamental (Wright, Leahey, 2009).

Não obstante, independentemente do referencial teórico que o enfermeiro utilize para intervir em famílias, é necessário que esteja seguro e consciente de que o trabalho com famílias não pode ser estático, porque a família também não o é, ela desenvolve-se de acordo com o seu ciclo e ritmo de vida, tem uma história particular que precisa de ser avaliada e compreendida. O modelo, aqui descrito, prevê, entre outras medidas, que se valorize a componente saudável da família. Os profissionais tem que reconhecê-la como uma unidade única que precisa de ser cuidada, respeitar as suas crenças e valores, valorizar as suas forças e o potencial de saúde dos seus familiares, proporcionar um ambiente para que a família expresse os seus conhecimentos, sentimentos e comportamentos. Face aos desafios que se colocam aos enfermeiros no desenvolvimento de cuidados centrados na

família, o MACF e MCIF tem sido utilizado por diferentes autores com sucesso na sua aplicação (Barbieri, 2004; Filizola, Ribeiro, Paravarini, 2003; Holtzlander, 2005; Loveland-Cherry, 2006; Martinez, Rennick, 2007; Queiroz, 2007; Chistoffel, Pacheco, Reis, 2008; Montefusco, Bachion, Nakatani, 2008; Figueiredo, Martins, 2009; Santos, 2009).

Num percurso crítico e reflexivo do conceito sistémico de família e a sua interligação com o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary surgi-nos a necessidade de construção e implementação de um programa de promoção da saúde de famílias com um idoso dependente em contexto familiar.

CAPÍTULO 3

TREINAR ENFERMEIROS PARA CUIDAR DE FAMÍLIAS COM UM IDOSO DEPENDENTE

Sendo o envelhecimento um processo universal com implicações directas na esfera socioeconómica, na sociedade e no sistema de saúde, urge formar enfermeiros cujos valores, atitudes, comportamentos, práticas levem a uma tomada de consciência, tornando-os autónomos, responsáveis e competentes, capazes de assumirem os desafios profissionais e sociais mais actuais.

“Treinar enfermeiros...” é perspectivado como um propósito de desenvolver competências de alguém (CIPE, 2002). Assim sendo, a primeira parte deste capítulo reporta-se à explicitação da conceptualização educação/formação como processo capaz de promover um conjunto de transformações necessárias para aquisição de competências. Na segunda parte, descrevemos o percurso metodológico da primeira fase da investigação: preparação, implementação e avaliação de um programa de formação para cuidar de famílias com um idoso dependente em contexto familiar, ou seja, reporta-se à descrição da fase de preparação do experimento.

Tivemos necessidade, especificamente, e só neste capítulo, de usar terminologias diferentes para nos referirmos aos estudantes pertencentes ao grupo controlo e ao grupo experimental. Deste modo, os estudantes incluídos no grupo controlo são referenciados como *estudantes* e os do grupo experimental de *estudantes/formandos*. Esta diferenciação foi necessária para realçar que este último grupo teve formação extra-curricular.

3.1 – INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CUIDAR DE FAMÍLIAS: CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Na actualidade, é comum utilizar-se a expressão *intervenção educativa* para nos referirmos à acção e acto de educar. Recorre-se a essa expressão para se enfatizar a vertente prática da educação.

A educação não pode ser pensada como sinónimo de instrução, mas deve convergir para a formação de pessoas informadas, activas, conscientes e competentes nos seus projectos pessoais e profissionais.

Da evidência empírica sobressai que o termo *educação*, ao longo dos tempos, não teve sempre o mesmo significado e esteve ou ainda está ao nível da concepção abstracta ligado a aspectos de *escola/instituição de ensino* enquanto estrutura que protagoniza o sistema educativo. A conjugação de diferentes factores parece justificar os conceitos de educação diversificados e as várias formas como esta é perspectivada.

Como resultado da pesquisa efectuada sobre a temática, verificamos o reconhecimento da educação como um interveniente no desenvolvimento da personalidade da pessoa, na expressão da sua autonomia e como estratégia global de desenvolvimento social, económico e cultural.

Cabana (1999: 195) refere que a educação é como “*uma acção radicalmente humana que consiste no auxílio ao desenvolvimento das faculdades específicas, isto é, humanas do educando*”. Reforça a sua ideia dizendo que a educação é um “*auxílio ao imaturo*” e adianta que não é educativo qualquer auxílio, só o é o que se dispensa para conduzir o Homem à sua maturidade ou, melhor dizendo, ao seu pleno desenvolvimento das suas faculdades específicas.

Na mesma linhagem, mas com uma ideia mais abrangente, V. Garcia Hoz, nos anos trinta, considera a educação como um processo que ajuda a pessoa a conhecer-se a si própria e a conhecer o meio social em que vive, a fim de ser capaz de conseguir a máxima organização interna e o melhor contributo para a sociedade.

No entanto, sugere que a educação não é encarada como um facto espontâneo previsto pela natureza, mas é um processo regulado intencionalmente como uma ajuda da arte a essa natureza, ajuda que é eficaz se ponderar os contributos das diferentes ciências. Essa educação tende a converter as capacidades em hábitos e estes em competências específicas e, posto que não pode haver educação sem hábito, nem hábito sem exercício, nem exercício sem actividade, a educação será então resultado do processo actividade-exercício-hábito, colocado em acção pelo talento com que o educador ajuda o educando (Cabanhas, 1999).

Desta forma, a educação produz alterações no Homem através de diferentes acontecimentos com que contacta ao longo da vida por processos relacionados com a pesquisa, a experiência, a prática e a imitação. Com estas e outras estratégias adquire diferentes competências.

Nesta investigação, competência é entendida como as capacidades a nível do sentir, do pensar e do agir, consideradas necessárias para exercer de forma correcta determinada actividade (Benner, 2001; Ferreira, 2007). Consideramos o ser competente, numa determinada área científica, a pessoa que é capaz de mobilizar, integrar e transferir

conhecimentos e articulá-los com diferentes saberes. Neste sentido, a competência representa um saber recrutar, em tempo adequado, as capacidades e os conhecimentos que foram adquiridos, um saber organizar e um saber seleccionar, pressupondo a existência de assimilação e de integração, no sentido da evolução da intervenção.

Pelos discursos científicos, económicos, políticos das práticas clínicas da actualidade é notório que algumas competências exigidas, hoje, aos profissionais de enfermagem, podem ser alcançadas pela formação. Assim, procuramos clarificar o conceito de formação.

Formação apela a uma multiplicidade de disciplinas para a sua explicitação ao nível das representações e das práticas; no entanto, tendo em conta o contexto desta investigação, vamos circunscrevê-la ao alcance da pedagogia.

Dias (1993) refere-se à *formação* como os processos que recaem sobre o desenvolvimento global (educação) e intelectual (aprendizagem) e sobre os respectivos caudais energéticos, como força de selecção, organização, modelação, formatação, em ordem a impor-lhes um sentido, através de uma forma ou estrutura definidora do perfil de competências da pessoa para realizar determinadas tarefas, ou ainda, num sentido mais global, formar-se como Homem.

A palavra *formar* deriva do latim do verbo *formare* que significa dar forma, entendida como o conjunto de contornos que constituem a configuração exterior de um determinado corpo. Neste sentido, a formação será um meio privilegiado para dar forma a projectos de transformação interior e exterior, os quais requerem, por parte dos formandos, uma constante interiorização, reflexão de atitudes e de comportamentos.

A formação não se limita a um fenómeno de aquisição de conhecimentos, mas promove a transformação da personalidade, induz para mudanças na pessoa, indutoras de mudanças na interacção da pessoa com o meio.

Então, pensar em formação leva-nos a salientar diferentes significados: a) o resultado, a qualificação; b) o sistema, o plano de formação; e c) o processo, a formação como trabalho sobre as representações. Desta forma, é perceptível a perspectiva da formação, ora nos fins alcançados ou a alcançar ora no processo (Faber, 1995).

No âmbito desta investigação, *formação* é percebida como acção que visa favorecer a evolução global da personalidade dos estudantes/formandos, facilitando as aquisições de novos conhecimentos e habilidades no sentido de uma realização pessoal e profissional e de uma melhor resposta às necessidades actuais dos cuidados de saúde (Queirós, 1999).

A formação tem uma importante influência no desenvolvimento global do ser humano, sobretudo numa época em constante e acelerada mutação como a que se vive actualmente. A tomada de consciência desta realidade leva o ser humano a alargar os

limites do seu horizonte e a ampliar o seu campo de acção, ainda que, para o conseguir, tenha de desassossegar a pacatez pessoal, interpessoal e institucional (Ferreira, 2007).

O conceito de *educação* e *formação* articula-se com o de *adulto* e encontra-se fortemente relacionado com os conceitos de aprendizagem, ensino e desenvolvimento.

Deste modo, a formação pode ser entendida como um campo circunscrito de um âmbito mais abrangente que é o da educação, encontrando-se uma e outra interligadas no domínio mais amplo da aprendizagem (Silva, 2003).

A *aprendizagem* integra as variáveis do processo de assimilação, organização e estruturação pessoal de conhecimentos, ou melhor, de todo o tipo de impressões provenientes do meio ambiente, adquiridas pela experiência e geradoras de modificações na conduta da pessoa. Incitado pela curiosidade, pela imitação, pela necessidade, pelo prazer, pelo desejo de se identificar com alguém ou com alguma coisa...a pessoa não pára de construir e reconstruir saberes, valores e atitudes que manifesta através dos seus comportamentos. Entenda-se por *valores* as referências que são assumidas pela pessoa, onde enquadra as suas decisões e os seus comportamentos; por *atitudes*, as predisposições internas que induzem a pessoa a reagir em determinado sentido; e por *comportamento* o conjunto de manifestações objectivamente observáveis ou não na actividade global da pessoa (Ferreira, 2007).

Como a aprendizagem é uma estruturação pessoal resultante de um processo experiencial, interior à pessoa, e que se traduz numa modificação de comportamento, não é momentânea, realiza-se num tempo que pode ser mais ou menos longo. Quando se diz que a aprendizagem é experiencial, interior à pessoa, está a confirmar-se o carácter pessoal e, ao mesmo tempo, o facto da aprendizagem não se ver em si mesma, mas apenas nos seus efeitos, isto é, nas modificações que ela opera no comportamento exterior observável do sujeito.

Só há aprendizagem se existir mudança de comportamento e que este possa ser observado, ou seja, que a pessoa seja capaz de realizar determinadas actividades que até aquele momento não estava capaz de realizar (Tavares, Alarcão, 1985). Para completar esta ideia, e procurando ir de encontro às necessidades desta investigação, apraz-nos citar Belo (2003), que afirma que para existir interacção entre desenvolvimento e aprendizagem e, concretamente nos adultos, é necessário um papel activo do adulto e a presença de determinadas operações como: interpretação e aplicação de conhecimentos, comunicação interpessoal, ruptura e desequilíbrio, aptidões cognitivas, auto-regulação e experimentações e, ainda, operações mentais.

Assim sendo, reconhecemos que a aprendizagem é uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa, e que se traduz numa modificação de comportamentos relativamente estáveis.

Em síntese, a educação/formação é uma realidade complexa sobre a qual se fala com frequência e que a todos preocupa e interessa. Tratando-se de conceitos polissémicos, são com frequência referenciados como: processo dirigido ao desenvolvimento integral da pessoa; acção comunicativa dirigida a informar e adquirir competências; transmissão de uma cultura orientada para a socialização de crianças, jovens e adultos (Martínez-Otero, 2003). O autor supracitado diz que a educação/formação comporta riqueza dinâmica pessoal, que é um valor capaz de provocar alterações a nível individual e social.

Nas diferentes concepções de educação emerge sempre a ideia de que o Homem é um ser educável e de que a educação/formação é um processo que visa criar condições para que todos se desenvolvam de forma a serem capazes de responder aos desafios e exigências diárias, através de uma participação activa, consciente e apoiada em decisões autónomas.

A aprendizagem é um processo contínuo em interacção com o meio que procura o desencadear a mudança de comportamentos, a construção de novas competências ou a reconstrução de competências já existentes. O desejo de saber mais, de saber fazer melhor, de ser diferente exige, por vezes, ruptura com valores e saberes a que o tempo já retirou alguma qualidade e sentido. Essas rupturas podem despoletar alguma nostalgia, mas também é verdade que constituem desafios para encontrar novas competências e para operacionalizar novos projectos.

3.1.1 – Complementaridade de Saberes: Competências para o Séc. XXI

A educação deve promover, de forma maciça e eficaz, mais saberes educativos adaptados à civilização cognitiva, pois estes são as bases das competências do futuro.

Esses saberes devem ser orientados no sentido de projectos individuais e colectivos. Assim, para se responder a diferentes exigências, e tendo em conta o que nos chega pelo relatório da UNESCO¹⁰ Comissão Internacional sobre Educação para o séc. XXI, presidida

¹⁰ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

por Jacques Delors (1996), podemos constatar que a educação e a formação têm um papel crucial no desenvolvimento contínuo da pessoa e das sociedades.

Delors (2003) organiza a educação e a formação em torno de quatro pilares fundamentais: *aprender a conhecer* (adquirir instrumentos de compreensão), *aprender a fazer* (poder agir de forma eficaz e eficiente sobre o meio ambiente), *aprender a viver juntos* (poder participar e cooperar com os outros em todas as actividades humanas) e *aprender a ser* (integrar de modo sistemático as aprendizagens). Considera-os como pilares do conhecimento, linhas orientadoras de toda a aprendizagem contínua da pessoa. Apesar de fazer referência aos quatro pilares, considera que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas variados pontos de sobreposição, de relacionamento e permuta, como passamos a descrever.

Aprender a conhecer: visa a aquisição do domínio dos próprios instrumentos do conhecimento e não um repertório de saberes codificados. Deve fomentar o aprender a aprender, exercitando a atenção, a memória e o pensamento.

O desenvolvimento do gosto por este tipo de aprendizagem estimula a curiosidade intelectual, o sentido crítico e promove a compreensão do real ajudando à aquisição do sentido de autonomia e de discernimento.

O domínio dos instrumentos do conhecimento pode ser considerado como um meio ou como uma finalidade. Meio, porque leva a que cada pessoa aprenda a compreender o mundo na medida das suas necessidades para viver dignamente. Finalidade, porque se baseia no prazer de compreender, conhecer e descobrir. Este processo de aprendizagem é inacabado, podendo ser enriquecido ao longo da vida. Insere-se aqui a cultura geral suficientemente vasta com a possibilidade de conhecer profundamente um número reduzido de assuntos. Podemos também considerar a especificidade de uma actividade ou profissão.

Aprender a fazer: esta forma de aprendizagem é indissociável da anterior, podendo-se afirmar que aprender a fazer está relacionado com a forma de se pôr em prática os conhecimentos adquiridos. Deve adquirir um significado diferente de se preparar a pessoa para desempenhar determinada tarefa “*as aprendizagens devem evoluir e não podem mais ser consideradas como simples transmissão de práticas mais ou menos rotineiras*”. Espera-se que a pessoa mobilize os conhecimentos para a prática, que seja capaz, face a uma nova situação, de agir e intervir de forma adequada, atendendo à especificidade da área de intervenção (Delors, 2003: 80).

As qualidades subjectivas, as inatas e as adquiridas, muitas vezes designadas de *saber-ser* juntam-se ao saber e ao *saber-fazer* para se atingir a competência exigida. Torna-

-se claro que se deve valorizar a competência em que o profissional tem a capacidade de executar actividades e de desenvolver uma atitude crítica e reflexiva sobre o que faz e como poderá fazer melhor;

Aprender a viver juntos: esta aprendizagem representa, hoje em dia, um dos maiores desafios da educação em duas vias complementares. Num primeiro nível, ocorre a descoberta progressiva do outro, passando a descoberta do outro necessariamente pela descoberta de si, e, num segundo nível, ao longo da vida, pela participação em projectos comuns. Desta forma, desenvolve-se a compreensão do outro e a percepção das interdependências. Realizar projectos comuns e preparar-se para gerir conflitos no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz;

Aprender a ser: reporta-se essencialmente a como a educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa. Todo o ser humano deve ser preparado para elaborar pensamentos autónomos e críticos e para formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida, comportando-se como actores responsáveis e justos.

Em síntese, podemos dizer que é fundamental aprender a conhecer, para melhor entender o mundo; aprender a fazer, para agir adequadamente no meio envolvente; aprender a ser, para facilitar o desenvolvimento da identidade pessoal e profissional, e aprender a viver juntos, para trabalhar em grupo com eficácia.

Todos estes elementos são demasiados importantes para a enfermagem, sendo reconhecida, no senso comum, como “gente que cuida de gente”, que, para além de exigir conhecimentos, capacidades, atitudes, competências e actualizações, exige capacidade de adaptação a uma sociedade em constante mutação.

Enquadrada nesta filosofia, fundamentamos a necessidade de desenvolver um programa de formação específico para profissionais de saúde, concretamente enfermeiros, membros activos de equipas multidisciplinares. Para melhor se entender a mesma consideramos importante fazer uma pequena alusão à formação inicial destes actores.

3.1.2 - Formação Inicial em Enfermagem

O curso de Licenciatura em Enfermagem, ministrado na Escola Superior de Saúde onde decorreu o trabalho, está estruturado de modo a permitir que os futuros actores sociais, ao longo do seu processo de formação, ensino-aprendizagem, tomem consciência do seu

potencial interventivo na relação com o meio ambiente, pessoa/família e comunidade. A tónica é posta na sua autonomia e capacidade de decisão.

Esta Licenciatura foi aprovada pela Portaria nº 848-A/99, de 30 Setembro, e alterada pelas Portarias nº1193/2000, de 19 Dezembro, e nº 1269/2003, de 5 Novembro. O plano de estudos está organizado com diferentes unidades curriculares, e estas desenvolvem-se com diferentes modalidades pedagógicas que são, tanto quanto possível, orientadas para a resolução de problemas. Ao longo do curso faz-se o enquadramento dos conceitos de Homem, Ambiente, Saúde e Enfermagem no desenvolvimento da prática profissional. As unidades curriculares são modulares, algumas delas, com componentes de ensino teórico, teórico-prático, prático e ensino clínico com práticas simuladas em laboratório, promovendo a aquisição e desenvolvimento de conhecimento científico, de conhecimento técnico, de habilidades e valores que configuram a parte do saber profissional necessário ao desempenho profissional do enfermeiro.

As diferentes unidades curriculares são agrupadas nas seguintes áreas científicas: Ciências de Enfermagem; Ciências Fundamentais; Ciências Sociais; Metodologia Científica e Ensino Clínico. As áreas que abordam assuntos referentes à temática “Cuidar de famílias com um idoso dependente” são as Ciências de Enfermagem e as Ciências Sociais, podendo aplicar na prática estes conhecimentos aquando da realização dos ensinos clínicos.

O ensino teórico e o ensino clínico articulam-se no tempo para que o segundo se desenvolva o mais próximo possível da componente teórica que lhe corresponde. Com esta estrutura curricular pretende-se implementar um processo de ensino-aprendizagem evolutivo que permita ao estudante a integração do desenvolvimento de capacidades intelectuais, psicomotoras e ético-relacionais. Os ensinos clínicos são realizados em Hospitais e Centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiares.

Pelo que foi dito, a formação inicial, destes actores sociais, organiza-se tendo em conta duas relevantes componentes que se desenvolvem em dois contextos de aprendizagem muito diferenciados: a dimensão teórica, eminentemente académica, realizada em contexto Institucional, e outra, mais prática, em contexto real de trabalho, designado de ensinos clínicos, em interacção com pessoa/família.

A Licenciatura em Enfermagem nesta Instituição Académica tem por finalidade preparar profissionais de enfermagem no âmbito pedagógico, técnico, científico, tecnológico e ético-relacionais para prestarem cuidados de enfermagem gerais aos três níveis de cuidados, dirigidos à pessoa, família e comunidade; participar na gestão dos serviços de enfermagem, colaborar no ensino de acordo com a área de intervenção e em trabalhos de investigação no âmbito da enfermagem. Pretende-se, sobretudo, que os

futuros profissionais de enfermagem adquiram competências para gerir a necessidade de aquisição de conhecimentos contínuos percebidos como a única estratégia capaz de nutrir a evolução profissional.

No final do curso espera-se que tenham um suporte teórico e prático que lhes permita contribuir como agente educativo no processo de socialização profissional e, em simultâneo, que lhes permita ser agente activo do desenvolvimento profissional dos cuidados de saúde em geral.

Como a evolução que se opera no seio da profissão de enfermagem obriga a um aperfeiçoamento contínuo e a uma actualização sistemática dos planos curriculares, com vista à formação de profissionais com competências diversificadas e adequadas para responder aos desafios actuais da profissão, procuramos saber que preparação têm estes estudantes para intervirem em famílias com um idoso dependente em contexto familiar.

Em função do nível de preparação dos estudantes, obtido na corrente formação inicial, elaboramos e implementamos um programa de formação que foi desenvolvido no sentido de colmatar dificuldades e lacunas identificadas.

3.1.3 – Processo Pedagógico da Formação

Um programa de formação pode ser entendido como a organização de um plano que contém um índice de matérias a serem abordadas num determinado momento. As suas características estão relacionadas com a filosofia educacional e o modelo de ensino-aprendizagem que lhe está subjacente. Nele devem ser reflectidos os conteúdos, os objectivos, as metodologias e a avaliação. O desenvolvimento de um programa de promoção de saúde familiar é uma estratégia pedagógica com características próprias. Para tal, contamos com a colaboração de diferentes profissionais ligados às práticas clínicas (Chavarro, 2004).

A finalidade do programa que elaborámos foi a disponibilização de conhecimentos teóricos e práticos, os meios e as técnicas adequadas para avaliarem e intervirem ao nível da promoção, manutenção da saúde de famílias com um idoso dependente em contexto familiar.

Seguindo a sequência lógica da organização de uma formação, o texto que se segue, reporta-se à caracterização dos estudantes, à descrição da avaliação das necessidades de formação, organização dos conteúdos, métodos e técnicas utilizadas e aspectos que tivemos em conta para a organização e implementação do programa.

Caracterização dos Participantes

No processo ensino aprendizagem é importante que se preste atenção às características dos formandos a quem se destina a formação. A formação do grupo controlo e do grupo experimental foi um acto voluntário dos participantes, pois estes distribuíram-se aleatoriamente pelos dois grupos.

Numa actividade pedagógica de presença obrigatória, efectuámos o convite a todos os estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem, ou seja, a 97 estudantes, no ano lectivo 2006/2007, para participar no projecto *Cuidar da Família com um Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Estes foram informados dos objectivos e da necessidade de formação extracurricular. Após o convite, 41 estudantes referiram querer pertencer ao grupo experimental, ficando os restantes estudantes 54 a pertencer ao grupo controlo por vontade de disponibilidade dos mesmos.

Os estudantes e os estudantes/formandos reuniam um conjunto de características semelhantes em relação às idades e formação académica. Todos estavam a frequentar o 3º ano de Licenciatura em Enfermagem, com idades compreendidas entre 20 e os 35 anos, sendo a média de idades de 25 anos em ambos os grupos. Podemos observar no quadro 1 a distribuição e frequência das idades por diferentes grupos etários. Predomina o sexo feminino e a sua esmagadora maioria são solteiros. Residem todos no distrito onde decorreu a investigação, obtendo desta forma grupos homogéneos, com afinidades na idade, instrução e origem geográfica.

Quadro 1 - Dados referentes aos estudantes

	Grupo Experimental Estudantes/Formandos N (%)	Grupo Controlo Estudantes N (%)
Sexo		
Masculino	7 (17%)	10 (18,5%)
Feminino	34 (83%)	44 (80%)
Total	41 (100%)	54 (100%)
Grupo Etário		
20-22	1 (2,4%)	0
23-25	35 (85,4%)	43 (79,7%)
26-28	4 (9,8%)	8 (14,8%)
Maiores 28	1 (2,4%)	3 (5,6%)
Total	41 (100%)	54 (100%)
Estado Civil		
Solteiro	40 (97,6%)	52 (96,3%)
Casado/união facto	1 (2,4%)	2 (3,7%)
Divorciado/Separado	0 (0%)	0 (0%)
Viúvo	0 (0%)	0 (0%)
Total	41 (100%)	54 (100%)

Relembramos que, nesta fase da investigação, apenas trabalhamos com os elementos pertencentes ao grupo experimental, grupo que foi sujeito ao programa de formação.

Necessidades de Formação

Impõe-se explicitar o conceito de necessidades de formação com vista à compreensão da necessidade de construção e implementação do programa. Pela revisão bibliográfica tomámos conhecimento da ambiguidade e polissemia da concepção de “necessidades de formação”.

Embora o pensamento actual não detenha um consenso absoluto, corroboramos com Rodrigues e Esteves (1993) quando nos seus escritos referem que a identificação de necessidades de formação pode ser considerada uma etapa do processo pedagógico ou dispositivo de pesquisa para orientar uma acção.

A análise de necessidades de formação pode ser vista como uma técnica e um conjunto de procedimentos ao serviço da estratégia de planificação. Pode centrar-se no formando através da consciencialização das suas lacunas, problemas, interesses e motivações ou, por outro lado, centrar-se no formador que procura a eficácia da formação na articulação entre a formação esperada e a desenvolvida. Para a construção do programa *Cuidar da Família com um Idoso Dependente em Contexto Familiar* ponderámos estas duas dimensões.

Através da pesquisa sobre o assunto, detectamos uma divergência de necessidade para o particular (pessoa, grupo ou sistema restrito) e para o colectivo (indivíduos, grupos ou sistemas). As necessidades de formação dizem respeito à pessoa e a contextos concretos, decorrentes de valores, pressupostos e crenças (Madeira, Lopes, 2007).

Para a avaliação das necessidades de formação podemos recorrer a diversas metodologias/técnicas. No nosso caso, optámos pela análise documental do plano de estudos, concretamente a análise do conteúdo das diferentes unidades curriculares que compõem a Licenciatura em Enfermagem.

Cada fase de preparação do programa foi estruturada, não a partir de ideias abstractas ou intenções vagas, mas em função dos estudantes/formandos: dos seus saberes, das suas experiências e potenciais necessidades.

Assim, a primeira etapa constou em analisar a realidade dos saberes destes actores. Isto porque a mudança só é possível a partir do *conhecido* e do *vivido*. A formação que se distancie da realidade, daquilo que existe e do que acontece, dificilmente conseguirá harmonizar o pensamento e a acção (Ferreira, 2007).

Numa primeira abordagem, para operacionalizar este trabalho, recorreremos à metodologia qualitativa, opção que recaiu na análise documental, predominantemente na análise dos conteúdos programáticos das diferentes unidades curriculares, e que passamos a resumir na figura que se segue.

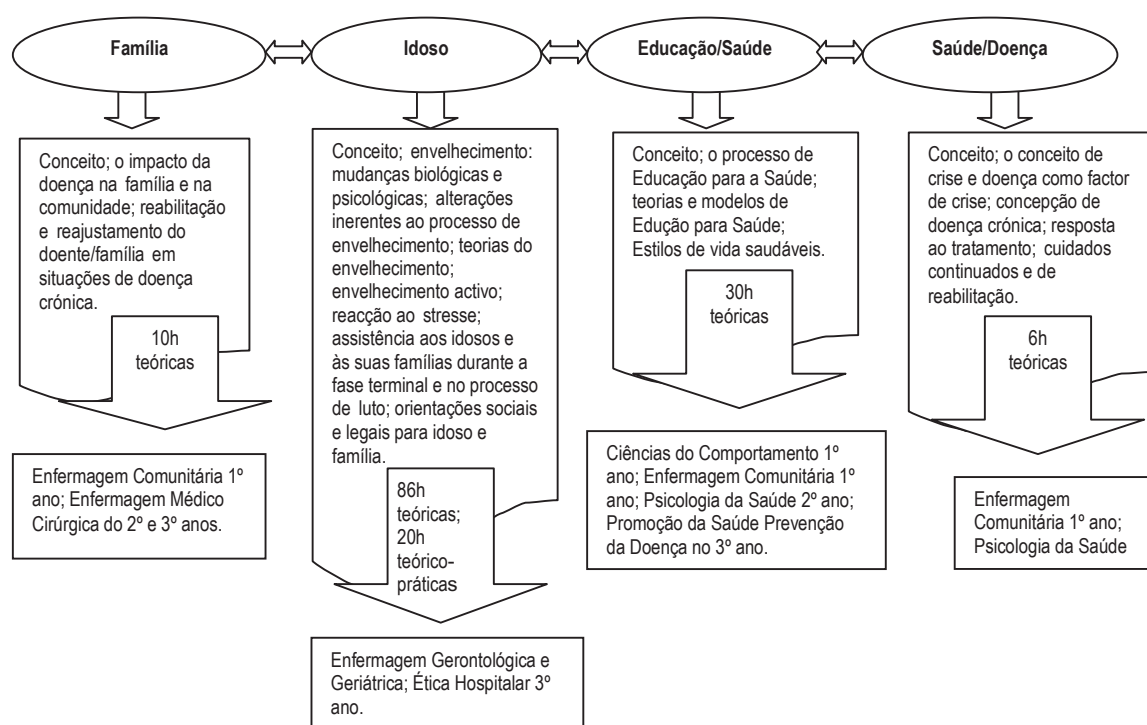


Figura 2 - Síntese dos conteúdos leccionados na Licenciatura em Enfermagem

A partir da decomposição desta recolha de informação foi-nos possível pensar nos conteúdos a serem abordados e da animação pedagógica a implementar no sentido de ir ao encontro dos seus reais interesses e necessidades.

O investigador, como docente do curso de Licenciatura em Enfermagem e como enfermeira da prática clínica numa unidade de cuidados diferenciados, conjecturou a necessidade de mudança de paradigma do cuidar individual, mecanicista, para um cuidar da família como sistema, ou seja, um cuidar holístico. Esta conjectura veio corroborar a necessidade de reformular os conteúdos programáticos, do plano de estudos, dado que no referido curso são diminutos para o desenvolvimento de atitudes, comportamentos, habilidades necessárias para avaliar e intervir na família. Sabemos que as novas problemáticas de saúde das famílias, da comunidade requerem dos profissionais o desenvolvimento de competências de concepção, de pensamento crítico e de tomadas de decisão, capazes de garantirem a qualidade crescente dos cuidados.

As necessidades de formação manifestam-se pela distância entre as competências que os formandos já possuem, *perfil de entrada*, e as competências requeridas pela situação, *perfil de saída*. É esta distância que, uma vez sentida, mobiliza o formador para “Ver” (identificar competências que os formandos possuem); “Julgar” (seleccionar as competências exigidas pela situação); “Agir” (concretizar, através da formação, a aquisição das competências). Só em função desta sequência do *Ver* e do *Julgar* é que o formador deve *Agir*, ou seja, organizar e dinamizar a actividade formativa (Ferreira, 2007).

Na actualidade, assiste-se a grandes discussões sobre modelos e teorias, sendo especialmente importante que se estabeleçam formas de conceptualizar os cuidados de enfermagem, para que se garanta uma efectiva resposta às necessidades das pessoas/famílias ao longo do ciclo vital individual e da família em constante interacção com os múltiplos subsistemas. Como já referido, no capítulo anterior, ancoramos o desenvolvimento da investigação no Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary.

Com estes dados partimos para a construção e implementação do programa. O mesmo foi planeado, faseado e articulado. A planificação funcionou como um fio condutor que, perpassado por todas as fases e etapas, lhes conferiu unidade e coesão. Com a planificação ajudámos os estudantes/formandos a tomarem consciência das metas implícitas nas tarefas de aprendizagem que tinham de cumprir.

Organização dos Conteúdos

A identificação das necessidades de formação dos estudantes/formandos e a revisão bibliográfica das diferentes áreas de saberes e a opinião/orientação de peritos na área da Enfermagem de Família e Enfermagem Comunitária, auxiliou-nos na selecção dos conteúdos e definição dos objectivos. Desta forma foi tida em conta a actualidade, diversidade e pluralidade de pareceres.

Para a organização dos conteúdos privilegiámos a objectividade, a clareza e a sua utilidade, que apresentámos de forma sumária, nas tabelas que se seguem.

Apresentamos os diferentes módulos que fizeram parte do programa. A primeira tabela reporta-se a conteúdos alusivos ao conceito de família.

Tabela 1 – Conteúdos alusivos ao conceito Família VS Objectivos

Família			
Objectivo Geral	Objectivo Específico	Conteúdos	ECTS
Promover reflexão crítico-reflexiva sobre avaliação e intervenção de enfermagem em famílias.	Analisar diferentes conceitos de família.	Conceito de Família.	8 ECTS
	Identificar as principais teorias/modelos que fundamentam o cuidar direccionado para a família.	Teorias e desenvolvimento familiar (distribuição de papéis; sistemas; estrutura – funcional; interaccional; desenvolvimento); Contributos teóricos de enfermagem para a assistência da família. Modelo Calgary de Avaliação da Família; Modelo Calgary de Intervenção na Família.	
	Identificar estruturas e tipologias familiares.	Tipologia / Estrutura da família.	
	Compreender o desenvolvimento natural das famílias.	Desenvolvimento da Família: Ciclo vital da Família; Intervenção do enfermeiro ao longo do ciclo vital da família.	
	Descrever mudanças normativas e não normativas que desafiam as actuais famílias no cuidar dos seus membros com mais idade.		
	Identificar funções da família.	Funções da família.	
	Analisar distribuição dos papéis familiares.	Papéis familiares. Apresentação Escala Avaliação de Papéis Familiares.	
	Descrever processos familiares.	Processos familiares.	
	Compreender alterações nas dinâmicas familiares geradas por doença crónica de um dos seus membros.	Ciclo vital da família e doença crónica; Stresse familiar; Estratégias de coping; apresentação de instrumentos de avaliação.	

Com este módulo formativo abordámos alguns conceitos de família. Procedemos à explicação e formulação de conceitos e procedimentos, instrumentos de avaliação e caracterização das famílias. Reflectimos sobre algumas perspectivas teóricas que apoiam a necessidade de intervenção holística. Promovemos a transferência de vários saberes para situações novas e concretas. Com estes conteúdos procurámos, especialmente, desenvolver o saber-conhecer para poder agir de forma eficaz no contexto específico de famílias com um idoso dependente.

Revisámos alguns conceitos destacados na tabela abaixo, de promoção de saúde, já trabalhados durante o percurso académico com o sentido de consolidar conhecimentos adquiridos.

Tabela 2 – Conteúdos alusivos a Promoção da Saúde VS Objectivos

Promoção da Saúde			
Objectivo Geral	Objectivo Específico	Conteúdos	ECTS
Compreender Promoção de Saúde familiar/Promoção de Saúde individual.	Assimilar a Educação para a Saúde como uma estratégia da Promoção da Saúde.	Promoção da Saúde/Educação para Saúde.	4 ECTS
	Reconhecer contextos de promoção de saúde	Contextos Promoção da Saúde nas famílias.	
	Identificar factores e risco de saúde familiar	Principais riscos de saúde familiar; Características das famílias saudáveis.	

Estimulámos os estudantes/formadores à autoconfiança, a investir na promoção da saúde individual e colectiva. Destacámos a importância de se investir na educação para a saúde das famílias como estratégia para atingir a saúde comunitária. Privilegiou-se, deste modo, o aprender a conhecer, a fazer e aprender a viver juntos no sentido de desenvolver um trabalho de parceria com as famílias.

Tendo em conta que sobre envelhecimento e idoso os estudantes/formandos já eram detentores de conhecimentos adequados e oportunos para o desenvolvimento do nosso projecto, limitámo-nos a relembrar as tendências demográficas actuais, o que justifica, por si só, a necessidade de mudança de paradigma no cuidar. Incidimos em áreas menos aclaradas destacadas na tabela abaixo.

Tabela 3 – Conteúdos alusivos a Idoso VS Objectivos

Idoso			
Objectivo Geral	Objectivo Específico	Conteúdos	ECTS
Reflectir sobre ser idoso com dependência no Séc. XXI.	Debater tendências sociais que influenciam a dinâmica da família com um idoso dependente.	Abordagem geral: ser pessoa idosa com dependência; situação demográfica em Portugal; a família como a principal cuidadora de idosos dependentes.	1,5 ECTS
	Reconhecer apoios técnicos que facilitam o autocuidado aos idosos dependentes.	Limitações funcionais: independência e autonomia, dependência, incapacidade, desvantagem (handicap), autocuidado; Dispositivos de compensação	
	Aplicar instrumento de avaliação de incapacidade física.	Avaliação funcional (Escala Barthel)	

Foram esclarecidos termos relacionados com o envelhecimento e dependência, assim como instrumentos de avaliação a utilizar aquando da intervenção em famílias com idoso dependente. Esta temática contribuiu para aquisição de competências que estão directamente relacionadas com os diferentes saberes.

O último módulo da formação foi alusivo a conteúdos englobados na temática cuidar da família ilustrado na tabela seguinte.

Tabela 4 – Conteúdos alusivos Cuidados VS Objectivos

Cuidados			
Objectivos Gerais	Objectivos Específicos	Conteúdos	ECTS
Desenvolver habilidades para a avaliação e intervenção em famílias com um idoso dependente; Cuidar de famílias com um idoso dependente em contexto familiar.	Relembrar princípios éticos inerentes ao cuidar da família no domicílio.	Responsabilidades profissionais na assistência do idoso no domicílio; Princípios éticos em saúde comunitária.	16,5 ECTS
	Analisar o papel do enfermeiro no apoio à família com idoso dependente.	Direitos dos utentes e as responsabilidades profissionais de cuidados de saúde comunitários.	
	Debater a aplicação do processo e enfermagem à família; Descrever a importância do envolvimento da família em cada fase do processo de enfermagem; Diferenciar cuidados dirigidos ao idoso dependente, ao prestador de cuidados principal e à família; Simular um plano de cuidados orientado para uma família com um idoso dependente.	Processo de enfermagem centrado na família: Avaliação; Identificação de Diagnósticos de Enfermagem; Planeamento de Cuidados; Implementação e Avaliação. Estratégias de intervenção de enfermagem: Consulta de enfermagem – avaliação familiar, entrevista familiar; Visita domiciliária	
	Aplicar diferentes instrumentos de avaliação familiar.	Genograma/Ecomapa; APGAR Familiar; Faces III; Ambiente Familiar.	
	Compreender processo inerente à visita domiciliária.	Visita domiciliária - Processo, contacto com família. Cuidados domiciliários: Objectivos; Intervenção; Ao idoso dependente; Ao prestador de cuidados; À família.	
	Descrever a diferença entre cuidados formais e cuidados informais.	Cuidados: formais; informais.	
	Identificar níveis de Cuidados de Enfermagem.	Níveis de cuidados à Família: I; II; III; IV.	
	Aplicar protocolo de ensino ao cuidador de idoso dependente no domicílio.	Avaliação das necessidades do prestador de cuidados - Protocolo de ensino à família com idoso dependente.	
	Conhecer linhas orientadoras que promovam a parceria com a família; Envolver a família com idoso dependente na prestação de cuidados.	Família como prestadora de cuidados/Família como foco de intervenção. Trabalho em parceria (empowerment, cooperação, alianças, habilitação e capacitação da família).	
	Conhecer dispositivos de compensação facilitadores de cuidados no domicílio.	Dispositivos de compensação facilitadores dos cuidados domiciliários.	

Abordámos cuidados domiciliários e respectivos princípios éticos, direitos e deveres a serem respeitados e tipos e níveis de cuidados que podem ser prestados. Realçámos a necessidade de aplicar um modelo adequado de trabalho a desenvolver com famílias. Assim, promovemos o aprender a conhecer para compreensão da realidade das famílias com um idoso dependente. Aprender a fazer para agir eficazmente no ambiente familiar. Aprender a viver juntos para desenvolver um trabalho de parceria cooperativo com todos os membros das famílias não se restringindo a cuidar do idoso e do cuidador principal e aprender a ser no sentido de desenvolver um trabalho sistemático com a interligação dos diferentes saberes.

A organização do programa desenvolveu-se ao longo de três tempos: apresentação do programa, desenvolvimento e conclusões. Na apresentação estimulámos os estudantes/formandos para o interesse dos temas; com o desenvolvimento procurámos responder às necessidades e expectativas do grupo e, na conclusão, fizemos uma síntese do que foi desenvolvido, reforçámos as ideias-chave mais importantes, evidenciámos a relação entre os assuntos abordados e a utilidade e aplicabilidade da formação.

As temáticas abordadas tiveram por base descritores gerais, no sentido de decompor os assuntos por partes para se obter uma visão mais global e uma compreensão mais aprofunda de todos os conceitos subjacentes ao projecto *Cuidar de famílias com um idoso dependente em contexto familiar*.

Ao abordar um assunto de cada vez, demonstrámos a sua importância e aplicabilidade. Só avançámos para um novo assunto quando entendíamos que o anterior tinha sido compreendido e assimilado. As diferentes abordagens foram desenvolvidas tendo em conta o nível de conhecimento de cada área trabalhada. Durante a formação promovemos vários momentos de trabalho de grupo e estimulámos o diálogo, espírito de grupo, de iniciativa e o prazer pela aprendizagem. Este programa de formação foi contabilizado para 30 ECTS¹¹.

Métodos e Técnicas Pedagógicas

Partilhamos a ideia de que método significa caminho para se chegar a um termo ou direcção para um fim em vista. Com certa frequência recorre-se ao conceito para designar modos próprios de ensino ou técnicas auxiliares de comunicação, cuja função é facilitar a assimilação de determinados conteúdos. Sendo assim, parece-nos ser útil clarificar a diferença entre método pedagógico e técnica pedagógica.

Método pedagógico é o modo como se realiza uma tarefa específica ou se atinge determinado objectivo numa situação particular; a técnica pedagógica é o meio utilizado para pôr em prática o método escolhido (Ferreira, 2007).

Os métodos e as técnicas foram aplicados em diversas combinações usando o princípio da multiplicidade que se apresentou como a melhor opção para promover a aprendizagem dos nossos estudantes/formandos.

¹¹ Os créditos repartem-se por horas de contacto com os formadores, horas de trabalho independente e horas de estágio. Para o cálculo do ECTS recorreremos à European Commission (2004) ECTS User's Guide Comissão Europeia — manual de utilizador do ECTS. Recorreremos, ainda, à calculadora de cálculo horas de trabalho por unidade curricular.

Como se pretendia o desenvolvimento de competências, recorremos a metodologias centradas nos estudantes/formandos, metodologias activas, como as mais apropriadas para o desenvolvimento da capacidade de iniciativa e da autonomia. Metodologias que promovam o desenvolvimento de espírito crítico, que apelam às grandes linhas de força da evolução do mundo actual. Neste sentido, recorremos a: *exposição pedagógica, demonstração, estudo de casos, análise de problemas, discussão em subgrupos e debate de audiovisuais*.

Com a *exposição pedagógica* organizámos e expusemos alguns temas cuja finalidade era informar ou partilhar conhecimentos para discussão e reflexão. Recorremos à *demonstração* para demonstrar a utilização de determinado instrumento ou adoptar procedimentos na prática em avaliação e intervenção em famílias com um idoso dependente. Esta ferramenta foi útil porque, para além do *saber conhecer*, tínhamos como meta o *saber-fazer* e o *saber-ser*.

No desenvolvimento das exposições e demonstrações socorremo-nos, ainda, de *estudos casos – histórias clínicas*. Apresentámos alguns casos reais ou simulados, aos quais solicitávamos uma tomada de decisão por parte dos estudantes/formandos. As soluções que eram propostas tinham de ser justificadas, fundamentadas, discutidas, até se encontrar a solução que resultava do consenso do grupo. Com esta técnica evidenciou-se como as diferentes situações humanas são, por natureza, complexas, pois envolvem uma trama densa de factos de ordem sociológica, psicológica, moral, afectiva, técnica, profissional, em que para se avaliar e intervir com eficácia não chega o saber teórico.

Os estudos de casos têm sido descritos como uma técnica privilegiada para se encontrar soluções para problemas relacionados com comportamentos humanos. Os casos foram trabalhados para despertar nos estudantes/formandos uma melhor compreensão da realidade e ajudá-los a identificar o essencial das situações. Foi a forma por nós encontrada para desenvolver atitudes adequadas para a tomada de decisão.

Com a *análise de problemas* procurámos as respostas para algumas questões, através da identificação de um conjunto de informações relativas a diferentes temáticas. Por último, mas não menos estimulante ou promotor de aprendizagem foi o recurso a debates com material audiovisual. Recorremos à visualização de filmes com conteúdos pedagógicos para lidar com idosos e famílias. O debate proporcionou contemplação, análise e partilha de opiniões.

Organização da Formação

Para um eficaz desenvolvimento de uma actividade formativa, qualquer que seja a sua dimensão, torna-se indispensável o apoio técnico e organizativo. Desta forma, e no sentido de promover as melhores condições para a aprendizagem, ponderámos os materiais utilizados, as condições ambientais e humanas necessárias.

Foi fornecido aos estudantes/formandos uma pasta com suporte teórico usado na formação, no sentido de lhes dar oportunidade de, posteriormente e com maior tranquilidade, consolidarem as temáticas abordadas.

O programa foi implementado com o espírito de partilha de saberes, de experiências e de afectos que permitiu consolidar as capacidades dos estudantes/formandos no sentido de os tornar, profissionalmente, com competências para avaliar e intervir em famílias com um idoso dependente; organizacionalmente, mais participativos e mais criativos; socialmente mais solidários; e humanamente mais autónomos.

Sala de Formação

Em termos de espaço a Escola Superior de Saúde onde decorreu a formação disponibilizou uma sala tendo em conta a dimensão do grupo. O espaço foi apropriado para os estudantes/formandos trabalharem em pequenos grupos quando necessário. A disposição das mesas e das cadeiras foi orientada no sentido de facilitar a interacção e comunicação durante todos os momentos de formação.

Horário

Para a marcação de horário da formação tivemos em conta os espaços livres do horário escolar. Agendámos as sessões com duas ou três horas de duração, durante a manhã ou tarde, em dias semanais de Segunda a Sexta-feira. Durante a formação primámos pela pontualidade, quer no início quer no termo da actividade formativa.

3.1.4 - Avaliação do Programa

A avaliação, neste caso particular, foi um processo sistemático e contínuo que resultou da recolha de dados concretos. Metodologicamente, utilizámos um questionário e notas de campo. Recorremos a análise quantitativa e qualitativa.

A análise do material recolhido forneceu indicadores ao formador. Procurámos, com um questionário, saber se a formação tinha respondido às expectativas e necessidades

dos estudantes/formandos, se tinham adquirido conhecimentos, se os objectivos tinham sido atingidos, se os métodos, técnicas, conteúdos e o ambiente pedagógico tinham sido adequados. Com recurso a notas de campo, tivemos como indicadores o interesse, a motivação, as dificuldades, assim como do progresso em termos de aprendizagem.

Pelas Notas de Campo

Mais do que um trivial ver e ouvir, a observação permitiu-nos acompanhar, sentir e registar, de forma atenta, a trajectória da aprendizagem percorrida pelos estudantes/formandos. Sendo assim, durante a aplicação do programa elaborámos notas de campo para melhor acompanhar o desenvolvimento do nosso projecto. Ao longo das diferentes sessões registámos algumas ideias, perspectivas dos estudantes/formandos, reacções à aplicação de determinadas estratégias pedagógicas, reflexões efectuadas, sentimentos expressos, comportamentos e reacção a determinados conteúdos.

Após o término da formação compilámos toda a informação recolhida, organizámo-la e partimos para a análise do conteúdo respeitando os princípios de análise segundo Bardin (2008)¹².

Na primeira leitura emergiram duas temáticas: uma descritiva e outra reflexiva. Na componente descritiva, o foco de atenção foi direccionado para captar o comportamento dos formandos, conversas, participação do grupo. Na reflexiva, englobámos os registos mais subjectivos como descrições de interpretações, preocupações, sentimentos expressos, expressões faciais.

Tendo em conta as diferentes metodologias para analisar estes conteúdos, optámos por uma análise fundamentada recorrendo ao Modelo de Calgary de Intervenção na Família (Whyte, Leahey, 2009), que nos orienta para três domínios: cognitivo, afectivo e comportamental.

No **domínio cognitivo**, que está relacionado com concepções, crenças, valores, ideias sobre um problema particular de saúde e como este pode ser resolvido, anotámos as opiniões, convicções e conhecimentos que estes estudantes/formandos tinham sobre os conteúdos subjacentes ao cuidar de famílias com idoso dependente.

O primeiro conceito trabalhado foi o de “família”. E, na expressão dos estudantes/formandos, família é “*um grupo de pessoas, uma unidade social ou um todo colectivo,*

¹² Em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2008).

composta por membros ligados através da consanguinidade, laços emocionais ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o grupo” (E1,2,3..) Foram da opinião de que se trata de um conceito polissémico que tem sofrido alterações ao longo do tempo. Reconheceram que cada elemento da família tem papéis e funções distintas e identificaram diferentes tipologias de família.

Quando interpelados a falarem sobre a sua própria família, reduziram-na exclusivamente ao seu agregado familiar, descurando a família alargada. Manifestaram conhecimentos sobre o ciclo vital da família, no entanto, desconheciam os cuidados de enfermagem inerentes às diferentes etapas desse ciclo.

Desconheciam também as teorias que dão contributos para fundamentar esses cuidados de enfermagem. Possuíam conhecimentos sobre Promoção da Saúde/Educação para a Saúde dirigida a nível individual ou colectiva. Identificaram instrumentos de avaliação da família como Genograma e Ecomapa, mas apresentavam dificuldades na construção dos mesmos. De todo desconhecido foram as Cartas Familiares e o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary. Eram alheios à temática da visita domiciliária, rede social de apoio a famílias com idosos dependentes e cuidados de enfermagem ao cuidador. Contudo, sabiam quais os princípios éticos inerentes ao processo de investigação com pessoas.

No **domínio afectivo**, que está relacionado com a partilha e validação de afectos, sentimentos como recursos para a resolução de situações de saúde e de doença, validámos comportamentos, emoções e relatos de experiências, vivências em família ou em ensinos clínicos realizados em anos lectivos anteriores. Foram vários os testemunhos que se destacaram, neste domínio, ao longo da formação: *“quando prestava cuidados de higiene ao meu pai que estava acamado senti muita dificuldade... senti que estava a invadir a sua privacidade”* (E3). Alguns estudantes/formandos, na quarta aula, referiram que estavam mais sensibilizados para a importância de trabalharem com famílias e, até mesmo, valorizarem as suas próprias famílias. O grupo ficou surpreendido no momento da abordagem do ciclo vital da família, nomeadamente no que diz respeito à fase da escolha do parceiro e à fase do ninho vazio. Manifestaram interesse na abordagem do Modelo de Calgary, sensibilidade nas intervenções que o enfermeiro pode realizar em contexto familiar e admiração quando confrontados com relatos reais de uma enfermeira que presta cuidados a famílias com idosos dependentes.

No **domínio comportamental**, que se reporta ao tipo de relações, formas de interagir e de se comportar, registámos os diferentes comportamentos que os estudantes/formandos manifestaram ao longo das sessões.

Durante a formação colocaram várias questões com o intuito de melhor intervirem na família. O momento que captou maior concentração foi a apresentação de dois filmes sobre as temáticas *Ajudar a Cuidar* e *Sentimentos do Cuidador*. Mostraram-se sempre activos e participativos, especialmente na sessão *Cuidar do Cuidador*, onde simularam diversas técnicas de relaxamento.

Foi notório um estreitamento dos laços entre os vários elementos. O grupo, no último dia, mantinha-se motivado e entusiasmado para a fase experimental. Pensamos que este interesse e entusiasmo durante a formação estejam relacionados com a novidade dos assuntos abordados. Como nos refere Rodrigues (2007), o interesse é uma emoção que é despertada pela novidade ou modificação do meio que provoca um incremento na estimulação neural que leva à concentração da atenção à curiosidade e ao fascínio por conhecer. É a emoção positiva que está na base da motivação para a aprendizagem, promovendo o desenvolvimento de competências.

Pelo Questionário

No final da formação solicitámos aos estudantes/formandos para responderem a um questionário para avaliarem o conteúdo, os métodos e técnicas pedagógicas usadas na formação (anexo I). Este foi composto por 19 itens, apresentados de forma descritiva e avaliados por uma escala de 1-5 (o 1 correspondia ao nível mais baixo e o 5 ao mais alto). Componha-o, ainda, três questões abertas, onde demos lhes liberdade de expressão para dizerem o que mais lhes tinha agradado, o que menos lhes tinha agradado e fazerem sugestões.

O preenchimento, deste questionário, demorou aproximadamente dez minutos. Os dados foram registados numa base de Excel e foi efectuada uma análise de frequências. As questões abertas foram analisadas tendo em conta análise de conteúdo. Relembramos que a recolha desta informação serviu para avaliar se os objectivos tinham sido atingidos, avaliar conteúdo e aspectos pedagógicos do programa.

A análise do questionário permite-nos referir que a maioria dos estudantes/formandos atribuiu uma apreciação muito positiva aos conteúdos e aos aspectos pedagógicos usados na formação, tendo sido classificada com nível 4 e 5, conforme se confirma na leitura do quadro que se segue.

Quadro 2 – Resultados da Avaliação dos Conteúdos da Formação

Conteúdos da Formação					
	Frequências/Percentagens				
	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados já eram do seu conhecimento.		15 (37,5%)	23 (57,5%)	2 (5%)	
Os conteúdos focados foram importantes para as funções que vai desempenhar.				5 (12,5%)	35 (87,5%)
Como avalia, para si, a necessidade desta formação.				4 (10%)	36 (90%)
Durante a formação os conteúdos despertaram-lhe interesse.				19 (47,5%)	21 (52,5%)
Os objectivos da formação foram atingidos.				23 (57,2%)	17 (42,5%)
As suas expectativas foram satisfeitas.				16 (40%)	24 (60%)

Consideraram que os conteúdos despertaram interesse, responderam às expectativas e que tinham atingido os objectivos. Quando se perguntou se já tinham conhecimento sobre os conteúdos abordados, 37,5% classificaram com nível 2 e 57,5% com nível 3, o que demonstra a necessidade de incluir e aprofundar esta temática na formação base.

O quadro que se segue mostra a análise da avaliação da componente pedagógica, concretamente, métodos, técnicas, organização, relação estudantes/formandos e docentes, que foi positiva, sendo o posicionamento das respostas a partir da ponderação 3, evidenciando-se as percentagens mais elevadas no nível 5.

Quadro 3 – Resultados da Avaliação dos Aspectos Pedagógicos

Aspectos Pedagógicos					
	Frequências/Percentagens				
	1	2	3	4	5
Considerou os métodos pedagógicos utilizados pelos formadores adequados.			1 (2,5%)	16 (40%)	23 (57,5%)
Como classifica a dinâmica dos formadores.			1 (2,5%)	10 (25%)	29 (72,5%)
Os assuntos foram abordados de forma clara.			2 (5%)	10 (25%)	28 (70%)
Durante a formação esteve à vontade para colocar questões.			4 (10%)	13 (32,5%)	23 (57,5%)
Como avalia a interacção formandos formadores.				9 (22,5%)	31 (77,5%)
Como classifica a organização desta formação.			1 (2,5%)	15 (37,5%)	24 (60%)
Como classifica a formação em termos de trocas de experiências entre os formandos.			2 (5%)	14 (35%)	24 (60%)
O ritmo de trabalho.			2 (5%)	18 (45%)	20 (50%)
O tempo destinado a esta formação foi adequado.			2 (5%)	16 (40%)	22 (55%)
Como classifica os espaços físicos onde decorreu a formação.			6 (15%)	19 (47,5%)	15 (37,5%)
Participação dos formandos.			5 (12,5%)	22 (55%)	13 (32,5%)
Interesse da documentação fornecida.				13 (32,5%)	27 (67,5%)
Na sua opinião, considera que deveria existir uma unidade curricular (ao longo da licenciatura) com conteúdos e dinâmica pedagógica semelhantes a esta formação.				11 (27,5%)	29 (72,5%)

Salienta-se que o que mais agradou ao grupo foi a pertinência dos conteúdos e a partilha de informação. A formação contribuiu para um melhor desempenho da actividade profissional e a aplicação dos conhecimentos nas suas famílias, como se pode constatar na verbalização de alguns dos estudantes: *“tudo foi uma mais-valia...obtenção de novos conhecimentos...o que mais me agradou foi a possibilidade de estar desperto para esta nova realidade em que até agora não tinha pensado”* (E16). Outros dos pareceres favoráveis foram as dinâmicas pedagógicas, disposição e aproximação dos formadores, *“os casos práticos apresentados”* (E, 3,5,12,1317...), *“os filmes”* (E1,3,4,6,15...), *“a aula de relaxamento”* (E2,3,4,6,9,11,12...).

De entre as respostas apresentadas à segunda questão, o que menos lhes agradou foi a gestão de tempo para assistir à formação, “*conseguir gerir o meu tempo para comparecer a todas as formações*”, ^(E23) e a duração prolongada de algumas das sessões.

Relativamente às sugestões solicitadas na terceira questão, os estudantes/formandos foram da opinião que estes conteúdos deveriam constituir uma unidade curricular da sua Licenciatura, assim como sugerem a continuidade de formações extracurriculares anuais com abordagens pertinentes para o desempenho da actividade profissional e dinâmicas interactivas como as recebidas nesta formação. O que vem de encontro às conclusões tiradas na avaliação das necessidades da formação.

Pelo referido, constatamos que a formação foi ao encontro das suas expectativas, que respondeu a uma lacuna da formação de base da Licenciatura em Enfermagem e foi, sem dúvida, uma mais-valia para a construção dos projectos profissionais e pessoais dos estudantes/formandos. Implicitamente, pelos resultados da avaliação, podemos aferir que ficaram sensibilizados para as temáticas abordadas e tomaram consciência de que, actualmente, é necessária a actualização contínua dos conhecimentos para acompanhar o ritmo alucinante da evolução da sociedade e das suas necessidades no que se refere a situações de Saúde/Doença. As modificações que surgem no seio das instituições de saúde implicam investimentos por parte de todos os intervenientes, de forma a encontrarem caminhos conducentes a uma adequada adaptação e acompanhamento do desenvolvimento dos diversos fenómenos sociais.

Em síntese, referimos que educação, formação, aprendizagem são processos centrados no desenvolvimento da pessoa, articulados com os percursos individuais que levam à aquisição de competências que são observáveis através de acções dos sujeitos e da estabilidade com que essas acções são realizadas. De acordo com esta perspectiva, a educação e formação têm como finalidade ajudar a pessoa a desenvolver capacidades que lhes permita ser capaz de uma relação pessoal com o meio em que vivem, servindo-se para esse efeito das suas estruturas cognitivas, sensório-motoras, afectivas e ético-relacionais.

A formação *versus* desenvolvimento de competências é um processo de transformação individual que envolve os quatro pilares da educação/formação. Todos os saberes são cruciais para que haja transformação, pois é na interacção destes saberes com a evolução profissional e social que ocorre o desenvolvimento de competências. As competências surgem pela aplicação adequada e ajustada às situações concretas de trabalho desses mesmos conhecimentos.

Dias (1993) destaca a necessidade de não se confundir a noção de competência com conhecimentos adquiridos. Os conhecimentos adquiridos neste programa *Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente* estão patentes no maior grau de conhecimentos e nas capacidades desenvolvidas após a mesma.

3.2 – SABERES DOS ESTUDANTES SOBRE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: PONTO DE PARTIDA PARA A FASE EXPERIMENTAL

Para avaliar o efeito da formação extracurricular produzido ao nível de aquisição de conhecimentos, implementámos um teste de avaliação de conhecimentos sobre avaliação e intervenção em famílias com um idoso dependente aos estudantes/formandos (grupo experimental) e aos estudantes (grupo controlo) que estiveram só sob influência dos conteúdos curriculares da Licenciatura.

A selecção e organização dos conteúdos a avaliar tiveram por base fundamentação teórica para avaliar e intervir em famílias utilizada na formação extracurricular. Optámos pela construção de um teste com questões fechadas. Foi composto por 21 itens com três possibilidades de respostas: *Sim*, se concordava com a afirmação, *Não*, se discordava, e *Não Sei*, se não sabia ou não tinha opinião (anexo II).

Habitualmente, com a implementação de um “teste demonstrativo de conhecimentos”, podemos classificar quem está apto ou quem assimilou os conhecimentos. A intenção da implementação do teste não foi classificar os estudantes em aptos ou não aptos, mas medir os efeitos do programa de formação. Com este propósito, no último dia de aulas teóricas (em Outubro de 2008), foi distribuído o teste a todos os estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem.

O seu preenchimento durou aproximadamente dez minutos. Após a recolha dos dados, organizámos a informação em sistema informático e recorremos a testes estatísticos para avaliar se existiam diferenças de aquisição de conhecimentos nos participantes pertencentes ao grupo controlo e ao grupo experimental¹³.

Segundo Arends (1995), os testes referidos a uma norma tentam avaliar o desempenho de um grupo particular, comparando-o com o desempenho de outro grupo. Assim, procurámos validar as hipóteses:

H1 – *Em média o teste de conhecimentos é diferente nos grupos?*

H2 – *As temáticas com maior sucesso de aprendizagem são iguais nos dois grupos?*

¹³ Para analisar as respostas do teste demonstrativo de conhecimentos foram atribuídos os valores: *Zero*, a quem se posiciona na resposta “não sabe/não responde”; *um*, para a resposta errada, e *dois* para a resposta correcta. Após definirmos esta pontuação, fomos calcular o índice do teste da seguinte forma: somámos todas as variáveis, dividimos pelo máximo que a soma podia tomar e multiplicou-se por cem, para que o nosso índice fosse quantificado numa escala de *zero* a *cem*.

Para aferir se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos diferentes grupos, recorremos a testes específicos para observações independentes. E, como podemos observar pela tabela 5, a média dos participantes pertencentes ao grupo Controlo é de 67,3721 e a dos participantes do grupo Experimental é de 91,5796.

Tabela 5 – Descrição dos conhecimentos dos estudantes

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	P
DC	Controlo	54	67,372	7,952	1,082	-15,394	0,000
	Experimental	41	91,580	7,085	1,106		

Para responder H1-*Em média o teste de conhecimentos é diferente nos dois grupos?*, recorremos à aplicação do teste *t-student*. E o que se verificou é que obtivemos um valor de $t=15,394$; $p=0,000$. Com este resultado podemos concluir que o grupo experimental foi o que manifestou um nível mais elevado de conhecimentos para avaliar e intervir em famílias com um idoso dependente, ao qual pode ser atribuído à formação extracurricular enquadrada no âmbito deste trabalho.

Com o propósito de responder H2-*As temáticas com maior sucesso de aprendizagem são iguais nos dois grupos?* Aplicámos o teste Mann-Whitney U. Verificámos que o resultado para o grupo controlo e experimental foi respectivamente $MW=123,500$ e $p=0,000$; $MW=147,000$ e $p=0,000$. Este resultado mostra que os estudantes do grupo experimental tiveram mais respostas certas às questões de avaliação e intervenção em famílias com um idoso dependente em contexto familiar.

Avaliámos a consistência interna do teste demonstrativo de conhecimentos, e o α de Cronbach¹⁴ foi de 0,795. Este valor está compreendido entre 0,8 e 0,9, o que pode ser considerado bom resultado (Hill, Hill;2002).

Os resultados obtidos por este teste de conhecimento vão funcionar como indicadores de pontos de partida dos grupos de estudantes (controlo e experimental) para a segunda fase desta investigação.

¹⁴ O recurso do α de Cronbach é uma técnica muito utilizada para estimar a consistência interna quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores na escala. O valor de α pode variar entre 0 e 1. Quanto maior for este valor maior é a consistência interna. Segundo Hill e Hill (2002) um α de Cronbach: Maior que 0,9 – é considerado excelente; Entre 0,8 e 0,9 – é considerado bom; Entre 0,7 e 0,8 – é considerado razoável; Entre 0,6 e 0,7 – é considerado fraco; Abaixo de 0,6 – é inaceitável.

Assim, podemos referenciar que os estudantes do grupo experimental são portadores de mais conhecimentos e habilidades para avaliar e intervir em famílias com um idoso dependente. Falta-nos, no entanto, saber se são capazes de pôr em prática estes saberes e se a sua intervenção promove resultados diferentes dos dos estudantes do grupo controlo. A esta inquietação daremos resposta num dos capítulos seguintes desta tese.

CAPÍTULO 4

TER A FAMÍLIA COMO FOCO DE INTERVENÇÃO

A recente organização dos cuidados de saúde conduz a para um aumento de cuidados sob a responsabilidade da família, aumentando a sobrecarga dos papéis da mesma quando um dos seus membros adoece. Pela revisão da literatura disponível sobre papéis familiares fomos confrontados com a inexistência de uma escala para avaliação da redistribuição dos mesmos.

Neste capítulo, centramo-nos na descrição do percurso da construção e validação de uma Escala de Avaliação de Papéis Familiares (EAPF). Para tal, recorremos a metodologias qualitativas e quantitativas. Estas análises psicométricas foram necessárias para definirmos as dimensões e os itens a considerar no instrumento, assim como para garantir o rigor e valor da informação que ele recolhe.

Este processo metodológico não seria possível se por detrás não estivesse um suporte teórico ao desenvolvimento do mesmo.

4.1 - DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PAPÉIS FAMILIARES

A família, como já referimos, pode ser perspectivada, actualmente, como um grupo de seres humanos encarados como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas que são importantes para o indivíduo (CIPE, 2002). É, então, um sistema social composto por pessoas que coexistem dentro de um contexto com algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. Caracteriza-se pelo compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objectivos.

Esta definição de família como grupo de indivíduos vinculados por uma ligação sanguínea, emotiva e por sentimentos de pertença ao grupo permite incluir as diferentes configurações e composições de famílias que estão presentes na sociedade actual.

Assumindo formas variadas ao longo das diferentes épocas e nos diferentes contextos sociais, a família, enquanto grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco ou outros, assume diferentes responsabilidades ao longo do seu desenvolvimento. Por exemplo, aos adultos encubem-lhes cuidar das crianças e dos membros mais debilitados.

Sendo assim, compreender a *estrutura*, a *função* e os *processos* da unidade familiar é de extrema importância para perceber os recursos da saúde da família bem como os contributos para a saúde individual e do grupo.

Várias têm sido as mutações que ocorrem nas famílias contemporâneas, mas a mudança mais evidente deu-se ao nível da sua *estrutura*, entendendo-se esta como *o conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e os outros sistemas sociais* (Hanson, 2005:86). Para se identificar a estrutura, é necessário reconhecer os indivíduos que constituem essa família, as relações que se desenvolvem entre eles e as relações entre a família e outros sistemas sociais. Os padrões organizacionais de uma família são mais ou menos estáveis, podendo ser previsíveis algumas das suas alterações ao longo do ciclo vital da mesma.

Deste modo, a sociedade espera, ainda hoje, que a família desempenhe funções específicas no sentido de dar respostas às necessidades da própria família e os contributos sociais que irão emergir dos membros da família para com a sociedade.

Quando se procuram identificar as funções exercidas pela família, em qualquer contexto social, habitualmente são referenciadas quatro *funções*: reprodutiva, função sexual, socialização das crianças e a função económica, garante da sobrevivência e do bem-estar¹⁵.

O funcionamento familiar está directamente relacionado com os *processos* familiares, dizendo este respeito à interacção contínua entre os diferentes membros, através dos quais realizam diferentes tarefas. Ao interagir uns com os outros, os membros de cada família têm de negociar e decidir sobre as expectativas de cada um e do grupo, para que seja possível atingir os objectivos do sistema.

Os processos familiares tornam as famílias únicas e têm efeito sobre o estado de saúde das mesmas. São componentes importantes dos processos familiares a *comunicação*, *o poder*, *a capacidade de tomada de decisão*, *a satisfação conjugal*, a capacidade de desenvolver *estratégias de coping* e os *papéis familiares* (Hanson, 2005).

Foi sobre os papéis familiares que tivemos necessidade de uma revisão bibliográfica mais pormenorizada para construir a Escala de Avaliação de Papéis Familiares, e assim dispor de um instrumento que melhor identifique os focos de intervenção dos enfermeiros numa família.

¹⁵ Nas sociedades modernas, verifica-se que estas funções são desempenhadas, de forma articulada no quadro da família nuclear e alargada ou com outras instituições da comunidade onde a família está inserida (Almeida, 1994).

4.1.1 - Processos Familiares: Papéis Familiares

A diversidade dos aspectos referidos na literatura a propósito da família, desde as suas facetas românticas aos seus lados obscuros, ilustra bem o facto das relações familiares atravessarem diferentes dimensões da vida social. Ao longo da história cruzamo-nos com estratégias de gestão dos recursos económicos, com mudanças nas crenças e valores, com problemáticas das classes sociais, com questões da socialização do género, com fenómenos de recomposição social, entre muitas outras problemáticas. Os processos familiares constituem uma excelente unidade de análise, podendo dar visibilidade a realidades obscurecidas quando se parte apenas da análise da pessoa.

Numa perspectiva internacional, e na óptica das ciências da saúde, concretamente a enfermagem, o processo familiar é um tipo de fenómeno com características específicas, que se baseia nas interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família (CIPE, 2002).

Na expressão de outros autores o processo familiar é visto como interacção contínua entre os membros, através dos quais realizam as tarefas instrumentais e expressivas. Hanson (2005) é da opinião que o processo familiar torna as famílias únicas, podendo a sua estrutura e funções serem idênticas e estas interagirem de modo diferente.

Para que a família sobreviva nas interações de uns com os outros, os familiares desenvolvem expectativas acerca do modo como cada um se deve comportar. Para isso assumem diferentes papéis e desenvolvem estes de forma única e distinta no seio de cada família.

Papéis familiares

O conceito de *papel* no horizonte da psicologia social e na sociologia caracteriza-se por atitudes e comportamentos vinculados com o sexo do actor que os realiza, exprimindo assim uma dimensão normativa (Bourdieu, 1999; Amâncio, Oliveira, 2002).

Foram várias as reformulações que o conceito de *papéis* tem sofrido ao longo dos tempos, de acordo com as diferentes tradições teóricas que o abordam. Na expressão de Burr (1998), o *papel* corresponde ao conjunto de comportamentos, deveres e expectativas ligados a uma posição na hierarquia social. O autor acrescenta que a aplicação desta definição aos papéis de sexo dá correspondência a um conjunto de comportamentos, expectativas e deveres, aplicados à pertença de uma determinada pessoa a um determinado grupo. Esses comportamentos, posições são influenciados pelo que se espera de uma pessoa e pelo que a própria pessoa espera de si mesma.

O papel social como um conjunto de direitos e deveres ligados a uma dada categoria pode implicar um ou mais “papéis de rotina” e que esses diferentes papéis poderão ser apresentados pela mesma pessoa numa série de ocasiões para o mesmo tipo de audiência ou para um público formado sempre pelas mesmas pessoas (Goffman, 1993; Wagner, Predebon, Mosmann, Verza, 2005).

Em trabalhos de revisão bibliográfica, efectuada por peritos na área da sociologia, há referência que Talcott Parsons, nos anos cinquenta, foi dos primeiros sociólogos a utilizar o conceito de papel segundo o sexo da pessoa, e concebeu-o de uma forma funcionalista, tanto ao nível da estrutura familiar como ao nível do processo de socialização. Evoca nos seus escritos que, desde o princípio da vida, a mulher seria socializada para desempenhar um papel de líder expressivo na família, papel que garantia o bem-estar dessa unidade social; já o homem seria socializador de forma a exercer uma função de sustento e garante da satisfação das necessidades da família (Amâncio, Oliveira, 2002).

Estudos realizados por Amâncio (1994: 70) fazem referência que *os papéis não constituem uma realidade independente dos estereótipos, antes constituem uma dimensão da estruturação da ideologização dos seres masculino e feminino*. Para esclarecer a concepção, a autora acrescenta que o papel como dimensão comportamental do estereótipo, e se o entendermos como um constrangimento normativo, colocando-o como uma variável mediadora entre o universo simbólico comum, objectivado numa divisão sexual do trabalho que diferencia esferas de acção pelas categorias sexuais.

No sentido de complementar esta ideia, apraz-nos citar Bourdieu (1999), que afirma que a ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica tendendo a ratificar a dominação masculina. Há divisão do trabalho, distribuição muito estrita das actividades atribuídas a cada um dos dois sexos, como do lugar, do momento, dos instrumentos dessas actividades. Os homens representam-se e são representados em termos de grupo dominante e em termos de modo de ser dominante, dispondo de recursos simbólicos para se representar de diversas formas (Amâncio, 1997). As mulheres representam-se e são representadas em termos de grupo dominado com uma esfera de acção restrita ao universo da família. Este argumento apoia a ideia de que os papéis são assimétricos em termos de conteúdo e de forma, cedendo ao homem uma multiplicidade de papéis, enquanto o modo de ser feminino é remetido para um papel restrito, mais reservado para uma esfera privada como é a família.

Da evidência produzida por investigadores da área da psicologia social e na sociologia, os estudos sobre papéis sexuais apresentam conclusões em que para os

homens existe uma multiplicidade de papéis, o que sugere uma certa plasticidade nos comportamentos masculinos e nas representações sociais do que significa ser homem, enquanto para as mulheres este universo é restrito. O ser mulher é socialmente pensado de forma a direccionar todos os comportamentos para uma única esfera de actividade, a privada, a da família.

A ideia de que a mulher se deve dedicar às funções domésticas e maternas, deixando o trabalho fora de casa para o homem, está associada a uma lógica patriarcal, segundo a qual o homem assume a responsabilidade de angariador dos recursos necessários à sobrevivência da família.

Esta ideologia não tem condições de aplicação nas famílias ocidentais do séc. XXI. Quer na zona rural ou urbana, a mão-de-obra feminina é indispensável à sobrevivência económica da maioria das famílias. Para a maioria das mulheres esta ideologia significa, na prática, uma acumulação de tarefas sem reconhecimento real da importância do seu papel. Neste plano pode dizer-se que se passa da família conjugal, modelo segundo o qual a mulher pode trabalhar no exterior de forma esporádica, nos momentos do ciclo vital de família em que esteja mais liberta, mas que está certamente orientada para funções maternas, para um modelo de *dupla carreira* em que homem e mulher trabalham no exterior com ritmos idênticos, contribuindo os dois para o rendimento familiar de forma menos assimétrica (Almeida, 1994).

A diferente distribuição de papéis sociais apresenta propriedades positivas ao favorecerem oportunidades de aquisição e uso de habilidades, embora apresentem também propriedades negativas ao gerarem tensões, conflitos e ambiguidades. Um inquérito conduzido por Silva e Gunther (2000) mostrou que os diferentes papéis sociais são definidos por questões de género, ou seja, as ocupações de homens e mulheres são influenciadas pelo que a cultura define como mais adequado e aceitável. Assim, no estudo sobre o desenvolvimento de papéis desempenhado por adultos, concluíram que as mulheres gostam mais de actividades domésticas e os homens aprovam mais o trabalho fora de casa. No aprofundar das pesquisas sobre papéis questionámo-nos: o que se entende por papéis familiares? O que é que os caracteriza? Como poderão vir a ser utilizados para aumentar o potencial de saúde familiar?

Os papéis familiares podem ser entendidos como padrões estabelecidos de comportamentos dos diferentes membros de uma família face aos objectivos da singularidade de cada família (Wright, Leahey, 2009). Um papel é um comportamento constante numa situação específica, desenvolve-se pela interacção entre os indivíduos e é influenciado por

diferentes normas, crenças e valores. Os diferentes elementos de uma família assumem papéis diferentes ao longo do ciclo vital da família a que pertencem, bem como podem ser chamados a desenvolver novos papéis face a situações de crise accidental na família.

Habitualmente, há uma clara delimitação de lugares, posições e papéis de cada um, ou seja, o pai tem as suas atribuições, enquanto que a mãe tem outras, aos filhos cabem outros direitos e deveres, uma pessoa eventualmente idosa que partilhe o sistema familiar também terá os seus papéis nesse contexto.

Uma condição fundamental para uma estruturação sadia diz respeito à necessidade de que haja, por parte de cada um e de todos, um reconhecimento das inevitáveis diferenças que existem entre as pessoas, assim como também é bastante útil que haja um reconhecimento e uma aceitação dos respectivos alcances, limites e limitações (Zimmerman, 2000).

Hanson (2005) descreve oito papéis ligados à posição do cônjuge: *provedor, dona de casa, prestador de cuidados à criança, socialização, parceiro sexual, terapeuta, organizador de actividades recreativas e papel de parente*.

O *papel de provedor* ou “chefe de família” está referido como necessidade de proteger, assegurar o rendimento para satisfazer as necessidades da família.

O *papel de dona de casa* está directamente relacionado com todo o tipo de tarefas domésticas, cuidar do lar, incluindo as de manutenção da casa e jardim.

O *papel prestador de cuidados à criança* abrange o cuidar dos filhos para satisfação das necessidades humanas básicas, de segurança e diversão. As crianças precisam de um período mais ou menos longo de cuidados de protecção até chegarem à fase em que são capazes de sobreviver por si próprias.

O *papel de socialização* agrega a interacção com os diferentes membros da família e elementos externos à mesma.

O *papel sexual* caracteriza-se por um conjunto de acções como partilha de afectos, apoio emocional, interesse pela vida sexual, tudo o que promove uma relação satisfatória entre dois parceiros.

O *papel terapêutico* envolve ajudas como a partilha de preocupações, vontade de escutar os outros, envolvimento activo na resolução de problemas e apoio emocional; inclui ainda actividades que promovam a saúde e previnam a doença e de reabilitação aquando da doença.

O *papel recreativo* abarca o planeamento e realização de actividades de lazer, tempo livre, festas com membros da família e externos à família.

O *papel de parente* envolve a manutenção do contacto com a restante família e amigos. Uma pessoa pode ocupar diversos papéis ao longo do curso de vida, pois alguns papéis estão explicitamente relacionados com a idade, principalmente quanto à hierarquia. Os papéis promovem oportunidade de acesso a lugares e actividades. Desta forma, a experiência do envelhecimento envolve necessariamente mudança de papéis (Silva, Gunther, 2000).

As modalidades da vida familiar, as suas regras assumem características históricas socialmente localizáveis (Almeida, 1994).

A distribuição dos diferentes papéis familiares tem sofrido alterações que são decorrentes do processo de modernização da sociedade. Entre os factores que têm resultado no surgimento de novas formas familiares cabe destacar as mudanças na legislação que regula as relações conjugais e de filiação; a ruptura da dicotomia entre papéis públicos e privados, segundo o género; o crescente processo de individualização económico e cultural dos sujeitos; a pluralização dos estilos de vida; a igualdade entre os sexos e a consequente ruptura de casamentos.

As mudanças dos modelos familiares são um dado inegável e têm sido objecto de análise e debate nas reuniões científicas internacionais: a redução do número de filhos, o adiar do matrimónio, o atraso da maternidade, o aumento da percentagem de divórcios e o incremento das uniões de facto, o aumento da esperança de vida representam alguns dos indicadores familiares que caracterizam os países industrializados, como também muitos países em vias de desenvolvimento. Estes fenómenos têm tido um impacte relevante na estrutura dos núcleos familiares, produzindo significativas mudanças e novas formas de organização familiar (Serapioni, 2005).

A incorporação da mulher no mercado de trabalho impulsionou o emergir de novas tipologias na família. Hoje, encontramos famílias com um número reduzido de filhos, um aumento crescente de famílias monoparentais e unipessoais. Outro aspecto a considerar relaciona-se com o aumento de uma perspectiva individualista, já que a crescente autonomia dos membros tem colocado em pauta os projectos de vida individuais em primeiro lugar, e estes nem sempre são compatíveis com os projectos familiares (Gimeno, 2003). Tem sido demonstrado que na divisão das tarefas domésticas e nos cuidados com os filhos, continuam a ser as mulheres, apesar de trabalharem fora de casa, as que mais se ocupam com este domínio da vida familiar. Quando se acumulam problemas económicos e falta de apoios externos, facilmente se compreende que tal situação equivale a grande

sobrecarga de trabalho desigualmente distribuída (Almeida, 1999). No entanto, o mesmo autor referencia que nas gerações mais jovens se verifica, ao nível do discurso, e talvez da prática, alguma mudança quanto à partilha dos papéis, mas é mais visível em sectores com escolaridade universitária. São sectores importantes ao nível da opinião, mas minoritários em termos globais. Desta forma, parece ser importante aprender a distribuir os principais papéis familiares com bastante flexibilidade, de forma que eles sejam compatíveis com cada etapa de vida individual e fase do ciclo vital em que a família se encontra. Faltam investigar muitos domínios quanto às práticas familiares e, sem um conhecimento mais profundo, torna-se difícil não cair na reprodução de estereótipos.

Tendo em conta estas questões, apresenta-se para a enfermagem um desafio: cuidar de famílias. Sendo historicamente a enfermagem uma actividade de saúde centrada nas respostas individuais às necessidades básicas e implicitamente às actividades da vida diária, torna-se importante perceber como é que a distribuição dos papéis evoluem, qual o impacto que produzem no funcionamento da família. Para isso é relevante que o enfermeiro avalie a categoria funcional dos papéis de forma orientada para a família (Wrigth, Leahey, 2009). Da nossa experiência prática aferimos que os cuidados de enfermagem, na realidade portuguesa, ainda se organizam em torno do modelo biomédico, cuja preocupação central é a identificação de problemas da pessoa fragilizada e não na perspectiva de intervenção familiar.

Da evidência de trabalhos empíricos, já referenciados num capítulo anterior, sobressai que as famílias do século XXI estão a ser solicitadas para assumirem mais responsabilidades nos cuidados de saúde. Espera-se que elas cuidem dos seus membros com doenças agudas e crónicas (Lage, 2005). Mais sabemos que as famílias estão, hoje, mais autonomizadas, vivem nas grandes cidades, muitas vezes em zonas distintas das suas famílias de origem, o que gera maiores dificuldades em cumprir a função de apoio, quer em relação à família de procriação, aquela que fundaram, quer em relação à progenitora. Quando se vive longe, e em certos momentos do ciclo vital da família, quando os pais são idosos e os filhos se tornam autónomos e fundam a sua própria família, os apoios exigidos tornam-se difíceis de concretizar.

No início do nosso trabalho procuramos instrumentos para responder à nossa inquietação. Após acesso a vários instrumentos de avaliação, verificámos uma lacuna para avaliação de papéis familiares. Sentimos que seria pertinente a construção e validação de uma escala de avaliação de papéis familiares, até porque parte da nossa intervenção iria ter em conta o desenvolvimento destes no seio familiar.

4.1.2 - Material e Métodos na Construção da Escala

Dada a inexistência de um instrumento de medida de raiz, para a população portuguesa, que avaliasse a distribuição dos diferentes papéis familiares, desenvolvemos uma escala de avaliação¹⁶.

Realizamos um estudo descritivo exploratório transversal. O objectivo do mesmo foi construir e validar a escala; verificar as propriedades psicométricas da escala quando aplicada em famílias em que nenhum dos membros do agregado familiar apresenta dependência física ou mental.

A partir de perspectivas teóricas subjacentes, conjuntamente com análise de conteúdo de entrevistas realizadas junto de elementos de diferentes famílias e peritos na área da família, criámos condições para a construção do instrumento.

O processo de construção da escala começou pela definição do que pretendíamos avaliar, para “quê” avaliar e junto de “quem” vai decorrer a avaliação.

Este questionamento orientou-nos para todas as fases sucessivas de recolha, análise e selecção do material para a definição das dimensões e itens a englobar na escala. Na figura 3, descrevemos as principais etapas e tipo de análise que realizámos aquando da construção e validação da EAPF.

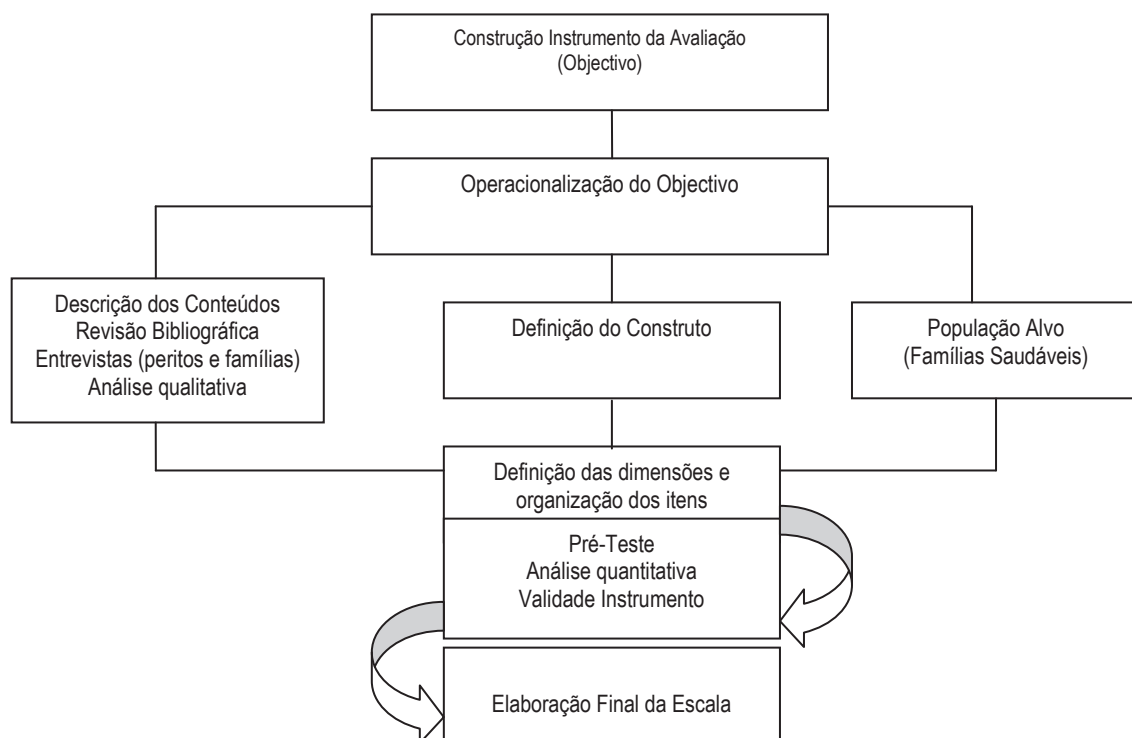


Figura 3 - Etapas da construção e validação da EAPF

¹⁶ Qualquer instrumento de avaliação, seja ele uma escala, um guião de entrevista ou outro utensílio de avaliação, pode ser definido como um conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizadas relacionadas com o domínio a avaliar (Almeida, Freire, 2007).

Na primeira fase fizemos uma revisão da literatura na área da família, concretamente papéis familiares. Recorremos também a apoio de especialistas, peritos na área para assegurar a operacionalização do construto. A consulta de outros instrumentos já construídos com as mesmas características foi também uma ajuda na orientação e desenvolvimento deste trabalho (Falceto, Busnello, Bozzetti, 2000; Freire, Leandro, 2001; Xavier, Pereira, Corrêa, Almeida, 2002; Barbieri, 2004; Martins, Ribeiro, Garrett, 2004; Loureiro, Dias, Ferreira, 2006; Parreira, Jesus, Barraca, Nave, 2006; Martins, 2006).

Da análise dos diferentes documentos a que tivemos acesso definimos que as dimensões a constar na escala seriam as preconizadas por Hanson (2005), dimensões já supracitadas.

Posteriormente, partimos para a definição dos itens a inserir em cada dimensão. Realizámos entrevistas a alguns elementos de famílias para aumentar a criatividade e direccionar o assunto para a realidade. Conjuntamente, usámos a discussão falada para selecção dos itens para assegurar a convergência de opiniões¹⁷.

A ajuda de peritos na área da família e de um professor da Língua Portuguesa para testar a compreensão verbal dos itens foi uma mais valia, pois, procurámos ser claros e concisos. O critério da clareza prende-se com a inteligibilidade do próprio item ou da sua ideia; assim, utilizámos, por norma, frases curtas e simples para tornar os itens adequados a todos os estratos sociais e culturais da população portuguesa. Tivemos ainda em consideração o objectivo do instrumento, a população, o grupo etário e o contexto em que se ia implementar. Construímos uma escala com oito dimensões e em cada dimensão ponderamos vários itens.

Depois de todo este trabalho prévio tínhamos construído uma escala para ser submetida a avaliação (pré-teste). Nesta fase, a Escala de Avaliação de Papéis Familiares (EAPF) estava organizada com 8 subescalas e composta por 74 itens, com a seguinte nomenclatura e distribuição de itens: 1 - Provedor ou chefe de família (7 Itens); 2 - Dona de casa (15 Itens); 3 - Prestador de Cuidados à Criança (10 Itens); 4 - Socializador (12 Itens); 5 - Sexual (5 Itens); 6 - Terapeuta (13 Itens); 7 - Organizador de Actividades Recreativas (8 Itens); 8 - Parente (6 Itens). Estes itens foram avaliados por uma escala ordinal (tipo Likert) pontuada de 1 a 5 (Nunca, Raramente, Muitas vezes, Sempre, Não se aplica)¹⁸.

¹⁷ O recurso a estas metodologias tornou-se fundamental para a complementaridade entre a teoria e a prática. A recolha de material para a elaboração dos itens é um misto de trabalho interessante, mas fastidioso, um misto de “ciência” e “arte”, pelo que quase sempre o investigador precisa de ajuda (Almeida, Freire, 2007).

¹⁸ Neste instrumento incluímos ainda cinco perguntas para caracterização sociodemográfica da amostra e, na primeira parte, estavam descritas as instruções e um exemplo de preenchimento.

Foi nossa preocupação construir um instrumento que pudesse ser aplicado a diferentes pessoas de uma família e que nos permitisse obter resultados informativos sobre que papéis assumem nessa família, tendo em conta o ciclo vital em que se encontra cada elemento e o ciclo vital da própria família.

Construída a primeira versão da escala, estávamos em condições de iniciar o processo de validação da mesma.

Recorremos a uma amostra de conveniência de famílias residentes num distrito do Norte de Portugal. Esta técnica de amostragem é especialmente adequada quando o investigador tem um conhecimento prévio da homogeneidade da população e pretende escolher sujeitos com determinadas características (Fortin, 2003).

As famílias que participaram no nosso estudo foram constituídas por membros sobre os quais não lhe tinha sido diagnosticada nenhuma patologia que originasse limitações funcionais ou cognitivas a nenhum dos seus membros¹⁹.

Para calcular o tamanho da amostra, tivemos em conta as recomendações de Anastasi (1990), calculado com base em 10 participantes por cada item do instrumento de medida.

Após a construção da escala passamos à fase empírica do estudo. Foram distribuídos 950 questionários durante o mês de Fevereiro de 2007²⁰.

Em Março de 2007 foram devolvidos 909 questionários, 9 foram eliminados por não se encontrarem completamente preenchidos. O conjunto de informação recolhida foi codificada. Numa primeira fase, os dados foram analisados à luz da estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central, dispersão e frequência. Para determinar as características psicométricas da (EAPF), utilizámos análise de Componentes Principais com rotação ortogonal Varimax.

Para selecção do número de factores seguimos as orientações recomendadas por Polit e Hungler (1997): (1) valores próprios ou específicos (eigenvalues) >1; (2) exclusão de cargas factoriais informais a 0,30; (3) aplicação do princípio da descontinuidade. A consistência interna da escala foi determinada pelo valor, *alpha* de Cronbach.

¹⁹ Podiam participar todos os elementos do agregado familiar com idade igual ou superior a 12 anos, à semelhança de estudos de Olson, 1988; Derogatis (1993).

²⁰ Solicitámos colaboração a um grupo de estudantes para implementarem nas suas famílias. Foram esclarecidos dos objectivos e finalidade do estudo, assim como das entidades e instituições envolvidas, do direito à autodeterminação de se recusarem a participar.

4.1.3 – Resultados da Escala de Avaliação de Papéis Familiares para a População em Geral

Os nossos participantes responderam a todas as questões da EAPF, o que transmite uma adequação do instrumento à amostra. A amostra foi composta por 900 participantes; destes, 535 (59,4%) eram do sexo feminino e 365 (40,6%) do sexo masculino. A sua idade variou entre 9 e 89 anos e apresentam uma média de 34,29 e um desvio padrão de 15,274.

No que respeita ao estado civil dos participantes, 443 (49,2%) eram casados, 428 (47,6%) solteiros, 13 (1,4%) divorciados e 16 (1,8%) viúvos.

Dos participantes, a sua maioria eram escolarizados: 130 (14,5%) com o 1º ciclo, 146 (16,2%) com 2º ciclo, 282 (31,3%) com 3º ciclo, com o secundário 222 (24,7%), com bacharelato 25 (2,8%), com licenciatura 86 (9,6%), com mestrado e doutoramento 3 (0,3%), com a mesma percentagem 3 participantes sem escolarização.

Deste grupo de participantes, em relação ao seu horário laboral, 84 (9,3%) trabalhavam em *part-time*, 122 (13,6%) faziam horário de 35 horas semanais, 315 (35%) com horário semanal de mais de 35 horas. Da nossa amostra pode-se ainda referir que 48 (5,3%) são reformados, 326 (36,2%) são estudantes e 60 (6,7%) estavam desempregados.

A análise e selecção dos itens foram realizadas para apreciar o conteúdo e a sua forma, nomeadamente a sua clareza, compreensibilidade e adequação aos objectivos da escala para o qual foi concebida²¹. Assim, passamos a descrever os procedimentos estatísticos efectuados e a interpretação dos mesmos.

Com a análise dos componentes principais avaliamos a carga (saturação de cada item nos factores identificados, indicando essa carga a co-variância existente entre o factor e o item). Através deste procedimento estatístico foram identificados 14 factores distintos (papéis) que poderiam ser designados: 1º segurança da família; 2º responsável pelo rendimento familiar; 3º actividades domésticas internas; 4º actividades domésticas externas; 5º socialização com os filhos; 6º socialização com vizinhos; 7º socialização com

²¹ Esta análise visa a apreciação da dificuldade ou dispersão das respostas dadas pelos participantes (aspecto necessário a qualquer tipo de medida); e permite uma apreciação da capacidade discriminativa (validade interna) dos itens, ou seja, em que medida o resultado de um item está relacionado com as respostas aos demais itens.

a família; 8º actividades recreativas e de lazer; 9º papel sexual; 10º regime terapêutico e cuidados instrumentais; 11º cuidados de vigilância de saúde e acompanhamento de familiares; 12º apoio nos cuidados terapêuticos; 13º actividades recreativas com a família; 14º actividades recreativas com amigos. Obtivemos KMO=0,915; χ^2 =38548,259 e 3003 grau de liberdade.

A consistência interna foi avaliada através do coeficiente *alpha* de Cronbach, pois este procedimento estatístico é indicado para escalas tipo Likert. Esta prova avalia se a variância total dos resultados do teste se associa ao somatório da variância de item a item. A consistência interna da escala global foi de ***alpha* = 0,897**. Todas as subescalas apresentam valores de consistência interna adequados, sendo o valor mais baixo relativo a “**0,666**” relativo ao factor segurança da família e o mais alto “**0,961**” referente ao factor papel de prestador de cuidados à criança.

Posteriormente, e por razões conceptuais, como Hanson (2005) nos sugere uma componente teórica coerente com 8 dimensões, forçámos os resultados a 8 factores, e verificámos o mesmo KMO; quadrado e um grau de liberdade o que traduz muita fiabilidade. Feito este exercício estatístico, optámos pela constituição da nossa escala em oito dimensões.

Continuando a análise estatística pela análise factorial, e sendo nossa preocupação construir um instrumento com fidelidade (para avaliar os diferentes papéis familiares) definimos como critério eliminar itens da escala com peso inferior a 0.4, o que implicou uma eliminação de 5 itens. Posteriormente, procedeu-se a nova análise factorial dos componentes principais, com os seguintes resultados: KMO = 0,916; χ^2 = 35065,895 e 2278 grau de liberdade, com um *alpha* de Cronbach total de **0,894**. O Factor 1 com *alpha* de Cronbach **0,963**; Factor 2 com *alpha* de Cronbach 0,923; Factor 3 com *alpha* de Cronbach 0,837; Factor 4 com *alpha* de Cronbach 0,811; Factor 5 com *alpha* de Cronbach 0,839; Factor 6 com *alpha* de Cronbach 0,695, Factor 7 com *alpha* de Cronbach 0,719, Factor 8 com *alpha* de Cronbach **0,624**. No quadro que se segue apresentamos a análise factorial das diferentes dimensões.

Quadro 4 – Análise factorial da EAPF

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Costuma dar banho aos seus filhos/netos?	0,900							
Costuma dar de comer aos seus filhos/netos?	0,895							
Costuma vestir os seus filhos/netos?	0,895							
Costuma deitar os filhos/netos na cama?	0,892							
Costuma ajudar os seus filhos/netos a ir ao WC ou mudar a fralda?	0,866							
Consegue ter tempo para brincar com os seus filhos/netos?	0,858							
Costuma levar o(s) seu(s) filho(s)/neto(s) à escola?	0,821							
Tem ajuda nos cuidados básicos do(s) seu(s) filhos/netos?	0,797							
Tem tempo para cuidar do(s) seu(s) filho(s)/neto(s)?	0,788							
Consegue conciliar a sua profissão com os cuidados à criança?	0,792							
Costuma levar os seus filhos/netos à vacina?	0,763							
Acompanha os seus filhos/netos em actividades fora de casa?	0,757							
Leva os seus filhos/netos a locais de interesse para eles (cinema, teatro, centro comercial, parque, ou outros)?	0,735							
Faz com os seus filhos/netos discussão sobre problemas sociais?	0,900							
Costuma ajudar na limpeza da casa?		0,875						
Costuma ajudar nas tarefas domésticas?		0,851						
Costuma lavar a loiça/meter a loiça na máquina?		0,846						
Costuma participar na confecção da comida?		0,810						
Costuma lavar a roupa / colocar a roupa na máquina de lavar?		0,814						
Costuma passar a roupa a ferro?		0,802						
Costuma fazer a cama?		0,764						
Costuma substituir o rolo de papel higiénico?		0,707						
Costuma tratar da manutenção da casa?		0,674						
Costuma levar o lixo para a rua?		0,542						
A família envolve-se nessas actividades?			0,638					
Tem tempo para actividades lúdicas/lazer com a família?			0,628					
Tem por hábito organizar actividades de fim-de-semana?			0,607					
Fazem actividades com amigos?			0,574					
Durante o ano fazem festas em que convidam tios e primos?			0,577					
Tem por hábito criar momentos e conversas em família?			0,554					
Tem por hábito conversar ao telefone com familiares?			0,550					
Os parentes mais próximos costumam frequentar a sua casa?			0,537					
Mantém convívio com primos e segundos tios?			0,536					
Tem por hábito ver televisão com a família?			0,522					
Costuma manter contacto com os seus parentes?			0,522					
Tem por hábito ir de férias com a família?			0,499					
Os seus familiares costumam ajudar quando a sua família necessita?			0,452					
Costuma organizar festas em sua casa?			0,448					

Costuma sugerir aos seus familiares para fazerem vigilância de saúde?	0,639							
Quando alguém se magoa em casa presta os primeiros socorros?	0,633							
Quando alguém está doente prepara os medicamentos tendo em conta a hora?	0,607							
Quando alguém se queixa de alguns sintomas dá conselhos para ir ao médico?	0,566							
Quando há alguém que necessita de cuidados em casa, costuma ser você a fazê-los?	0,543							
Preocupa-se com o estado de saúde dos outros membros da família?	0,532							
Costuma ser você a comprar os medicamentos?	0,483							
Costuma fazer consultas de rotina e exames de rastreio?	0,440							
Quando algum familiar vai ao médico, costuma acompanhá-lo?	0,477							
Quando alguém se queixa de má disposição faz um chá?	0,476							
Discute os problemas em família?	0,370							
Mantém afectividade com o seu parceiro?	0,844							
Desempenha um papel activo na satisfação sexual do seu parceiro?	0,834							
Mantém interesse pela sua vida sexual?	0,735							
Oferece ao seu cônjuge presentes?	0,734							
Tem tempo para ouvir o seu companheiro quando ele tem um problema de saúde?	0,714							
O ambiente da família afecta o seu papel sexual?	0,618							
Em situações de conflito toma defesa da sua família?	0,705							
Sente-se representante da sua família?	0,626							
Numa multidão protege os membros da sua família?	0,642							
Quando necessita tomar decisões, consulta outros elementos da família?	0,624							
Costuma verificar ruídos suspeitos a meio da noite?	0,625							
Liga para casa quando prevê chegar mais tarde?	0,485							
Você mantém relacionamentos próximos com vizinhos?	0,850							
Os vários membros da família relacionam-se com os vizinhos?	0,774							
Os vizinhos costumam frequentar a sua casa?	0,758							
Frequenta com assiduidade a igreja/religião?	0,374							
Costuma fazer trabalhos de bricolage?								0,689
Costuma lavar o carro?								0,672
Costuma tratar do jardim?								0,490
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Variancia explicada	15,739%	13,114%	7,457%	4,682%	3,586%	3,165%	3,067%	2,731%
alfa Cronbach	0,963	0,923	0,837	0,811	0,839	0,695	0,719	0,624

Consideramos o factor 1 com 14 itens. Estes reportam-se a um conjunto de acções que promovem o desenvolvimento normal das crianças. Estão, essencialmente, relacionados com actividades de prestação de cuidados que asseguram o autocuidado e comportamentos de promoção da saúde assim como de segurança das crianças. Designamos esta sub-escala como *Papel prestador de cuidados à criança*.

No factor 2 foram incluídos 9 itens. Todos eles relacionados com lidas domésticas internas como arranjo e limpeza da casa e preparação de refeições. Assim, designamos a sub-escala de *Papel Dona de Casa Cuidados Internos à Casa*.

O factor 3, composto por 14 itens, intitula-se de *Papel Organizador de Actividades Recreativas*. Nesta sub-escala os itens são alusivos ao planeamento e realização de festas de família, momentos de distracção, passatempos, entretenimentos, convívios, ou seja, diferentes contactos que fomentam a união do grupo familiar.

O factor 4 tem 11 itens. Os itens que compõem esta sub-escala estão relacionados com acção de promoção da saúde e tratamento, agudo ou crónico, da pessoa adulta. Inclui intervenções para a dimensão física, psíquica e emocional. Denominamos esta sub-escala de *Papel Terapêutico*.

O factor 5 ficou com 6 itens. Este conjunto de itens alude à expressão e partilha de afectos, circunstâncias de satisfação de conjugal, atenção pela vida sexual e denomina-se de *Papel Sexual*.

O factor 6, tem 6 itens, todos eles referentes ao papel *Provedor ou Chefe de Família*. Os Itens que compõem a sub-escala são sugestivos da protecção, apoio, capacidade de tomada de decisão, segurança e representação da família.

O factor 7 tem 4 itens. Estes estão relacionados com relacionamentos, interacções com pessoas ou instituições externas à família. Assim, foi designado de *Papel Socializador*.

Por último o factor 8 tem 3 itens. São itens alusivos a actividades de manutenção da casa e jardinagem. Designamos esta sub-escala de *Papel de Dona de Casa Cuidados Externos à Casa*.

Com esta análise obtivemos a configuração final da EAPF. Para cada subescala, como podemos observar no quadro que se segue, foi calculado o *score* médio. Deste modo, verificámos que os factores 7 e 8 são os que obtiveram os *scores* ponderados mais baixos, e menor percentagem de variância explicada, o que nos mostra que estes papéis são pouco visíveis nas famílias estudadas; contrariamente, os factores 3 e 1 são papéis com muita visibilidade no mesmo contexto.

Quadro 5 – Scores médios EAPF

FACTOR	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Factor I	900	17,00	70,00	58,5244	13,93288
Factor II	900	10,00	50,00	29,0967	8,63630
Factor III	900	21,00	70,00	39,6611	6,23347
Factor IV	900	15,00	55,00	34,6433	5,20679
Factor V	900	6,00	30,00	21,8178	4,28102
Factor VI	900	9,00	30,00	20,2922	3,22569
Factor VII	900	4,00	20,00	10,7056	2,76055
Factor VIII	900	2,00	15,00	7,7378	2,91750

Em síntese, pretendemos com este trabalho dar a conhecer a construção e validação de uma escala que avaliasse os diferentes papéis familiares. Papéis que podem ser desempenhados por diferentes membros pertencentes a um sistema familiar. Tivemos em conta procedimentos teóricos, empíricos e analíticos. A nível teórico foi importante não avançar na construção e validação sem que a teoria que a fundamenta se encontre devidamente explicitada. A nível empírico clarificámos o plano, as etapas e os cuidados a ponderar na aplicação do instrumento nos vários momentos ou fases da sua implementação e validação. Com os procedimentos analíticos estatísticos testemunhámos a sensibilidade, precisão e validade do instrumento.

Foi também nosso propósito incluir na nossa amostra apenas pessoas que não apresentassem nenhuma dependência física ou cognitiva. Após sucessivas análises, os resultados apurados permitem concluir que a (EAPF) reúne critérios de validade e fidelidade. Trata-se de um instrumento bem estruturado, com terminologia clara que, apesar de um pouco extenso, revelou boa aceitação por parte da população-alvo. No que se refere ao conteúdo dos itens, o estudo de correlações entre as subescalas não evidenciou quaisquer associações atípicas ou contraditórias. Reconhecemos, no entanto, algumas limitações do estudo, como por exemplo, restrição de participantes a uma amostra de um distrito e o não tomarmos em conta as diferentes tipologias das famílias estudadas.

A EAPF é de aplicação particularmente simples. Esta característica torna-a, adequada para participantes com nível de instrução baixo e facilita a eventual aplicação sob forma de inquérito.

Este novo instrumento permite avaliar o perfil da distribuição dos papéis familiares, nas famílias, o que se traduz numa mais-valia para os profissionais de saúde, em particular para os enfermeiros. Podemos afirmar que o instrumento em causa pode ter um contributo para a pesquisa e para a prática profissional.

Nas práticas investigativas, dos enfermeiros, o instrumento pode servir para caracterizar o perfil das famílias face ao desenvolvimento dos papéis ou ser utilizado como escala de controlo antes ou depois de alguma intervenção.

Na clínica o instrumento é um recurso para a avaliação dos papéis desenvolvidos na família com especificações suficientes para identificar focos de enfermagem, servindo assim, para o planeamento das intervenções individualizadas e circunstanciadas às características familiares.

Cabe aqui uma nota orientadora da descrição da informação apresentada. Os capítulos anteriores: *Entardecer na Vida com Dependência; Modelo de Intervenção em Família; Treinar Enfermeiros para Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente; Ter a Família como Foco de Atenção* constitui a primeira fase do projecto de tese. Após a contextualização conceptual e teórica e a justificação da problemática formulada, parece-nos indispensável apresentar o percurso metodológico da investigação.

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA

Toda a pesquisa procura encontrar uma resposta ou solução para um determinado problema. Relembramos a questão desta investigação: *Sendo os enfermeiros elementos centrais das equipas de saúde será que a formação base contribui para o desenvolvimento de competências, necessárias para intervir em contexto familiar de famílias com um idoso dependente?*

A resposta a esta questão tem como finalidade contribuir para a melhoria da formação dos profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros, e, por consequência, melhorar os cuidados de enfermagem prestados às famílias com um idoso dependente em contexto familiar.

Foi nosso propósito, na elaboração deste plano de investigação e na sua implementação, assegurar o respeito pelos procedimentos metodológicos, garantir a validade e o rigor de forma a minimizar as possíveis fontes de enviesamento. Neste sentido, passamos a descrever e a justificar as etapas metodológicas inerentes a esta investigação.

Iniciamos a nossa exposição com o tipo de estudo, enumeramos os objectivos e as questões orientadoras, a que se segue o desenho da investigação. Posteriormente, descrevemos o protocolo de colheita de informação e definimos as variáveis em estudo e a sua operacionalização. Na parte final, reportamo-nos ao percurso da investigação e aos aspectos éticos intrínsecos à mesma.

5.1 – TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta as características com que este estudo se apresenta, inserimo-lo no âmbito de um estudo quase experimental, exploratório de corte descritivo correlacional. Sendo, assim, tivemos necessidade de organizar um grupo controlo e um grupo experimental. Na primeira fase dedicámo-nos à preparação do experimento, e na segunda avaliamos e intervimos junto de famílias com um idoso dependente em contexto familiar.

É um estudo quase experimental porque as concepções experimentais permitem ao investigador controlar ou manipular variáveis, medir o efeito da variável independente (Fortin, 2003; Hanson, 2005). Deste modo, seleccionámos famílias para serem cuidadas pelo grupo experimental e outras pelo grupo controlo, para avaliar a eficácia de um

programa de formação. O principal ponto de uma concepção experimental é poder fazer uma comparação entre as intervenções e os seus respectivos resultados (Hanson, 2005). Um estudo experimental descreve “o que será” quando há controlo sobre determinados factores, a importância encontrada nas relações de causa/efeito (Marconi, Lakatos, 2006). Como se pretende avaliar o impacto da manipulação da variável independente, convém que a avaliação ocorra antes e, pelo menos, após essa manipulação (Almeida, Freire, 2007). Assim, implementámos o nosso protocolo de colheita de informação antes e após as intervenções dos estudantes.

Considerámos a investigação de carácter exploratório porque a temática enquadra-se num domínio onde as eventuais relações entre as variáveis ainda são escassas. Assim, o objectivo é gerar ideias, conhecimento ou compreensão sobre o fenómeno (Hanson, 2005). Classificámos de corte porque se reporta a um período de tempo conciso, descreve uma situação mediante um estudo realizado em determinado espaço-tempo e procura descrever e avaliar uma amostra específica.

Correlacional porque procurámos determinar a existência de relações entre algumas das variáveis em estudo. O principal objectivo do estudo descritivo correlacional é a descoberta de factores ligados a um fenómeno. Na investigação correlacional procura-se manter condições de observação para se apreciar as diferenças entre grupos definidos (Fortin, 2003; Almeida, Freire, 2007).

Os aspectos específicos das intervenções de cuidados ou programas de intervenção em famílias requerem articulação e investigação (Hanson, 2005). Neste sentido, a unidade de análise é dupla, inclui os resultados das acções da enfermagem, bem como o processo do que constitui a intervenção.

Partimos para esta investigação com a ideia geral de promoção da saúde de famílias com um idoso dependente em contexto familiar. Esta inquietação surgiu pelo acesso a resultados recentes da comunidade científica. Como descrevemos anteriormente, o aumento da população idosa é uma realidade que se está a manifestar em todo o mundo, é um fenómeno que exige adaptações, mesmo nos países mais desenvolvidos. Pelos resultados de pesquisas nacionais e internacionais é também evidente que a família é a principal instituição de apoio aos idosos (Caldas, 2003; Karsch, 2003; Cequeira, Figueiredo, Sousa, 2006; Silveira, Caldas, Carneiro, 2006; Sequeira, 2007; Petronilho, 2007; Araújo, Paúl, Martins 2008). Assim sendo, a Enfermagem, que tem como essência o cuidar, necessita de desenvolver estratégias para promover a saúde das famílias com idoso dependente para, deste modo, promover comunidades saudáveis.

Como as famílias têm características diversas, atributos únicos do ponto de vista estrutural, étnico, cultural, torna a pesquisa umas complexidades, mas, ao mesmo tempo, são estas mesmas particularidades que mostram a necessidade de pesquisa sistemática para orientar os cuidados à singularidade de cada família. Deste modo, definimos objectivos para cada fase da investigação.

5.2 – OBJECTIVOS

O objectivo geral foi estudar a influência de um programa de desenvolvimento de competências na área do cuidar de famílias com um idoso dependente em contexto familiar. Tendo em conta as fases distintas desta investigação, definimos os seguintes objectivos específicos para cada fase do projecto:

1ª Fase

Preparação do estudo experimental

- Desenvolver um programa de avaliação e intervenção de enfermagem na área da família: Educação para a Saúde dirigido a famílias com idosos dependentes em contexto familiar;
- Desenvolver competências nos estudantes de Licenciatura em Enfermagem na área da enfermagem de família: Educação para Saúde em famílias com idosos dependentes em contexto familiar;
- Avaliar as diferenças de concepção face à avaliação e intervenção familiar com idoso dependente do grupo experimental e do grupo controlo;
- Construir instrumento de avaliação de papéis familiares;
- Desenvolver um protocolo de colheita de informação.

2ª Fase

Estudo Quase Experimental Exploratório de Corte Descritivo Correlacional

- Caracterizar a estrutura das famílias com um idoso dependente em contexto familiar de uma região Norte de Portugal;
- Identificar tipologia da família com um idoso dependente;
- Identificar apoios internos e externos das famílias com um idoso dependente em contexto familiar;

- Descrever o grau de dependência de idosos em contexto familiar de uma região Norte de Portugal;
- Descrever a principal causa que originou a dependência dos idosos de uma região Norte de Portugal;
- Compreender a assistência que se presta à família com idosos dependentes em contexto familiar através da experiência dos estudantes e da participação do investigador;
- Reconhecer o cuidador familiar principal de idosos dependentes de uma região Norte de Portugal;
- Descrever que cuidados são prestados pelo cuidador e família ao idoso dependente em contexto familiar;
- Descrever como se organiza o cuidador principal para prestar cuidados ao idoso dependente em contexto domiciliário;
- Identificar que membros da família cooperam com o cuidador principal na prestação de cuidados ao idoso dependente;
- Avaliar o resultado das intervenções dos estudantes nas famílias com idoso dependente em contexto familiar;
- Avaliar os níveis de sintomas psicológicos, manifestados pelos familiares que vivem com o idoso dependente, nos dois grupos de famílias;
- Comparar o ambiente familiar nos dois grupos de famílias, com idoso dependente no contexto familiar;
- Identificar dinâmicas familiares nas famílias do grupo experimental e nas do grupo de controlo;
- Avaliar a distribuição de papéis familiares dos dois grupos de famílias, com idoso dependente em contexto familiar;
- Compreender o processo de aprendizagem dos estudantes face à experiência de cuidar de famílias com um idoso dependente;
- Identificar as dificuldades que os estudantes encontrarão durante o trabalho de campo para avaliar e intervir em famílias com idosos dependentes;
- Analisar os contributos do apoio fornecido pelos estudantes, com formação específica, na perspectiva do cuidador principal.

Para fio condutor e no sentido de atingir os objectivos supracitados, delineámos questões orientadoras.

5.3 – QUESTÕES ORIENTADORAS

Um estudo projectado para gerar relações ou preencher uma lacuna deve ser conduzido por questões orientadoras. No decorrer da pesquisa bibliográfica surgiram as questões.

1ª Fase

- A frequência de um programa de formação sobre, *Cuidar de Família com Idoso Dependente em contexto Familiar*, promove competências nos estudantes da Licenciatura em Enfermagem para avaliar e intervir nas famílias?

2ª Fase

- Que tipologia de família acolhe idosos dependente?
- Em que fase do ciclo vital se posicionam as famílias com um idoso dependente?
- Quais os apoios/recursos das famílias com um idoso dependente?
- Que tipo de cuidados implementam os enfermeiros, das unidade de saúde, à família com um idoso dependente?
- Qual o perfil do idoso com dependência em contexto familiar?
- Quem é o familiar que assume o papel principal de cuidador? Como desenvolveu habilidades e conhecimentos para assumir o papel de cuidador? Há outros elementos da família que cooperam na prestação de cuidados?
- Quais os contributos do programa extracurricular no sentido da construção das competências para intervir em famílias com idoso dependente em contexto familiar?
- Será que os estudantes com formação específica, para intervir junto de famílias com um idoso dependente em contexto familiar, promovem alteração nas dinâmicas familiares?
- Será que os estudantes com formação específica, para intervir junto de famílias com um idoso dependente, em contexto familiar, promovem alteração no ambiente familiar?
- A distribuição dos papéis familiares, em famílias com um idoso dependente, em contexto familiar, sofre alterações após intervenção de estudantes com formação específica?
- Será que os estudantes com formação específica, para intervir junto de famílias com um idoso dependente, em contexto familiar, promovem alteração nos sintomas psicológicos manifestados pelos diferentes elementos do agregado familiar?
- Quais as principais dificuldades sentidas pelos estudantes para cuidar das famílias com um idoso dependente em contexto familiar?
- Que nível de cuidados são prestados pelos profissionais de enfermagem às famílias com um idoso dependente em contexto familiar de uma região do Norte de Portugal?

- Quais as contrapartidas que a família com idoso dependente pode ter ao ser cuidada por estudantes de enfermagem com formação específica?

Enumeradas as questões, procuramos no sub-capítulo seguinte, ilustrar as fases da investigação, que tinha como intuito a formação dos enfermeiros para cuidar de famílias com um idoso em contexto familiar.

5.4 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Centrados nas evidências científicas referenciadas e com recurso à reflexão crítica sistemática concebemos um desenho composto por duas fases distintas para dar resposta à problemática em estudo. A figura que se segue representa o diagrama da investigação.

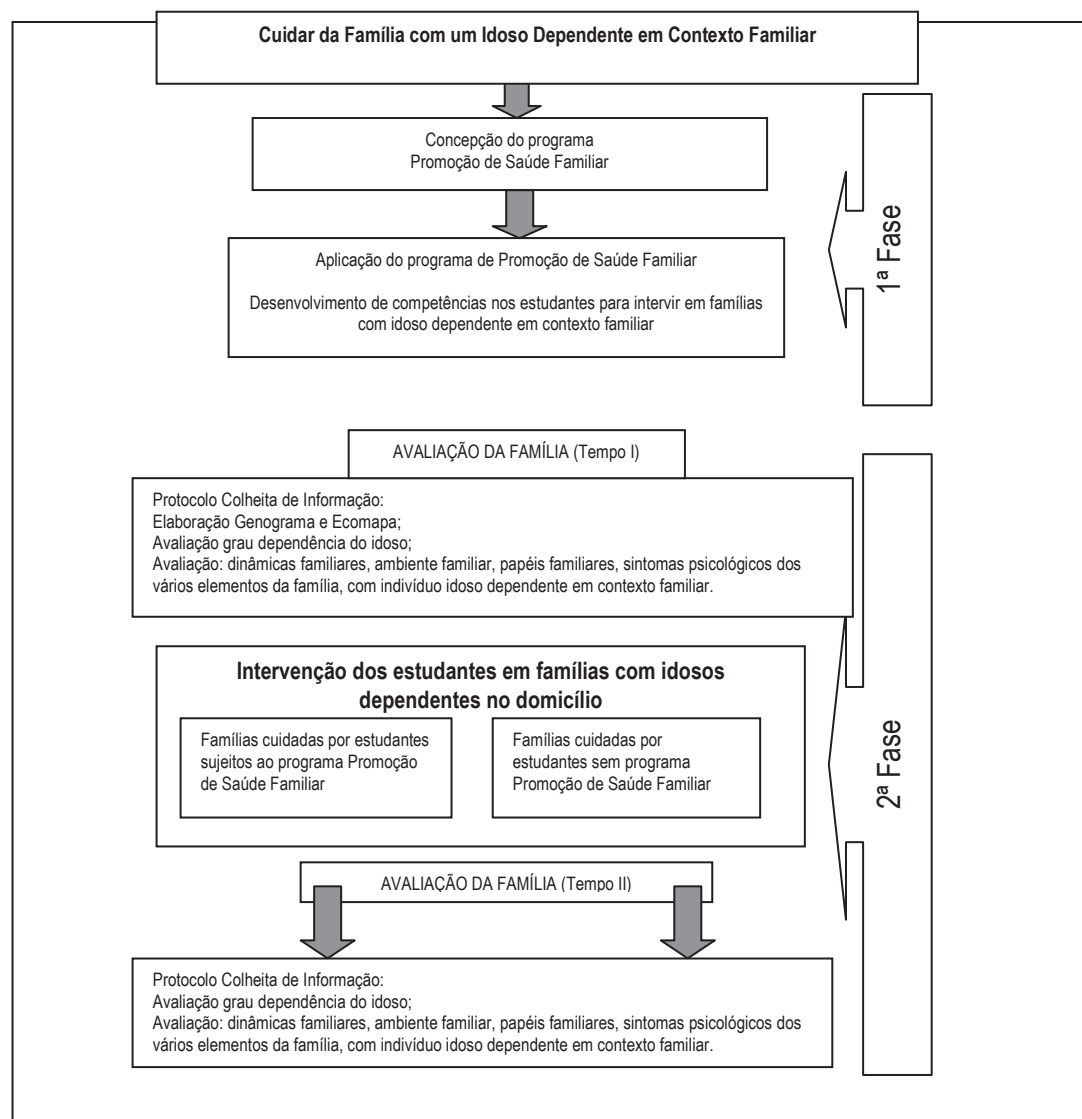


Figura 4 - Diagrama da investigação.

A *primeira fase* consistiu na construção de um programa de desenvolvimento de competências para avaliar e intervir em famílias com um idoso dependente em contexto familiar e a aplicação do mesmo a um grupo de estudantes da Licenciatura em Enfermagem; a *segunda fase* baseou-se num trabalho de campo com dois grupos distintos de estudantes - o grupo sujeito ao programa de formação (grupo experimental) e o grupo sem formação (grupo controlo).

Nestes estudos, os métodos quantitativos e qualitativos são apropriados. Desta forma, usámos uma variedade de métodos e técnicas. Recorremos à aplicação de questionários, entrevistas semi-estruturadas, observação, notas de campo e análise documental. A complementaridade existente entre o método quantitativo e qualitativo permite-nos afirmar que há vantagens na utilização dos dois métodos numa investigação, pois as imperfeições apresentadas com a utilização de um único método podem ser reduzidas ou ultrapassadas com a utilização de ambos. Esta triangulação de materiais e métodos, assim como de participantes, foi necessária para dar resposta aos objectivos formulados e compreender as variáveis em estudo.

5.5 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

A explicitação das variáveis constituiu um passo importante na análise da problemática. As variáveis são quantidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação. São factos observáveis que podem apresentar valores desiguais em diferentes circunstâncias. Na sua essência, são susceptíveis de tomarem valores distintos dentro de um determinado contexto. Podem derivar de conceitos mais amplos, chamados construtos devidamente operacionalizados ou definidos em termos mais concretos e observáveis (Fortin, 2003; Almeida, Freire, 2007).

Em articulação com a finalidade desta investigação e na prossecução dos objectivos explanados foram consideradas algumas variáveis.

Em função do papel que a variável tem na investigação ela pode ser designada de *independente* ou *dependente*. A variável *independente* identifica-se com a dimensão ou a característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável. Assim, considerámos o programa de formação de desenvolvimento de competências a variável independente. A *dependente* define-se como a característica que apareceu ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável

independente (Almeida, Freire, 2007). A família com um idoso dependente, concretamente, a dinâmica familiar, o ambiente familiar, os papéis familiares e sintomas psicológicos são algumas das variáveis dependentes do estudo.

A par das variáveis independente e dependente podem existir outras variáveis, as variáveis *moderadoras*, como nos refere Lakatos (1991), como factores, fenómenos ou propriedades que também são condição, causa, estímulo ou factor determinante para que surja determinado resultado, efeito ou consequência, posicionando-se, porém, em nível secundário no que respeita à variável independente. O tipo de família, fase do ciclo vital da família, relações intrafamiliares, apoios externos à família e relações da família com o exterior foram variáveis que estiveram presentes no nosso estudo.

Incluímos, ainda, variáveis sóciodemográficas. Estas podem ser entendidas como variáveis de caracterização da amostra. Definimos um conjunto de variáveis sociodemográficas relativas aos estudantes que participaram neste projecto, abrangemos dados para caracterizar os membros pertencentes ao agregado familiar do idoso dependente e ainda para caracterizar o idoso dependente. Nos quadros que se seguem procuramos sistematizar as variáveis do estudo tendo em conta a sua diferente classificação.

Quadro 6 - Variável independente: programa de formação

Dimensão	Componente	Indicador
Frequentar o Programa	Conceito de família Composição familiar – Processos familiares Instrumentos de avaliação familiar Ciclo vital da família Enfermagem de família modelo de intervenção familiar Intervenções de enfermagem em famílias – Níveis de cuidados Papéis familiares Cuidados ao idoso dependente no domicílio	Sim Não

A variável independente foi construída e desenvolvida ao longo da investigação em momentos diferentes. Entendemos por programa um índice de um tema específico e entendemos por formação o criar, instruir, ensinar e desenvolver. Neste contexto, o programa de formação foi percebido como um conjunto de acções que visaram formar, favorecer a evolução do estudante facilitando a aquisição de novas atitudes, conhecimentos, comportamentos e habilidades que promovem o desenvolvimento de competências, procurando uma melhor avaliação e intervenção profissional junto de famílias com um idoso dependente.

As variáveis dependentes são seguidamente caracterizadas, na dimensão, componente e o seu respectivo indicador de medida. Para melhor compreensão, optamos pela apresentação em quadros, e respectiva explicação.

Assim, no quadro 7 apresentamos a operacionalização da variável *avaliação de conhecimentos dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem*.

Quadro 7 - Avaliação dos conhecimentos dos estudantes

Dimensão	Componente	Indicador
Conhecimentos dos estudantes	Conceito processo familiar Composição familiar Instrumentos de avaliação familiar Ciclo vital da família Enfermagem de família modelo de intervenção familiar Intervenções de enfermagem em famílias Papéis familiares Cuidados ao idoso dependente no domicílio	Sim Não Não sei

Avaliação de conhecimentos foi entendida como a elaboração de um juízo de valor quantitativo. Para medirmos esta variável, elaborámos um teste com 21 itens²³ para analisar se os estudantes dos diferentes grupos (experimental e controlo) possuíam conhecimentos sobre família, avaliação de família e intervenções de enfermagem em famílias com um idoso dependente.

Uma outra variável incluída nesta investigação foi a *Dinâmica Familiar* cuja operacionalização se apresenta no quadro seguinte.

Quadro 8 - Variável dinâmica familiar

Dimensão	Componente	Indicador
Adaptação	Alta ---Baixa	Quase Nunca
	Caótica; Flexível; Estruturada; Rígida	Uma vez por outra
Coesão	Baixa----Alta	Algumas vezes
	Desmembrada; Separada; Unida; Emaranhada	Frequentemente
		Quase sempre

Esta variável foi definida tendo em conta o modelo circunplexo de Onson e seus colaboradores (1988). A dinâmica familiar pode ser avaliada através da coesão e adaptabilidade familiar. Por coesão consideram-se os laços emocionais que os membros

²³ A composição, organização deste instrumento foi apresentada num capítulo anterior.

da família estabelecem entre si e que resultam do equilíbrio dinâmico entre as necessidades de individualização/autonomia e as de afiliação/identificação. Por adaptabilidade familiar considera-se a capacidade que o sistema familiar tem para mudar a sua estrutura de poder e as regras de relação face a uma situação de stress.

No quadro seguinte apresentamos a operacionalização da variável *Ambiente Familiar*.

Quadro 9 - Variável ambiente familiar

Dimensão	Componente	Indicador
Relação	Coesão; Expressividade; Conflito	Discordo Sempre-----Concordo Sempre (1----- 6) 1
Crescimento pessoal	Independência; Orientação para o sucesso; orientação intelectual e cultural; Orientação activa-recreativa; Ênfase moral e religiosa.	2 3 4 5
Manutenção do sistema	Organização e controlo	6

Para a operacionalização desta variável orientámo-nos por trabalhos realizados por Gonçalves e Coimbra (2003). O ambiente familiar inclui o que está à volta das pessoas, relativo ao meio físico, social moral em que a família está inserida. O ambiente familiar foi entendido, nesta investigação, especificamente, numa perspectiva sistémica que ocorre no seio do sistema familiar e como o processo segundo o qual as dimensões de relação, crescimento pessoal e manutenção do sistema influenciam os comportamentos dos elementos que constituem o grupo familiar. O contacto e a proximidade que existe entre os vários membros da família permitem que os mesmos se mantenham próximos ao seu meio natural de existência. Esta convivência familiar promove a comunicação, interações e organização familiar, assim como, orienta para determinados valores a promover no seio do sistema familiar. Face a situações de estabilidade/mudança permitem o desenvolvimento e crescimento familiar.

Os *Papéis Familiares* foram outra variável que fez parte desta investigação. Nos mesmos moldes apresentamos a sua operacionalização.

Quadro 10 - Variável papéis familiares

Dimensão	Componente	Indicador
Provedor ou chefe de família	Poder de decisão; segurança da família; representante da família	Nunca Raramente Muitas Vezes Sempre Não se Aplica
Dona de casa	Limpeza da casa; cuidados com a roupa, confecção alimentação	
Cuidados externos à casa	Cuidados de jardinagem; manutenção do automóvel; actividades de bricolage	
Prestador de cuidados à criança	Cuidados com a alimentação, eliminação, e higiene da criança; realização de actividades de lazer e brincar	
Socializador	Relações extra familiares com amigos, vizinhos	
Sexual	Afectividade e comunicação positiva com o parceiro	
Terapeuta	Vigilância de saúde; regime terapêutico; prestação cuidados básicos; acompanhamento de familiares	
Organizador de actividades recreativas	Promoção actividades lúdicas; organização de fins semana/férias; convívio com diferentes membros da família	

Para a operacionalização desta variável orientámo-nos pelas diferentes dimensões que Hanson (2005) preconiza sobre papéis familiares. Os papéis correspondem a um conjunto de comportamentos, expectativas e deveres aplicados à pertença de um determinado indivíduo relativo a um grupo. Um papel é visto como um comportamento constante numa situação específica, desenvolve-se pela interacção entre os indivíduos e são influenciados por diferentes normas, crenças e valores onde o sistema família está inserido. Nesta investigação os papéis familiares foram entendidos como padrões estabelecidos de comportamentos pelos diferentes membros de uma família. Construímos e validámos uma escala para a avaliação deste construto (que será descrito num capítulo à posterior).

Tendo em conta a finalidade e os objectivos incluímos a variável sintomas psicológicos cuja dimensão, as componentes e os indicadores apresentamos no quadro seguinte.

Quadro 11 - Variável sintomas psicológicos

Dimensão	Componente	Indicador
Somatização	Sintomas físicos	Nada Pouco Moderadamente Bastante Muito
Obsessivo-Compulsivo	Alterações memória	
Sensibilidade Interpessoal	Sentimentos inferioridade/Tristeza	
Depressão	Sentimentos negativos	
Ansiedade	Alterações psicomotoras	
Hostilidade	Sinais de agressividade	
Ansiedade Fóbica	Sentimento de medo	
Ideação Paranoide	Sentimentos de perseguição	
Psicoticismo	Alteração sentimentos/afectos	

Esta variável foi operacionalizada apoiada no trabalho desenvolvido por Derogatis nos anos setenta (Derogatis, 2008). A manifestação de diferentes sintomas psicológicos pode ser desencadeada como resposta a uma crise accidental. Uma pessoa pode responder com sinais ou sintomas de componentes físicos e mentais. Esta sintomatologia pode ser desencadeada por diferentes etiologias devido à mudança brusca no estilo de vida e à exposição a um determinado ambiente.

A soma de respostas físicas e mentais da incapacidade de distinguir entre o real e as experiências e expectativas pessoais é interpretado como stresse.

Quando os sintomas de stresse persistem por um longo intervalo de tempo, os mecanismos de defesa passam a não responder de uma forma eficaz, aumentando assim a possibilidade de vir a ocorrer doenças físicas e psíquicas.

Definimos, ainda, um conjunto de variáveis relativas às famílias em estudo. Considerámos a *Tipologia da Família*, *Fase do Ciclo Vital da Família*, *Relações Intra familiares*, *Apoios Externos à Família* e *Relações da Família com o Exterior*.

No quadro 12 apresentamos a operacionalização da *Tipologia da Família*.

Quadro 12 - Variável tipologia da família

Dimensão	Componente	Indicador
Unipessoal	Um indivíduo	Sim Não
Nuclear	Pais e Filhos	
Três Gerações	Pais, filhos e netos	
Recasada	2º Casamento	

Para a operacionalização desta variável orientámo-nos por escritos de Martins (2002) e Hanson (2005). Cada família assume uma estrutura característica. Por estrutura entende-se a forma de organização ou disposição de um número de elementos que se inter-relacionam de maneira específica. Deste modo, a estrutura familiar compõe-se de um conjunto de pessoas com condições e em posições socialmente reconhecidas e com uma interacção regular e recorrente, também ela socialmente aprovada. A família tradicional pode, então, assumir uma estrutura *nuclear* ou *conjugal* que consiste num homem, numa mulher e nos seus filhos, biológicos ou adoptados, habitando num ambiente familiar comum. A estrutura da família, por diferentes fenómenos sociais, sofre alterações dando origem a outras tipologias. Para este estudo consideramos as descritas no quadro acima.

A família pode ser comparada a um organismo vivo. No quadro que se segue apresentamos a operacionalização da variável *Ciclo Vital da Família*.

Quadro 13 - Variável ciclo vital da família

Dimensão	Componente	Indicador
Nascimento da família	União de dois indivíduos	Sim Não
Filhos em idade pré-escolar	Pai, mãe e filhos com menos de 6 anos	
Filhos Adolescentes	Pai, mãe e filhos com 10-18 anos	
Filhos Adultos	Pai, mãe e filhos com mais de 18 anos	
Filhos Adultos idosos	Pai, mãe e filhos com mais de 65 anos	
Partida dos filhos	Idosos a viverem sozinhos	
Morte do cônjuge	Luto por morte do cônjuge	

Perspectivámos o ciclo vital da família como uma sequência previsível de transformações na organização familiar em função do cumprimento de determinadas etapas. Estas etapas estão relacionadas com as características individuais dos elementos que a compõe e com a pressão social para o desempenho adequado de tarefas essenciais à continuidade da família como sistema. Tendo em conta as características da sociedade actual e que iríamos trabalhar com famílias com idosos dependentes, esta variável foi operacionalizada seguindo orientações de estudos realizados por Relvas (2006); Martins (2002); Minuchin (1990); Duvall (1977). Esta abordagem é típica da caminhada que a família (Tradicional – nuclear) percorre desde que nasce até que morre.

Recorremos aos trabalhos desenvolvidos por Relvas (2006) para operacionalizar a variável *Relações Intra familiares*.

Quadro 14- Variável relações intra-familiares

Dimensão	Componente	Indicador
Fortes	Cônjuge Filhos Netos Filhos/Netos	Sim Não
Conflituosas	Cônjuge Filhos Netos	
Distantes	Filhos/Netos Cônjuge	
	Filhos Netos Filhos/Netos	

A autora sugere-nos que relações intrafamiliares são ligações emocionais, mais ou menos intensas, em que dois ou mais elementos se envolvem. É o relacionamento mútuo e a afeição. Numa família podem identificar-se relações conjugais, relações entre pais e filhos, irmãos e demais familiares, que podem caracterizar-se a nível de intensidade como fortes, conflituosas ou distantes.

A família pode, também, desenvolver relações fortes, distantes ou stressantes com os diferentes sistemas externos (Wright, Leahey; 2009). O quadro que se segue faz referência ao tipo de apoios externos e tipo de relações com esses diferentes sistemas.

Quadro 15 - Variável apoios externos à família

Dimensão	Componente	Indicador
Centro de Saúde Hospital Enfermeiro Farmacêutico Fisioterapeuta Igreja/Padre Vizinho Amigos Agentes de apoio ao domicílio	Fortes Distantes Stressantes	Sim Não

Considerámos apoios externos à família os relacionamentos da família com outros sistemas do ambiente onde a família está inserida. Este apoio pode ser formal ou informal, individual ou de grupo nas actividades instrumentais ou apoio expressivo.

Pelo descrito até aqui, muitas foram as variáveis ponderadas para este estudo, umas definidas à priori outras à posterior da colheita de informação. O desenvolvimento e operacionalização das mesmas tiveram por base a teoria sistémica da família e alguns indicadores de instrumentos tais como FACES III (Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar de Olson, 1986); EAF (Escala de Ambiente Familiar de Gonçalves, Coimbra, 2003); BSI (Brief Symptom Inventory de Derogatis, Spencer, 1997); EAPF (Escala Avaliação de Papéis Familiares de Araújo, Martins e Paúl, 2010 no prelo). Concepções relacionadas com família, trabalhas por Martins (2002), Hanson (2005), (Wright, Leahey; 2009) e Relvas (2006).

Por último, definimos um conjunto de variáveis sociodemográficas para caracterizar os nossos diferentes participantes nas distintas fases desta investigação. Podemos observar, no quadro seguinte, a operacionalização dessas variáveis.

Quadro 16 - Variáveis sociodemográficas dos participantes

Participante	Dimensão	Componente	Indicador
Comum a todos participantes	Sexo	Feminino; Masculino	Sim; Não
	Idade	Anos de vida	Numerário
	Estado Civil	Solteiro; Casado/união de facto; Divorciado/Separado; Viúvo	Sim, Não
Estudantes	Formação académica	12º Ano Outra Formação	Sim Não
Elementos da família	Habilitações Literárias	Sem escolaridade; 1º Ciclo; 2º Ciclo; 3º Ciclo; Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento	Sim Não
	Grau de parentesco com idoso	Pai/Mãe; Filho/Filha; Marido/Esposa; Tio/Tia; Nora/Genro; Neto/Neta; Sobrinho(a); Outro; Sem parentesco	
	Profissão	Membros das forças armadas; Trabalhadores não qualificados; Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem; operários, artífices e trabalhadores similares; Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca; pessoal dos serviços de vendedores; Pessoal administrativo e similares; Técnicos e profissionais de nível intermédio; Especialistas das profissões intelectuais e científicas; Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas. Estudante Desempregado Reformado	
Idoso	Grau de dependência	Independente mas necessita de assistência mínima; dependente ou gravemente dependente	Sim Não
	Etiologia da dependência ²	Tumores Doenças endócrinas Transtornos mentais e comportamentais Doenças do sistema nervoso Doenças do sistema circulatório Doenças do aparelho digestivo Doenças do sistema osteomuscular Lesões, envenenamentos, e outras consequências de causas externas	
	Tempo de dependência	Anos ocorridos após a dependência	

Seleccionámos variáveis sociodemográficas comuns para os diferentes participantes como: sexo, idade, estado civil.

Para os diferentes elementos da família do idoso dependente considerámos também o nível de instrução, grau de parentesco com o idoso e profissão. A profissão foi operacionalizada tendo em conta a classificação nacional das profissões (CNP-94) e adicionámos a nomenclatura de estudante, reformado e desempregado.

Para caracterizar o idoso dependente, avaliámos o grau de dependência, etiologia da dependência e tempo de dependência. Para a operacionalização destas variáveis tivemos em contas os graus de dependência obtidos pela aplicação do Índice de Barthel e os grupos de Classificação Internacional de Diagnósticos Homogêneos²⁴, recorrendo apenas a oito grupos tendo em conta o diagnóstico médico que originou a dependência do idoso.

5.6 – PROTOCOLO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

O protocolo de colheita de informação foi o instrumento utilizado pelo investigador para recolher a informação válida e pertinente à realização da investigação. Tendo em conta os objectivos do estudo, bem como o campo em que ele se iria desenvolver, os seus actores participantes e metodologias utilizadas, procurámos construir e utilizar para a sua consecução instrumentos de recolha de informação que nos pareceram mais indicados e adequados a cada fase da investigação.

Neste sentido, para a primeira fase da investigação, pareceu-nos útil recorrer à pesquisa bibliográfica, à análise do conteúdo dos diferentes programas das unidades curriculares da Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem do Norte do país²⁵.

Na segunda fase do estudo, para avaliar a influência da variável independente, recorreremos a um protocolo de colheita de informação, instrumento com uma configuração semelhante a um questionário. Sendo este *“um instrumento de medida que traduz os objectos de um estudo com variáveis mensuráveis.”* (Fortin, 2003:249), permite *“colher informação junto dos participantes relativos aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes”* (Fortin, 2003:245).

O protocolo de colheita de informação, a ser aplicado antes e depois das intervenções dos estudantes, foi construído especificamente para esta investigação. Está dividido em três partes distintas a que lhe atribuímos componente **A**, **B** e **C** (anexo, III).

Com a parte **A** reservámos espaço para a construção do genograma e ecomapa referente à família em estudo.

²⁴ Com base na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CDI10), em vigor em Portugal desde 2002

²⁵ Trabalho apresentado no capítulo 3 desta tese.

O *genograma* é um instrumento simplificado de avaliação familiar que descreve a estrutura e composição familiar. Utiliza siglas representadas em diagramas assinalando: tipo de união matrimonial, número de descendentes por consanguinidade ou adopção, número de uniões matrimoniais, separações ou divórcios, presença de gestações, membros de convivência, vínculos familiares, idade, profissão, doenças dos membros de convivência debaixo do mesmo tecto (Reina, Chavarro, 2004; Hanson, 2005). É um formato para um desenho de uma árvore genealógica. Constitui uma fonte rica de informação para avaliar e planear estratégias de intervenção numa família. Proporciona uma visão geral e rápida da complexidade e singularidade da família. Utiliza-se para identificar a tipologia da família, fase do ciclo vital, que serve para determinar o tipo de acções de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento a aplicar à singularidade da família.

O *ecomapa* é uma representação visual da unidade familiar em relação com a comunidade que a rodeia. Descreve a comunicação da família com o meio ambiente próximo (escola, centro saúde, igreja, trabalho, amigos...). O objectivo principal do ecomapa é representar os apoios, relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Desta forma, permite compreender a rede social extrafamiliar. É um instrumento que permite organizar uma grande quantidade de informação que pode ser usada para estabelecer objectivos com indivíduos, famílias e organizações de uma comunidade (Reina, Chavarro, 2004; Hanson, 2005).

O genograma e o ecomapa têm sido utilizados em diferentes estudos, tendo-se evidenciado como instrumentos eficazes e oportunos na avaliação das famílias (Mello, Vieira, Simpionato, Biasoli-alves, Nascimento, 2005; Hanson, 2005; Queiroz, 2007; Wright, Leahey, 2009).

A componente **B** do protocolo permitiu-nos caracterizar o “idoso dependente” com base nas seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, etiologia da dependência e tempo da dependência. O grau de dependência do idoso foi obtido pela aplicação do Índice de Barthel (Barthel, 1989).

Ao englobar os elementos do agregado familiar do idoso dependente, tivemos necessidade de organizar a recolha de informação proveniente desses actores. Assim, a parte **C** do protocolo destinou-se aos familiares do idoso. Foi organizado por diferentes escalas: FACES III, EAF, BSI e EAPF.

Recorremos ao *Índice de Barthel* (1989) porque mede a independência funcional e a morbilidade da pessoa com patologia crónica, indicando se esta necessita de cuidados ou não, e pretende avaliar se a pessoa é capaz de desempenhar determinadas tarefas

independentemente. A escala é constituída por 10 itens: alimentação, banho, asseio pessoal, vestir-se, controlo vesical e intestinal, movimentação, transferência cadeira/cama, mobilidade e subir escadas. A sua pontuação pode variar de 0-100 pontos, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 leve dependência e 100 independência.

Optámos por este instrumento porque no contexto clínico onde se realizou a investigação usam-no na avaliação dos idosos e, também, porque continua a ser utilizado na comunidade científica (Martins, 2002; Goldrick, Gerson, 2003; Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto, 2007; Lobo, Pereira, 2007; Lage, 2007; Domingues, 2009; Gomes, 2009).

Num estudo de revisão de instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso Paixão e Reichenheim (2005) confirmaram que o Índice de Barthel possui resultados de fidelidade e validade consistentes. Mais recentemente, Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), num grupo de idosos não institucionalizados, em Portugal, avaliaram as propriedades psicométricas do instrumento, o que revelou efectivamente um nível de fidelidade elevado, *alfa de Cronbach* de 0,96; apresentando itens da escala correlações com a escala total entre $r=0,66$ e $r=0,93$, pelo que se considera uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de forma objectiva, nos serviços de saúde, concretamente no contexto domiciliário.

Optámos pelo *FACES III* a fim de dispor de índices mais pormenorizados do funcionamento familiar, nomeadamente em duas áreas importantes para a nossa investigação: a coesão e a adaptabilidade familiar. Olson e colaboradores desenvolveram um modelo de avaliação familiar que procurou integrar a teoria e a investigação sistémica e a prática clínica com famílias.

O modelo circunflexo, como é conhecido, utiliza duas dimensões de base – a coesão e a adaptabilidade – e uma terceira, considerada menos central, que é a comunicação. As duas primeiras relacionam-se de forma convicta com o funcionamento familiar, o que remete para os extremos as famílias onde há muita ou pouca coesão ou adaptabilidade, por isso mesmo, consideradas como mais perturbadas. A comunicação foi considerada como tendo uma relação linear com o funcionamento familiar, pelo que quanto mais elevado for o nível de comunicação melhor será o funcionamento familiar e vice-versa.

Por coesão familiar os autores consideram os laços emocionais que os membros da família têm entre si e que resultam do equilíbrio dinâmico entre as necessidades de individualização/autonomia e as de afiliação/identificação (Olson *et al*, 1983 cit in Olson, 1988).

A família funcional, ao nível da coesão, será então aquela em que cada pessoa é simultaneamente autónoma e íntima em relação aos restantes elementos. O modelo circumplexo distingue quatro níveis de coesão familiar: desmembrada (extremamente baixa), separada (baixa), ligada (níveis equilibrados) e emaranhada (extremamente elevada).

Por *adaptabilidade* familiar os autores consideram a capacidade que o sistema familiar ou conjugal tem para mudar a sua estrutura de poder e as regras de relação face a um stress natural (relativo ao ciclo vital) ou accidental. Por outras palavras, encaram como uma habilidade que a família usa para mudar a sua estrutura, papéis e regras familiares em resposta a uma situação de stress (Olson et al, 1983 cit in Olson, 1988). Esta dimensão tenta averiguar o equilíbrio entre homeostase e morfogénese. Para descrever, diagnosticar e inserir famílias nesta dimensão, vários conceitos têm que ser tidos em consideração como, por exemplo, o poder familiar, estilos de negociação, papéis e regras familiares.

O modelo diferencia quatro tipos de adaptabilidade familiar: rígida (extremamente baixa), estruturada (baixa), flexível (níveis equilibrados), caótica (extremamente elevada). À semelhança do que acontece com a coesão, os tipos extremos são indiciadores, a longo prazo, de patologia ou disfuncionamento. A família é considerada como funcional se tiver flexibilidade para mudar. A importância de uma potencial mudança recebe uma mínima atenção, visto que os sistemas precisam igualmente de estabilidade e mudança, sendo a habilidade para mudar, quando apropriada, o que distingue as famílias funcionais das disfuncionais (Olson, 1988).

A escala FACES III é composta por 20 perguntas. As 10 perguntas de número ímpar dizem respeito à coesão familiar, à capacidade da família em manter-se unida frente às vicissitudes do dia-a-dia. As 10 perguntas pares referem-se à adaptabilidade familiar, ou seja, à capacidade dos membros da família de modificar papéis e regras de funcionamento para adequá-los à tarefa ou ao funcionamento a enfrentar.

Em síntese, a saúde familiar encontra-se no centro do modelo circumplexo, ainda que não de forma rígida. Com efeito, as famílias evoluem ao longo do ciclo vital, sendo mais ligadas - estruturadas aquando do nascimento do primeiro filho e mais separadas - flexíveis aquando da adolescência e saída dos filhos de casa. Por essa razão, é importante não perder de vista esta dimensão desenvolvimental no momento da apreciação dos resultados obtidos pelo modelo. A individualidade de cada família também não pode ser descurada já que há certos grupos religiosos, étnicos ou até regionais e comunitários para quem a coesão é culturalmente muito forte, o que os pode remeter para níveis *à priori*

considerados como menos funcionais. O objectivo deste instrumento é obter respostas de todos os membros da família, para que estejam representadas, no resultado, as várias percepções do funcionamento da família.

A FACES III é, então, um questionário individual, de autoavaliação do funcionamento familiar (ou de casal), que pode ser respondido por crianças a partir dos 12 anos de idade e por adultos mesmo com baixo nível de escolaridade. De acordo com os seus autores, tem uma boa consistência interna (coesão $r=.77$; adaptabilidade $r=.62$) e uma boa validade externa, de conteúdo e concorrente. A correlação entre as duas dimensões é insignificante ($r=.03$), o que mostra a sua independência. Com a aceitabilidade social a coesão tem uma correlação de .39 e a adaptabilidade tem uma correlação nula (Martins, 2002).

Assim, pelo supracitado, optámos pela FACES III, e também porque a maior parte dos estudos nacionais e internacionais têm sido realizados com a FACES III, o que nos permite, ainda que com todas as restrições de amostragem, fazer algumas análises comparativas (Kuehl, Schumm, Russell, Jurich, 1988; Curral, Dourado, Torres, Barros, Pilha, Almeida, 1999; Falceto, Busnello, Bozzetti, 2000; Olson, 2000; Martins, 2002; Olson, Goral, 2003; Vandvick, Eckblad, 2004).

Utilizamos *Brief Symptom Inventory - BSI* (Derogatis, Spencer, 1997) porque permite identificar clinicamente sintomas psicológicos em adolescentes e adultos. Este inventário é uma forma reduzida do SCL-90, mas avalia as mesmas dimensões. É constituído por 53 itens que abrangem 9 dimensões, consideradas como sintomas primários e 3 dimensões com referência a “índices globais”. As 9 dimensões implicam alguns termos clínicos tais como: *somatização*, *obsessivo-compulsivo*, *sensibilidade interpessoal*, *depressão*, *ansiedade*, *hostilidade*, *fobia*, *ideação paranóide* e *psicoticismo*. Por outro lado, os índices gerais reflectem os aspectos distintos das desordens psicológicas. Estes índices são denominados por: índice global de severidade (GSI); índice de stresse (PsDI) e índice total. De uma forma sumária, apresentamos a descrição das diferentes dimensões que compõe a escala:

A dimensão *Somatização* está relacionada com a disfunção corporal, donde sobressaem as complicações do foro cardiovascular, gastrointestinal e respiratório, dos quais a dor, desconforto muscular e ansiedade fazem parte dos múltiplos sinais e sintomas traduzidos por doenças físicas;

Obsessivo-Compulsivo: esta dimensão foca essencialmente as atitudes e acções que o indivíduo não consegue controlar; no entanto, para além destas atitudes, surgem

também as alterações no comportamento e experiências, com consequente défice cognitivo que também poderá ser avaliado nesta dimensão;

Sensibilidade Interpessoal está relacionada com sentimentos de inferioridade, essencialmente na comparação com os outros, assinalados pelo desconforto durante a interacção com os outros. Os elevados níveis nesta dimensão revelam dificuldades de comunicação, bem como de relação;

Depressão: esta dimensão revela os critérios clínicos onde estão incluídos os sinais de humor disfórico, desmotivação, ideação suicida, bem como outras áreas que abrangem os aspectos somáticos e cognitivos da depressão;

Ansiedade é constituída por sinais e sintomas cuja associação clínica é revelada através de elevados níveis de ansiedade. Os critérios são o stresse e a tensão, bem como o prejuízo nas componentes cognitivas e de expressão somática;

Hostilidade: os itens desta dimensão envolvem as características, sentimentos e atitudes como a agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento;

Ansiedade Fóbica é definida como um medo persistente face a um objecto, local, situação ou pessoa específica, caracterizada por comportamentos desproporcionais, aliados muitas das vezes à fuga. Para além destas definições, temos também os critérios cuja descrição foca a fobia e medo persistente do indivíduo doente;

Ideação Paranóide: as características que envolvem esta dimensão acentuam a projecção, hostilidade, grandiosidade e medo da perda de autonomia;

Psicoticismo: aqui são considerados os itens indicativos de atitudes de isolamento, personalidade esquizóide, definindo também alguns sintomas da esquizofrenia. Esta dimensão pretende considerar os itens que avaliam as psicoses.

Os autores desta escala relatam boa consistência interna e confiabilidade para as 9 dimensões que vão de 0,71 sobre psicoticismo 0,85 sobre a depressão. Derogatis (1993) referencia que estudos independentes realizados por outros autores como Croog et al. (1986) e Aroian, Patsdaughter (1989) confirmam a validade da escala, relatam confiabilidade no teste-reteste para as diferentes dimensões, variando de 0.68 (somatização) a 0,91 (ansiedade fóbica) e para os 3 índices globais de 0.87 (PSDI) para 0,90 (GSI).

Decidimos incluir esta escala na nossa investigação porque são vários os estudos que nos referem que os cuidadores de idosos dependentes apresentam diferentes sintomas psicológicos reportando-se a níveis elevados de stresse e depressão (Brito, 2002; Figueiredo, Sousa, 2002; Martins, Ribeiro, Garrett, 2003; Floriani, 2004; Silveira, Caldas, Carneiro, 2006; Crespo, 2007; Sequeira, 2007; Simonetti, Ferreira, 2008; Martins,

Thofehrn, Amestoy, Assunção, Meincke, 2008). Assim, tivemos curiosidade em saber se estes sintomas são manifestados pelos diferentes elementos da família onde o idoso dependente está inserido.

Elegemos a *Escala do Ambiente Familiar* (EAF) porque é um instrumento de realização individual que procura medir as percepções das dimensões do contexto psicossocial de todos os tipos de famílias. Segundo Moos e Moos (1986), a Escala do Ambiente Familiar pode ser utilizada para descrever e comparar percepções dos pais e dos filhos quanto ao contexto familiar e avaliar o ambiente actual e o esperado, em ordem a possíveis interacções familiares. Esta escala foi validada para a população portuguesa por Gonçalves e Coimbra (2003).

Quanto à consistência interna das diferentes sub-escalas, os valores obtidos relativamente ao *alfa* de Cronbach oscilaram entre 0.81 (sub-escala coesão) e 0.25 (sub-escala de independência), embora quatro sub-escalas (expressividade, independência, orientação para o sucesso e orientação intelectual) tenham valores *alfa* inferiores a 0.60. Saliente-se que, globalmente, estes resultados de consistência interna são semelhantes aos encontrados por Moos e Moos (1986).

Uma outra razão de seleccionarmos esta escala para o nosso estudo é que a mesma não se limita a descrever fenómenos que ocorrem ao nível da família, mas permite a análise sistémica que ocorre no seio do sistema familiar e com o processo segundo o qual estas influenciam os comportamentos dos elementos que constituem o sistema, ou seja, tem subjacente uma perspectiva sistémica da família.

O modelo conceptual que está subjacente à construção desta escala é coerente, lógico e consistente, porque operacionaliza as dimensões do ambiente familiar em dez sub-escalas que vai agrupar em três escalas, representando, cada uma delas, os três elementos fundamentais do microsistema de Bronfenbrenner: relação, actividades e papéis. O elemento *relação* é avaliado pelas sub-escalas: coesão, expressividade e conflito; o elemento *actividades* é avaliado pelas sub-escalas de independência, orientação para o sucesso, orientação intelectual-cultural, ênfase moral-religiosa e orientação para actividades recreativas; o elemento *papéis* é medido pelas sub-escalas de organização e controle. Por isso, esta escala permite a compreensão, num contexto ecológico, de como as interacções das dinâmicas familiares podem interferir no funcionamento de cada um dos seus membros.

Como nos refere Gonçalves (1997), as diferentes dimensões desta escala podem ser analisadas numa perspectiva sistémica da família. Assim, a *dimensão da relação*

refere-se aos laços emocionais/afectivos que mantêm a unidade do sistema que emergem das interações ao longo da vida comum, contribuindo para a construção da identidade familiar. Deste modo, a família constrói-se numa realidade dinâmica em que se edifica na e pela comunicação, através de um sistema de relações definidas pelos membros que a constituem (Jorgenson, 1996). Esta dimensão da relação é constituída por três subdimensões: a) *coesão*, b) *expressividade*, c) *conflito*.

a) *Coesão* refere-se ao grau de compromisso, ajuda e apoio que os diferentes membros da família providenciam uns aos outros. Na perspectiva sistémica, a coesão da família refere-se aos vínculos fortes, emocionalmente construídos, entre os membros do sistema, para viabilizar a unidade da família e, simultaneamente, para possibilitar a unicidade de cada membro que compõe o sistema. Assim, os principais conceitos identificados na dimensão da coesão são a ligação emocional, o apoio, as fronteiras, as alianças e coligações, a partilha de tempo e de espaço, os amigos, os interesses e os tempos livres. Pelos estudos de Minuchin, (1974) níveis elevados de coesão podem levar à aglutinação, caracterizada pelo predomínio do todo familiar sobre a autonomia individual, não facilitando a diferenciação dos vários elementos do sistema. Mas uma ausência de coesão pode levar à degradação familiar, onde podem ocorrer níveis de negligência, ausência de permutas emocionais, vivendo cada membro da família afastado do todo familiar, pondo em causa a viabilização do sistema.

b) *Expressividade* exterioriza até que ponto os membros da família são encorajados a agir abertamente e a expressar directamente os seus sentimentos. A abordagem sistémica da família dá uma importância fundamental à dimensão da expressividade, como forma mais profunda e estruturadora da comunicação familiar. Salienta a importância da comunicação analógica que valoriza as dimensões semânticas de construção de significado, ou seja, trocas emocionais num contexto securizante de apoio e autonomia, demarcando-se da fusão emocional. Na expressão de alguns autores, a qualidade de vida das famílias é sobretudo traduzida pela qualidade das experiências emergentes nas relações interpessoais, baseadas na solidariedade emocional e nas expectativas mútuas de reciprocidade e interajuda (Jorgenson, 1996).

c) O *conflito* refere-se a zangas, agressões, que são expressos abertamente entre os membros da família. Nesta escala, o conceito de conflito está próximo da comunicação disfuncional do sistema familiar. Nestas famílias predominam formas de comunicação marcadas pela agressividade, ambivalência (*double-bind*), pela ausência de regras de funcionamento, onde a comunicação vertical predomina e absorve a que é marcada pela

horizontalidade e pela negociação interpessoal. Estas famílias tendem para a desagregação, uma vez que os elementos que a compõem não cultivam o ingrediente fundamental do seu desenvolvimento, a partilha das suas experiências de vida, pois é através dos laços emocionais que a família se poderá desenvolver como um todo sistémico, construindo os seus próprios limites e partilhando regras, afectos, papéis, valores, rituais, expectativas, segredos (Gonçalves, 1997).

Na dimensão do *crescimento pessoal* a família é conceptualizada como um sistema aberto, contribui para o desenvolvimento integral de cada um dos seus membros. O desenvolvimento processa-se ao longo do ciclo vital da família, como um todo, integra e lida adequada e flexivelmente com as várias tarefas desenvolvimentais dos vários elementos que a constituem. Deste modo, a família, enquanto espaço de crescimento, terá de resolver com sucesso duas tarefas indispensáveis: um sentimento de pertença ao grupo (identidade familiar) e, simultaneamente, a individualização/autonomização de cada um dos membros.

A dimensão do crescimento pessoal é operacionalizada em cinco subdimensões: a) Independência, b) Orientação para o sucesso, c) Orientação intelectual e cultural, d) Orientação activa-recreativa, e) Ênfase moral e religiosa. Nesta perspectiva, os rituais familiares, pelo seu carácter repetitivo, pela energia que comportam e pelos significados que lhe são atribuídos são indispensáveis para o desenvolvimento do sentido de pertença e de construção da identidade familiar.

A dimensão de manutenção do sistema refere-se ao *continuum* que se estabelece no interior do sistema familiar, entre a tendência à homeostase e à mudança, ou seja, a capacidade que o sistema tem em alterar o poder, os papéis, o estilo de negociação, as regras relacionais, em resposta a acontecimentos e transições, internas e externas, mantendo a sua identidade. Refere-se à forma como o sistema se auto-regula enquanto sistema aberto. A dinâmica de estabilidade/mudança permite o desenvolvimento do sistema familiar. Esta dimensão da manutenção é constituída por duas subdimensões: a) Organização, que se refere ao grau de importância de uma organização e estrutura. A organização tem a ver com a estrutura da família, em termos de limites, papéis, poderes, actividades, formas de negociação, regras de comunicação. A estrutura é funcional quando permite que os seus membros desempenhem autonomamente as suas funções sem interferências indevidas, mas facilitando a comunicação; b) Controlo tem a ver com o nível de hierarquização do sistema familiar, com a definição de papéis nos diferentes subsistemas familiares, com partilha de poderes e com a negociação entre os vários elementos da família para regular as transformações e actividades no interior do sistema e na sua abertura ao exterior.

Pelo descrito julgamos que a informação fornecida por esta escala poderia ser uma mais-valia no complemento da escala de FACES III e da escala de distribuição de papéis familiares. Tem sido uma das escalas muito utilizadas para avaliar o sistema familiar e nas intervenções de terapia familiar (Fuster, Musitu, 1991; Olivier, Handal, Enos, May, 1988; Whiston, 1996; Young, 1994).

A Escala de Avaliação de Papéis Familiares (EAPF) foi construída no contexto deste estudo. Após revisão da bibliografia, tomámos conhecimento de que não existiam instrumentos de avaliação de papéis familiares. Assim, a (EAPF) foi construída com base numa revisão bibliográfica e entrevistas com famílias. Para a definição das dimensões considerámos as orientações de Hanson (2005) e para a selecção dos itens a integrar na escala foram utilizadas metodologias qualitativas com recurso a análise de conteúdo de entrevistas a famílias, análise documental e “reflexão falada”²⁶.

Para determinar as características psicométricas do (EAPF), utilizámos análise de Componentes Principais com rotação ortogonal Varimax. Obtivemos $KMO = 0,916$; $\chi^2 = 35065,895$ e 2278 grau de liberdade. A consistência interna foi avaliada através do coeficiente *alpha* de Cronbach, a consistência interna da escala global foi de *alpha* = 0,894.

Para avaliar estes papéis, incluímos 8 subescalas: Provedor ou chefe de família (6 Itens); Dona de casa (11 Itens); Prestador de Cuidados à Criança (14 Itens); Socializador (4 Itens); Sexual (6 Itens); Terapeuta (11 Itens); Organizador de Actividades Recreativas (14 Itens); Cuidados externos à casa (3 Itens). Estruturalmente, trata-se de um instrumento de autopreenchimento constituído por 69 itens.

Assim, dado o papel central dos familiares na prestação de cuidados informais ao idoso dependente em contexto familiar, é de extrema importância avaliar de forma padronizada a distribuição dos papéis familiares. Estamos convencidos de que após esta avaliação podemos intervir na (re)organização familiar no sentido de evitar potencial sobrecarga de alguns elementos da família.

Após apresentação do protocolo geral de colheita de dados que foi aplicado às famílias e aos diferentes elementos do agregado familiar, salientamos que os estudantes do grupo controlo e do grupo experimental tiveram formação para aplicarem o instrumento no sentido de não influenciar as respostas dos participantes e tornar a colheita de informação o mais homogénea possível.

²⁶ Explicação da construção e validação do instrumento foi descrita no capítulo anterior desta tese.

Depois de abordarmos o tipo de estudo, os objectivos, as questões orientadoras, o desenho da investigação, as variáveis e o protocolo de colheita de dados passamos a descrever de forma detalhada o nosso percurso como participante na investigação.

5.7 - PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO

Cabe aqui expor a forma e os meios que foram utilizados para o desenvolvimento do programa, implementação do mesmo, intervenção nas famílias e a recolha dos dados empíricos ao longo de todo este percurso.

Reverendo as diferentes formas de produzir conhecimento, optámos por seleccionar, como já referimos, metodologias qualitativas e quantitativas para dar resposta à nossa inquietação.

Assim, a primeira fase desta investigação a que se reportou à concepção e implementação do programa de desenvolvimento de competências em estudantes da Licenciatura em Enfermagem, seleccionámos uma Escola Superior de Saúde, do Norte de Portugal, onde funciona o curso²⁷.

Iniciámo-lo com a revisão da literatura sobre a temática e consultámos peritos na área da Enfermagem de Família. Durante o mês de Janeiro e Fevereiro de 2007, realizámos a análise documental dos diferentes programas das unidades curriculares do Plano de Estudos da Licenciatura em Enfermagem, em vigor na Instituição supracitada.

Posteriormente, após identificação dos conteúdos ministrados e identificação das lacunas na formação para este tipo de intervenção, contámos com a colaboração de diferentes profissionais de saúde para a construção e implementação do programa tendo em conta as suas diferentes áreas de formação.

Ainda nesta fase, formamos o grupo controlo e o grupo experimental. Fizemos o convite a todos os estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem, para participar no projecto. Depois de informados dos objectivos e da necessidade de formação extracurricular o grupo controlo ficou com 42 elementos e o grupo experimental com 55. Na formação dos dois grupos tivemos em conta como aceder aos participantes no sentido de não influenciar a sua opção. A formação dos grupos não deve colocar em causa a significância dos resultados (Almeida, Freire, 2007). Desta forma, a constituição dos grupos foi desprovida de efeitos de enviesamentos. Os estudantes distribuíram-se aleatoriamente

²⁷ O desenvolvimento deste trabalho foi apresentado no capítulo 3 desta tese.

segundo as suas características intelectuais, motivacionais ou de personalidade, para que essas variáveis tenham menos interferência nos resultados finais. No início do ano lectivo 2007/2008 foi rectificada a composição do grupo experimental e do grupo controlo, houve a desistência de um estudante que pertencia ao grupo experimental (desistiu do curso) e a reprovação de outro que estava incluído no grupo controlo. Assim, o grupo experimental ficou com 41 estudantes e o grupo controlo com 54 estudantes.

Formados os diferentes grupos, passámos para a implementação do programa de formação. A figura 5 ilustra o nosso percurso desde a organização dos diferentes grupos até à fase final da investigação.

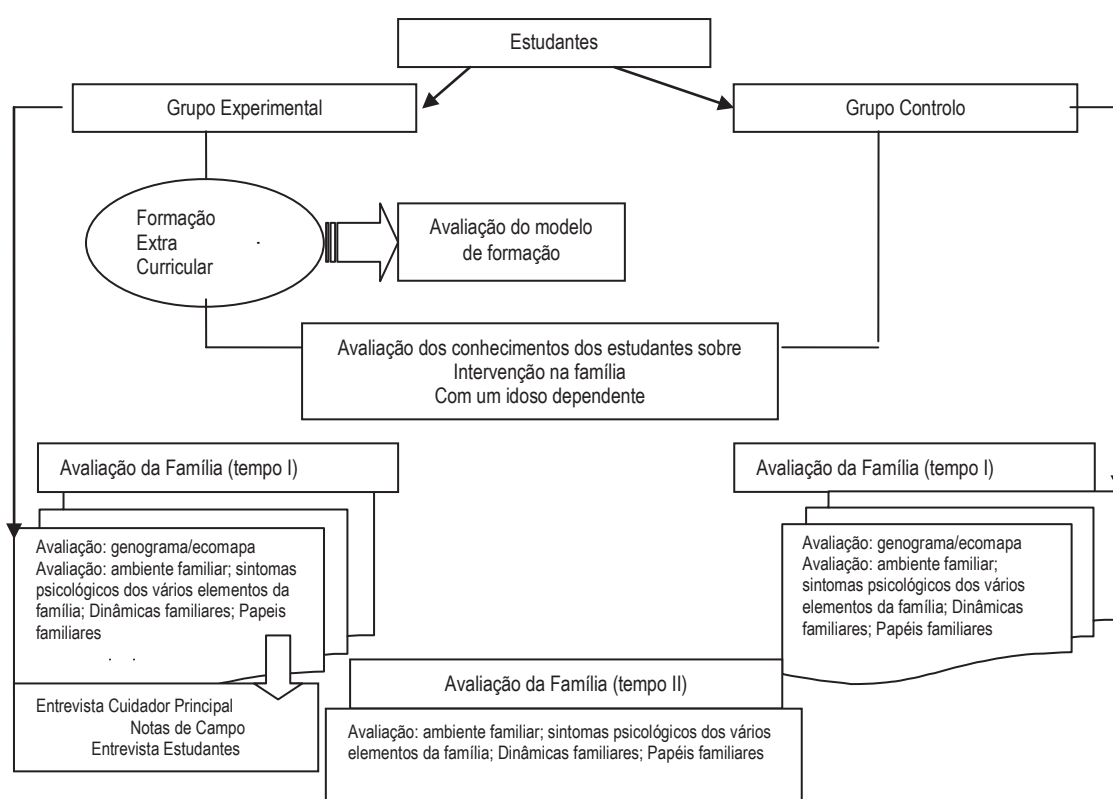


Figura 5 - Percurso da investigação fase experimental

A formação extracurricular decorreu de Maio a Outubro de 2007, nas instalações da referida Escola Superior de Saúde. Foi elaborado um cronograma flexível para não coincidir com momentos de aulas ou avaliações. Durante os momentos de formação foram elaboradas notas de campo e, no final da formação, foi distribuído a todos os estudantes do grupo experimental um questionário para apreciação do conteúdo e estratégias pedagógicas do programa.

Em Outubro de 2007, aquando do término da componente teórica do curso de Licenciatura em Enfermagem, o investigador implementou um questionário de avaliação de conhecimentos a todos os estudantes (grupo experimental e ao grupo controlo) para aferir os conhecimentos sobre avaliação e intervenção de enfermagem em famílias com idoso dependente. Os momentos em que decorrem as medidas das variáveis ou a manipulação da variável independente são decisivos nos resultados obtidos. Esta avaliação foi efectuada antes de os estudantes irem para contexto real de trabalho, antes de contactarem com as famílias, para melhor controlar a nossa variável independente.

O quadro que se segue resume todo este percurso, dando ênfase às actividades mais relevantes desta fase.

Quadro 17 - Síntese do percurso da 1ª fase da investigação.

Actividades		Data	Contexto
1ª Fase	CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA		Escola Superior de Saúde do Norte
	Autorização das instituições envolvidas	Janeiro 2007	
	Pesquisa bibliográfica e contacto com peritos	Desde Janeiro 2007	
	Análise dos programas das diferentes unidades curriculares da Licenciatura em Enfermagem	Janeiro 2007/Fevereiro 2007	
	Construção do programa	Fevereiro 2007/Julho 2007	
	Organização grupo experimental e grupo controlo	Janeiro - Abril 2007	
		Mai 2007/Outubro 2007	
	IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA		
	- Notas de Campo dos momentos de formação	Outubro 2007	
	Avaliação conteúdo e estratégias do programa		
	Aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre intervenção em famílias com um idoso dependente (estudantes do grupo controlo e do grupo experimental)	Outubro 2007	

Para a segunda fase da nossa investigação, elegemos famílias com um idoso dependente em contexto familiar de um concelho do Norte de Portugal. Após a autorização da Administração Regional de Saúde do Norte para a implementação do projecto, reunimos com a coordenadora do Centro de Saúde para lhe dar a conhecer o projecto, a sua finalidade, objectivos, assim como protocolo de colheita de informação a utilizar. Nesse mesmo momento, solicitámos a necessidade da colaboração dos enfermeiros das diferentes extensões do Centro de Saúde e das Unidades de Saúde Familiar, que iriam assumir a função de auxiliar pedagógico durante o ensino clínico: área de saúde comunitária dos estudantes do 4º ano da no ano lectivo 2007/2008, para seleccionar duas famílias para cada estudante. Definimos como critérios de inclusão:

- Famílias com um idoso, pessoa com idade igual ou superior a 65 anos de idade;
- O idoso ser dependente em pelo menos um autocuidado;
- O idoso estar dependente há um ano ou mais;
- Ter apoio domiciliário do Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar.

Assim, seleccionamos uma amostra intencional porque se recorreu a um conhecimento prévio das características dos participantes²⁸. Para calcular o tamanho da amostra, tivemos em consideração o objectivo do estudo, o fenómeno em estudo e o tipo de dados a recolher. Ponderámos ainda a possibilidade de perda de participantes ao longo do tempo. É importante referir que, em termos práticos, em qualquer investigação de cariz experimental ou quase experimental importa que os resultados sejam atribuídos às condições experimentais e não a condicionamentos das amostras ou grupos utilizados (Freire; Almeida, 2007).

Precedentemente ao ensino clínico reunimo-nos com os enfermeiros dos diferentes serviços e com todos os estudantes para relembrar os objectivos e a finalidade do estudo, critérios de inclusão das famílias, normas para implementação do questionário e esclarecimentos de dúvidas. Esta 2ª fase resume-se no quadro que se segue.

Quadro 18 - Síntese do percurso da 2ª fase da investigação

Actividades		Data	Contexto
2ª Fase	PREPARAÇÃO INTERVENÇÃO NAS FAMÍLIAS	Outubro 2007	Famílias com um idoso dependente em contexto domiciliário
	Reunião com enfermeiros dos diferentes Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar	Outubro 2007/Abril 2008	
	Identificação das famílias		
	INTERVENÇÃO NAS FAMÍLIAS		
	Apresentação às famílias	Outubro 2007/Abril 2008	
	Início de colheita de dados		
	- aplicação protocolo colheita de dados (avaliação tempo I)	Outubro 2007/Junho 2008	
	Intervenção nas famílias		
	- entrevista ao cuidado principal		
	- notas de campo das visitas domiciliárias	Junho 2008	
	Fim colheita de dados (avaliação tempo II)	Julho 2008	
	- Entrevista aos estudantes do grupo experimental		

²⁸ O conhecimento que o pesquisador tem da população e seus elementos é usado para seleccionar bem os casos a serem incluídos na amostra (Lobiondo-Wood, 2001:144).

Depois da descrição dos procedimentos formais que tivemos com os profissionais das unidades de saúde, passámos a narrar a preparação e implementação das visitas às famílias.

Nas diferentes Unidades de Saúde, os enfermeiros, com a responsabilidade de auxiliar pedagógico, identificaram as famílias que poderiam ser incluídas no estudo e distribuíram-nas aos estudantes. Forneceram informação disponível sobre as famílias e permitiram o acesso à informação do processo clínico das mesmas antes da primeira visita domiciliária. Cada estudante podia ter no máximo 2 famílias. Estas foram acompanhadas pelos estudantes durante aproximadamente 12 semanas.

No primeiro contacto com a família, no domicílio, a enfermeira da Unidade de Saúde apresentou o estudante e solicitou às famílias a participação activa e voluntária de todos os elementos no projecto. Informou a finalidade e os objectivos do estudo. Neste momento foram feitas as primeiras questões para a construção do genograma, ecomapa e preenchimento do Índice de Barthel. Após esta proximidade, foram agendadas novas visitas domiciliárias para dar continuidade ao acompanhamento familiar.

Na segunda visita domiciliária foi solicitado o preenchimento do questionário, componente “C”, a todos os elementos do agregado familiar com mais de 12 anos e sem problemas de comunicação. Se algum dos participantes não o pudesse preencher, por incapacidade física ou por iliteracia, os estudantes liam as perguntas e assinalavam as respectivas respostas.

Com estes procedimentos recolhemos dados para caracterizar as famílias e os idosos dependentes. Também reunimos informação para a avaliação do ambiente familiar, dinâmicas familiares, papéis familiares e sintomas psicológicos dos diferentes elementos da família, antes das intervenções dos estudantes.

Até este momento da investigação os procedimentos foram comuns aos 2 grupos em estudo. Após a segunda visita à família, o grupo experimental teve trabalho extra para além dos cuidados planeados pela enfermeira da Unidade de Saúde. O quadro seguinte resume o percurso do grupo experimental e do grupo controlo.

Através do mesmo quadro verifica-se como os estudantes pertencentes ao grupo experimental, após avaliação das famílias, elaboravam um plano de cuidados para implementação, a cada família, de acordo com as necessidades e recursos identificados. Tiveram também em conta os cuidados planeados pelas enfermeiras das Unidades de Saúde.

Quadro 19 - Resumo do contacto dos estudantes com as famílias

Intervenção do grupo experimental	Intervenção do grupo controlo
1ª Visita domiciliária: Enfermeira da Unidade de Saúde apresenta estudante á família e dá a conhecer os objectivos da visita Solicita á família para participar no projecto Primeira colheita de dados (avaliação familiar, genograma, ecomapa, Índice Barthel) 2ª Visita domiciliária Avaliar ambiente familiar, dinâmica familiar, Papeis Familiares e sintomas psicológicos dos diferentes elementos da família Realizar plano de cuidados individualizado Visitas seguintes Prestação de cuidados conforme planeamento dos enfermeiros do centro de saúde Conhecer o estado de saúde da família Identificar conjuntamente com a família riscos e potencialidades para saúde familiar Planear cuidados intra-família Executar actividades conjuntamente com as famílias Promover estilos de vida saudáveis no seio familiar Promover e estimular os diferentes indivíduos da família ao trabalho de grupo Acompanhar o processo implementado Todas as acções desenvolvidas foram dirigidas para promover a saúde dos diferentes elementos que vivem com um idoso dependente Última visita: Avaliar ambiente familiar, dinâmica familiar, papéis familiares, Índice Barthel e sintomas psicológicos dos diferentes elementos da família Agradecimento pela participação	1ª Visita domiciliária: Enfermeira da Unidade de Saúde apresenta estudante á família e dá a conhecer os objectivos da visita Solicita á família para participar no projecto Primeira colheita de dados (avaliação familiar, genograma, ecomapa, Índice Barthel) 2ª Visita domiciliária Avaliar ambiente familiar, dinâmica familiar, Papeis Familiares e sintomas psicológicos dos diferentes elementos da família Visitas seguintes Prestação de cuidados conforme planeamento dos enfermeiros do centro de saúde Última visita: Avaliar as ambiente familiar, dinâmica familiar, papéis familiares, Índice Barthel e sintomas psicológicos dos diferentes elementos da família Agradecimento pela participação

Desta forma, o grupo experimental realizou as visitas agendadas pelas enfermeiras das Unidades de Saúde e visitas extra esse agendamento, tendo em conta as necessidades e disponibilidade das famílias. Durante este acompanhamento, o investigador, como participante nas famílias do grupo experimental elaborou notas de campo e efectuou entrevistas ao cuidador principal (anexo IV).

No último contacto com as famílias apelou-se a nova implementação da componente “C” do protocolo. A duração do seu preenchimento foi em média 60 minutos. Este momento de avaliação permite verificar se efectivamente alguma coisa mudou com a introdução de certa condição da variável independente ou com a intervenção.

No final de todo este trabalho de campo com famílias com um idoso dependente em contexto domiciliário, entrevistámos (anexo V) os estudantes do grupo experimental para partilharem algumas das suas experiências e narrarem as principais dificuldades sentidas para cuidar de famílias com idoso dependente.

Pelo descrito, a recolha de dados desta fase refere-se a colheitas individuais e de grupo dos membros das famílias que participaram no estudo e dados referentes a vivências dos estudantes e investigador. O momento de observação, entrevistas e administração do protocolo de colheita de informação teve início em Novembro de 2007 e terminou em Julho de 2008.

5.8 - ASPECTOS ÉTICOS

As investigações realizadas com seres humanos envolvem sempre questões morais e éticas que divergem de acordo com cada tipo de investigação. Estes estudos envolvem uma relação entre o investigador e os sujeitos ou entre o investigador os sujeitos e os contextos. Na investigação a questão ética central passa pelo dilema que inclui dois sistemas de valores: por um lado, a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesma; por outro, a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito de ambos à privacidade (Almeida, Freire, 2007).

No nosso percurso metodológico garantimos o respeito pelos princípios universais da ética, os princípios da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça. Assim, garantimos a confidencialidade ao longo das nossas intervenções, em todas as fases deste processo, desde a selecção do problema, população e selecção da(s) amostra(s), colheita de dados, análise dos dados e conclusões (Grande, 2000;Thompson, Melia, Boyd, 2004; Martins, 2008).

Em primeiro lugar, fizemos uma avaliação cuidadosa da aceitabilidade ética da investigação antes de se iniciar a pesquisa. Ponderámos sempre não pôr em causa os direitos de todos os participantes.

Solicitámos uma autorização formal às instituições envolvidas para a implementação do projecto (anexo VI), e, após parecer favorável das duas instituições, demos início à investigação.

Ainda na fase da implementação do projecto, aquando da organização do grupo de controlo e do grupo experimental, convidámos todos os estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem para participarem. Além da comunicação da identidade dos investigadores, apresentação do projecto, finalidade e objectivos, procurou-se também obter um consentimento informado por parte dos sujeitos seleccionados. Todos os estudantes aceitaram o convite. Os estudantes que se ofereceram para fazer parte do grupo

experimental assinaram o termo de consentimento informado (anexo VII), onde assumiam o compromisso de frequentar formação extracurricular e de realizar visitas domiciliárias extra aquando do ensino clínico em contexto de saúde comunitária. Os estudantes que se ofereceram para integrar o grupo de controlo assumiram o compromisso entendendo não ser necessário a formalidade de assinar, uma vez que o trabalho que iam desenvolver não necessitava de actividades extra curriculares.

Seguidamente, procedemos às formalidades inerentes ao pedido para a realização do estudo junto das famílias em que a investigação se iria desenvolver. Como já foi referido, em reunião previamente agendada foi dado a conhecer o projecto à coordenadora do Centro de Saúde.

Como o contexto da segunda fase da investigação foi junto de famílias com um idoso dependente, tivemos em conta várias considerações: Os investigadores e colaboradores foram apresentados às famílias por uma enfermeira das Unidades de Saúde a que pertenciam, altura em que foi solicitada a participação às famílias no projecto. Seguimos uma orientação muito concreta, esclarecendo os objectivos do trabalho, as etapas, o nosso papel, os benefícios e também a possibilidade e liberdade de qualquer sujeito, a qualquer momento, poder deixar de colaborar em qualquer fase da prossecução do projecto de trabalho.

Como o trabalho a desenvolver se destinava ao grupo familiar, pedimos a um representante da família que assinasse o termo de consentimento informado (anexo VIII). Na investigação de família pudemos envolver crianças e jovens; no entanto, é importante que estes também tenham acesso ao consentimento (Hanson, 2005). Assim, tendo presente o trabalho a desenvolver, a informação de que necessitávamos e os instrumentos a utilizar, solicitámos a participação de todos os elementos com idade igual ou superior a 12 anos.

Às famílias que aceitaram o nosso desafio foram explicados os possíveis benefícios de participarem no projecto, como a oportunidade de aprenderem ou ajustar conhecimentos para cuidar do idoso bem como a promoção do trabalho de equipa no núcleo familiar.

O local e a natureza desta investigação levaram-nos a ter em conta o respeito pela privacidade de todos os participantes, especialmente aquando da realização de entrevistas individuais ou quando os participantes solicitaram ajuda no preenchimento do questionário. Esteve sempre presente a privacidade e a confidencialidade dos dados recolhidos. Tivemos algum cuidado com a necessidade de procedermos à recolha de informação em ambiente o mais natural possível, respeitando a vontade manifestada pelos participantes, utilizando estratégias que os levassem a responder o mais natural e espontaneamente possível.

A oportunidade de participar nas entrevistas e no preenchimento dos questionários proporcionou momentos de reflexão nas famílias sobre práticas individuais e da vida familiar do grupo.

Depois de recolhida e organizada, a informação foi codificada. A cada família foi atribuído um número, e cada membro da família foi codificado com uma letra (F) e um número. Cada estudante foi codificado com uma letra (E) e um número, e cada cuidador foi codificado com uma letra (C) e um número, as notas de campo pela letra (N) e o número da família. Desta forma, nenhum dos participantes é reconhecido pelo investigador nem por qualquer leitor do relatório desta investigação. Pelo que foi anteriormente dito, a adesão ao estudo, quer por parte dos estudantes quer pelas famílias, aconteceu após autorização prévia com assinatura do consentimento informado por todos os intervenientes neste processo de investigação.

Todo este percurso metodológico enquadra a temática em estudo. O capítulo que se segue resulta do trabalho, segunda fase, de acompanhamento do grupo controlo e pelo experimental, ou seja, pela avaliação e intervenção junto de famílias com um idoso dependente.

CAPÍTULO 6

SAÚDE DA FAMÍLIA E DEPENDÊNCIA DE UM DOS SEUS MEMBROS

A investigação em curso, *Cuidar da Família com um Idoso Dependente: Formação em Enfermagem*, segunda fase, desenvolveu-se junto de famílias em contexto familiar, concretamente em famílias com um idoso dependente em pelo menos um autocuidado. A escolha recaiu para este contexto para a análise da realidade destas famílias e para a avaliação da intervenção dos estudantes junto das mesmas.

Foi nossa intenção, por um lado, promover o conhecimento sobre famílias com um idoso dependente, de uma região do Norte de Portugal e, por outro, contribuir para a melhoria da formação de enfermeiros, e, por consequência, melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem de família.

Sendo assim, *Saúde da Família e Dependência de um dos seus Membros* contextualiza a segunda fase da nossa investigação: avaliação e intervenção em famílias com um idoso dependente.

Neste capítulo fazemos alusão às metodologias que utilizamos, nesta fase, e ao percurso do investigador enquanto participante. Apresentamos a caracterização dos participantes, num primeiro momento na sua singularidade (como familiares do idoso dependente) e, posteriormente, descrevemos a tipologia das famílias o ciclo vital em que se posicionam e a rede e apoios das mesmas. Descrevemos o perfil do idoso dependente e do seu cuidador familiar principal.

Numa fase posterior apresentamos os resultados da aplicação de escalas que fizeram parte do nosso protocolo de colheita de informação com o objectivo de avaliar o impacte das intervenções implementadas pelos estudantes, do grupo experimental e do grupo controlo, antes e depois das intervenções em famílias. Criamos, ainda, um pequeno espaço para descrever os contributos, na perspectiva do cuidador e vivências dos estudantes, do programa de formação.

Assim, esperamos que este trabalho seja um suporte para os profissionais de saúde, concretamente para os enfermeiros que colocam a família como o seu foco de atenção, evidenciando a necessidade de adaptação dos cuidados à especificidade de cada família e de um trabalho em parceria com as mesmas.

6.1 – O ESTUDO REALIZADO

De acordo com a problemática equacionada, e como anteriormente referenciado, posicionamo-nos, analiticamente, nas metodologias quantitativas e qualitativas, com a intenção de obter uma diversidade de informação, e a mais adequada, para responder aos nossos objectivos. Recorremos a estas metodologias porque entendemos ser uma mais-valia para a Enfermagem a forma particular e personalizada do estudo nas famílias.

A metodologia qualitativa permitiu a proximidade do investigador com o objecto de estudo. A finalidade foi conhecer um sistema social particular: *famílias que cuidam de idosos dependentes em contexto familiar*. Fomos ao encontro de práticas de cuidar de idosos dependentes no seio das famílias e das suas interações com os sistemas exteriores. Deste modo, foi-nos possível caracterizar a tipologia de famílias com um idoso dependente, caracterizar o idoso dependente e seus familiares, identificar os principais cuidados que lhes são prestados pela equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários, e pela família, assim como identificar a rede e apoio social. Tivemos, ainda, oportunidade de analisar o quotidiano das mesmas. Fomos ao encontro do modo de pensar e de agir das famílias. Recorremos à observação participante²⁹, notas de campo, genograma, ecomapa e entrevista semi-estruturada.

Tendo em conta o tempo que o investigador disponibilizou para o acompanhamento das famílias, e com a preocupação de encontrar respostas para os objectivos definidos, limitamo-nos a acompanhar de forma mais intensiva e contínua famílias que fizeram parte do grupo experimental. Assim, toda a narrativa referente às famílias com um idoso dependente, obtida pelas metodologias qualitativas, notas de campo e entrevistas, reporta-se a informação recebida pelo contacto exclusivo com 49 famílias e 41 estudantes.

Depois de negociado o acesso às famílias, tendo em conta todos os procedimentos ético-morais, a nossa comparência nas mesmas foi feita de forma progressiva. Onde foi notório, desde a segunda visita, o agrado e satisfação das famílias com a nossa presença. Conforme o tempo passava sentíamo-nos menos estranhos, sendo mesmo convidados por algumas famílias a participar nos momentos mais íntimos como, por exemplo, nas refeições, éramos tratados com “*já é da nossa família*” (C18) e até na partilha de segredos

²⁹ A observação participante impôs a presença do investigador no contexto estudado, estratégia que permitiu compilar dados concisos e particulares da vida quotidiana dos participantes. Procuramos ver a experiência humana na complexidade do seu contexto porque as pessoas são ligadas aos seus mundos e só são compreensíveis nos seus contextos (Costa, 2002).

familiares. Sentimos, na maioria das situações, empatia e afectividade na forma como fomos recebidos e acolhidos³⁰.

Partilhámos ideias, contaram-se histórias familiares passadas e actuais. Falámos sobre *família*, passado, presente e futuro, relações entre os diferentes elementos, vinculações, conflitos, partilha de tarefas...

Procurámos observar os *espaços*: lugares físicos; os *actores*: pessoas envolvidas; as *actividades*: conjunto de actos que os participantes realizavam; os *objectos*: coisas físicas presentes; e os *sentimentos*: emoções sentidas, narradas e expressas.

O investigador inseriu-se no terreno real no sentido de procurar dados relevantes que lhe permitissem a construção pormenorizada e a compreensão do fenómeno em estudo. Nas notas de campo³¹ foram registadas ideias, estratégias, reflexões de forma detalhada e precisa do que víamos e do que ouvíamos. Tivemos a preocupação de reconstruir diálogos, registar relatos de acontecimentos particulares de cada família. Também procurámos descrever actividades e comportamentos dos actores em estudo. Assim, ao longo deste capítulo, descrevemos expressões, gestos, sentimentos... inserimos descrições de espaços físico como arranjo da casa, disposição da mobília, objectos significativos das famílias. Dessas reflexões, algumas vezes houve necessidade de redigir informação adicional que ocorria da especulação do que vivenciávamos, interrelacionando essas experiências com teorias de suporte à problemática em estudo. Com a figura que se segue procuramos sintetizar o trabalho desenvolvido na segunda fase do ensaio.

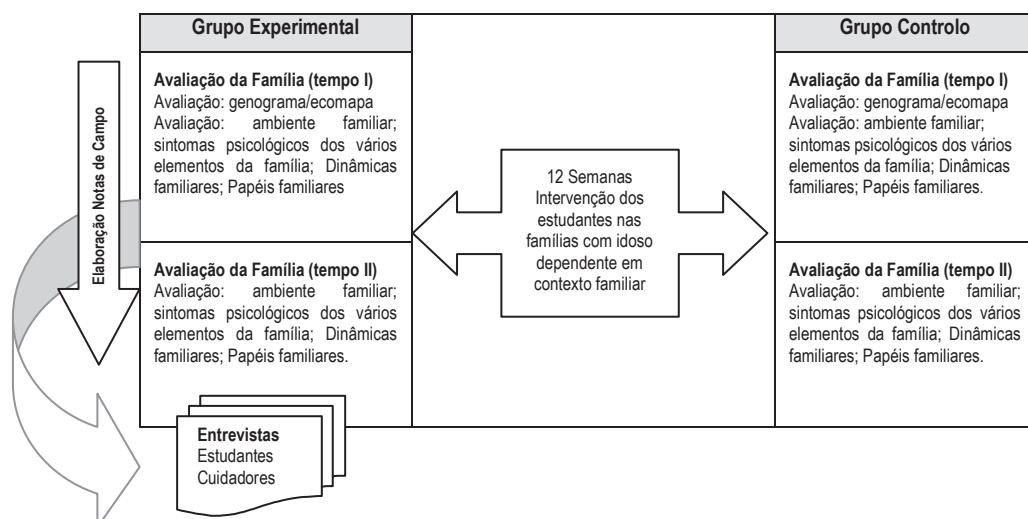


Figura 6 – Síntese da colheita de informação na 2ª fase da investigação

³⁰ As visitas tiveram uma duração de 60 a 90 minutos. Foram, predominantemente, realizadas durante as manhãs e tardes de Segunda a Sexta-feira, e em média cada família teve uma visita por semana.

³¹ As notas de campo foram elaboradas no mesmo dia das visitas domiciliárias. No final do registo, o investigador contemplava as experiências desse dia, reflectia sobre o idoso, sobre cuidador e sua família.

Conforme podemos verificar, pela figura acima, os dados qualitativos foram recolhidos com os actores que fizeram parte do grupo experimental. Ao fim das 12 semanas realizámos uma entrevista semi-estruturada aos estudantes e aos cuidadores principais. A selecção do cuidador principal como representante dessas famílias em estudo foi de conveniência pela disponibilidade do mesmo.

O contacto directo entre o investigador e os seus informantes foi com o propósito de compreensão das diferentes perspectivas o que impôs a elaboração de guiões para as entrevistas de forma a recolher informação fiável e pertinente. Foram guiões semi-estruturados para assegurarmos que os temas chaves fossem explorados e, por outro lado, tivesse flexibilidade quanto à maneira como se formulavam as questões, assim como, em relação à sequência das mesmas.

Deste modo, na última semana de acompanhamento, reunimos com os estudantes, na Instituição de Ensino, e com os cuidadores informais, no domicílio, demos a conhecer os objectivos da entrevista e solicitámos o livre consentimento para gravação³². Oito cuidadores não se mostraram receptivos para a gravação da entrevista.

Todas as entrevistas foram transcritas. Com este procedimento construímos o corpus de análise³³.

A análise de conteúdo integra, ou pode integrar, uma análise de pendor mais quantitativo e outro mais qualitativo. A primeira, mais extensiva, centra-se na frequência de diversas categorias do conteúdo. A segunda é mais intensiva e tende a centrar-se nas informações, possivelmente menos frequentes mas mais detalhadas e complexas, com a preocupação de detectar presença ou ausência de certas características do discurso (Almeida, Freire, 2007:25).

Pela diversidade das fontes utilizadas, foi-nos possível a triangulação de alguns dados possibilitando, não apenas a comprovação como o controlo dos efeitos do processo de investigação sobre os dados.

Articulando este processo interactivo do investigador com as famílias, conjugando os dados obtidos pelas escalas, notas de campo, entrevistas, genograma e ecomapa, o investigador descreve e interpreta os mesmos com o propósito de dar clareza ao fenómeno. Como fomos ao encontro de famílias com um idoso dependente, os dados que se seguem procuram dar a conhecer como foram seleccionadas as famílias e responder à questão:

Qual o perfil sociodemográfico dos membros das famílias com um idoso dependente?

³² As entrevistas tiveram uma duração de 15 a 30 minutos por participante e decorreram sem incidentes. Cada entrevista foi codificada com um número e uma letra. Letra (E) para os estudantes e letra (C) para as dos cuidadores.

³³ Para realizar a análise de conteúdo optámos pelas etapas propostas por Bardin “*em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*”

6.1.1 - Selecção e Caracterização da Amostra

Na continuidade da investigação e tendo em conta a problemática em estudo elegemos como população famílias com um idoso dependente, pertencentes a um concelho da Região Norte de Portugal³⁴. Considerámos população-alvo todas as famílias com um idoso dependente dessa região, durante o período em que decorreu a colheita de informação (Outubro 2007 a Junho 2008).

Para compreensão da população é de salientar que para a zona geográfica onde decorreu o estudo, a população residente era de 134.336 cidadãos, sendo que destes 11.410 tinham 65 ou mais anos (o índice de população com 65 anos ou mais era de 73,2) vivendo no concelho 39.543 famílias. Mais, foi possível apurar que o índice de envelhecimento por local de residência, era de 73,9 e o índice de dependência de idosos por local de residência 17,7 valores actualizados em Maio de 2008 (INE, 2008).

Uma vez definida a população e referenciado o seu perfil, foi necessário proceder à selecção dos participantes³⁵. A selecção da amostra foi ponderada pois o recrutamento de famílias é uma tarefa delicada e difícil de concretizar. Para a selecção das mesmas, foi importante ter presente que, de algum modo, íamos invadir a sua intimidade. Para minimizar as dificuldades de identificação, selecção e acesso às mesmas, tivemos o contributo das equipas de enfermagem, dos Centros de Saúde e das Unidades de Saúde Familiar onde as famílias estavam registadas. Seleccionamos uma amostra intencional composta por 108 famílias.

Para o grupo experimental foram incluídas 55 famílias; no entanto, no final da intervenção, ficamos com 49 famílias, já que 5 foram eliminadas por falecimento do idoso durante a intervenção e 1 família por os instrumentos de colheita de dados estarem incompletos. No grupo de controlo foram incluídas 63 famílias, mas, por falecimento de 2 idosos e 2 questionários incompletos, a amostra foi de 59 famílias. No total ficámos com uma amostra de 108 famílias, o que significa um total de 108 idosos dependentes e 177 familiares pertencentes aos diferentes agregados familiares.

³⁴ A nossa opção em realizar a investigação nesta área geográfica justifica-se pelo facto de sabermos previamente onde é que os estudantes da Licenciatura Enfermagem iam realizar o ensino clínico: Área Saúde Comunitária.

³⁵ O valor da informação recolhida depende, não apenas dos instrumentos aplicados e dos contextos em que ocorre o estudo mas também das características das amostras ou grupos onde foram obtidos. As diferenças inter-individuais explicam que, consoante o tipo de grupo em presença, assim os resultados podem sofrer alterações (Almeida, Freire 2007).

Caracterização dos Familiares

Como referimos, a amostra dos familiares foi constituída por 177 pessoas, sendo 98 do grupo de controlo e os restantes 79 do experimental. Pela leitura do quadro que se segue caracterizamos os familiares de cada grupo.

Quadro 20 – Dados sociodemográficas dos familiares do idoso dependente

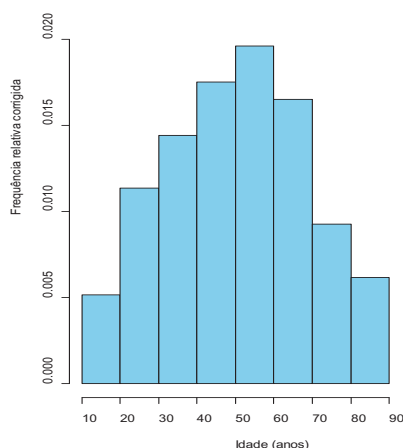
Participantes	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	Nº	%	Nº	%
	79	100%	98	100%
Género				
- Feminino	54	68,4%	66	67,3%
- Masculino	46	31,6%	34	32,7%
Estado Civil				
- Casado/União de facto	62	78,5%	68	69,4%
- Solteiro	13	16,5%	24	24,5%
- Viúvo	2	2,5%	4	4,1%
- Divorciado/Separado	2	2,5%	2	2,0%

Quer no grupo controlo quer no experimental a grande maioria dos familiares é do sexo feminino. O estado de casado/união de facto é dominante, seguindo-se o estado de solteiro e, por fim, o estado de viúvo e divorciado/separado mas com uma baixa representatividade.

Distribuição da Idade

No grupo controlo, predominam as idades intermédias, com uma grande concentração entre 40 e 70 anos poucas pessoas tinham idades superiores a 80 anos, apesar de as idades encontradas variarem entre os 13 e os 86 anos, como podemos observar nos gráficos que se seguem.

Gráfico 1 - Representação da idade dos familiares do grupo controlo



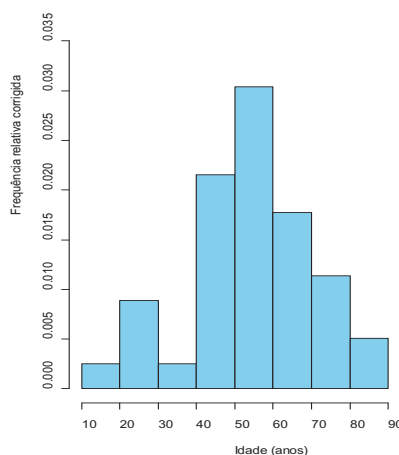
Observa-se uma dispersão moderada o que se deve à concentração nas idades intermédias. Pela leitura do quadro que se segue verificamos que a idade média foi de 50 anos.

Quadro 21 - Caracterização da idade dos familiares do idoso dependente

Grupo Controlo		Grupo Experimental	
Coeficientes	Valor	Coeficientes	Valor
Mínimo	13.00	Mínimo	14.00
Máximo	86.00	Máximo	90.00
Média	50.42	Média	54.49
1º Quartil	35.00	1º Quartil	47.00
Mediana	52.00	Mediana	54.00
3º Quartil	64.00	3º Quartil	65.00
Desvio padrão	18.46	Desvio padrão	16.38
Coeficiente de variação	36.6%	Coeficiente de variação	30.0%

No grupo experimental a média é de 55 anos. A distribuição da idade deste grupo mostra que o número de familiares mais jovens é muito baixo, o 1º quartil é de 47 anos. Podemos observar no gráfico 2 um fortíssimo predomínio das idades a partir de 40 anos e em especial entre 40 e 70 anos.

Gráfico 2 - Representação da idade dos familiares do grupo experimental



A classe com maior número de familiares é entre 50 e 60 anos, diminuindo gradualmente a partir dessa idade. Há assim muito mais familiares com idades altas do que com idades baixas, mas é de sublinhar a existência de dois familiares jovens, com 14 e 15 anos.

Assim, os familiares do grupo experimental tem mais idade e são famílias com menos jovens quando comparados com os familiares do grupo controlo.

Habilitações Literárias

O nível de escolaridade dos familiares é baixo, como podemos observar no Quadro 22. No grupo controlo só cerca de metade tem o 1º Ciclo, seguindo-se o 3º e o 2º Ciclos, ambos com um pouco menos de 20%, e muito poucos têm habilitações superiores (Bacharelato ou Licenciatura). Note-se uma percentagem, ainda, considerável de pessoas sem escolaridade 5%.

Quadro 22 – Caracterização das habilitações literárias dos familiares do idoso dependente

Habilitações Literárias	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Nº	%	Nº	%
Sem Escolaridade	5	5,1%	7	8,9%
1º Ciclo	48	49,0%	43	54,4%
2º Ciclo	18	18,4%	15	19,0%
3º Ciclo	19	19,4%	12	15,2%
Bacharelato	2	2,0%	2	2,5%
Licenciatura	6	6,0%	0	0%
Total	98	100%	79	100%

No grupo experimental o nível de escolaridade dos familiares também é baixo, uma vez que mais de metade só tem o 1º Ciclo, seguindo-se o 2º Ciclo, com um cerca de 20%, o 3º Ciclo, com 15%, Sem escolaridade, com cerca de 9%, uma percentagem elevada. Muito poucos têm habilitações superiores, uma vez que apenas 2.5% têm Bacharelato e ninguém tem Licenciatura. Verifica-se que os familiares do grupo experimental têm em geral um nível de escolaridade inferior ao do grupo de controlo, para o que deve contribuir o facto de serem mais velhos.

Profissão

Para organização e análise dos dados, adoptámos o Índice Nacional de Classificação das Profissões tendo-se acrescentado as categorias de Desempregado, Doméstica, Estudante e Reformado. O quadro que se segue mostra a distribuição dos familiares, segundo a sua categoria profissional.

No grupo controlo salienta-se a grande representatividade dos reformados, com quase 30% dos familiares, seguindo-se as domésticas, com 14%, os desempregados, com 11%, os estudantes e os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, ambas com 9%. Sublinhamos que as categorias não activas, as quatro primeiras, em conjunto representam quase dois terços dos familiares 64.3%, o que é muito elevado. Em contrapartida, os familiares com categorias profissionais activas representam pequenas percentagens.

Quadro 23 – Caracterização da profissão dos familiares do idoso dependente

Profissão	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Nº	%	n	%
1 – Quadros superiores da Administração Pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	1.0	0	0.0
2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7	7.1	0	0.0
3 – Técnicos e profissionais de nível intermédio	0	0.0	0	0.0
4 – Pessoal administrativo e similares	4	4.1	1	1.3
5 – Pessoal dos serviços e vendedores	6	6.1	1	1.3
6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	1	1.0	0	0.0
7 – Operários, artífices e trabalhadores similares	7	7.1	5	6.3
8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	9	9.2	8	10.1
9 – Trabalhadores não qualificados	0	0.0	5	6.3
10 – Desempregado	11	11.2	16	20.3
11 – Doméstica	14	14.3	13	16.5
12 – Estudante	9	9.2	2	2.5
13 – Reformado	29	29.6	28	35.4
Total	98	100.0	79	100.0

No grupo experimental, à semelhança dos familiares do grupo de controlo, há predominância dos reformados, com mais de dois terços das pessoas. Em seguida, encontram-se os desempregados, com um quinto, as domésticas com 16.5%, e os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem com 10%. As restantes categorias têm pouca importância, o que significa que existem poucos familiares na situação de activos e, em particular, é de sublinhar que não existe qualquer familiar das três primeiras categorias profissionais, as de trabalho mais qualificado.

Observam-se algumas semelhanças com as profissões dos familiares do grupo controlo, com a grande diferença de que, no grupo experimental, a percentagem de estudantes é muito inferior, sendo quase insignificante.

Após caracterização dos elementos pertencentes aos familiares dos dois grupos, foi nossa intenção conhecer de forma mais próxima as famílias com quem íamos trabalhar. Procurámos identificar a sua tipologia, apoios internos e externos de que se socorrem para a prestação de cuidados ao idoso dependente.

6.1.2 – Um Olhar Detalhado nas Famílias com um Idoso Dependente

A família, habitualmente, assume a responsabilidade por a saúde dos seus membros constituindo uma unidade que presta cuidados, desenvolve acções de promoção da saúde, prevenção e tratamento em situação de doença. Cabe ao enfermeiro o papel de avaliar, ajudar, orientar a família a manter e/ou recuperar o nível mais elevado de saúde da

família (Elsen, 1994; Pinazo, 2006). Nas famílias, com um idoso dependente, pensamos ser necessário promover a maior colaboração de todos de forma a considerarmos a família a instituição fundamental na vida das pessoas e da sociedade.

Quando partíamos para esta investigação, sabíamos somente que as famílias em estudo tinham em comum a presença de um idoso com dependência em pelo menos um autocuidado. No entanto, estávamos conscientes de que cada família tinha a sua peculiaridade e singularidade, as quais teriam que ser levadas em consideração em todos os momentos do desenvolvimento desta investigação. Procuramos então responder às questões: ***Que tipologia de família acolhe idosos dependente? Em que fase do ciclo vital se posicionam? Quais os apoios/recursos das famílias com um idoso dependente? Que cuidados implementam os enfermeiros das unidades de saúde à família com um idoso dependente?***

Tipologia

Os indivíduos organizam-se em famílias, de acordo com costumes culturais e necessidades humanas fundamentais, correlativamente a cada época e a cada cultura.

De entre as várias tipologias de famílias que foram representadas no genograma, quer no grupo experimental quer no grupo de controlo, como podemos ler no quadro 24, sobressaiu a família nuclear, família caracterizada por um marido e uma mulher, casados, com ou sem filhos. Seguida da família de três gerações, referenciada muitas vezes como família alargada, constituída pelos avós, pais e seus filhos, com uma proeminência também elevada, representada no estudo por 29,9%, embora reduzida a quase metade da família nuclear.

Quadro 24 – Caracterização da tipologia das famílias

Tipo Família	G Experimental		G Controlo		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nuclear	33	67,3%	37	62,7%	70	65,7%
Recasada	2	4,1%	0	0,0%	2	1,9%
3 Gerações	14	28,6%	18	30,5%	32	29,6%
Unipessoal	0	0,0%	4	6,8%	4	3,7%
Total	49	100,0%	59	100,0%	108	100,0%

Em contrapartida, a família unipessoal, a que por várias vicissitudes se restringe à pessoa dependente no seu singular, foi representada em apenas quatro famílias, seguida da família recasada, isto é o grupo familiar que se voltou a casar, caracterizada por segundo casamento, composta por um homem e uma mulher, dos quais, pelo menos um, foi casado anteriormente, representada por duas situações.

O interesse em conhecer melhor estas famílias levou-nos a identificar as diferentes estruturas familiares. A estrutura familiar é o conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais. Para se identificar a estrutura, identificam-se os indivíduos que a constituem, as relações entre eles, e as relações entre a família e os outros sistemas sociais onde está inserida (Hanson, 2005).

Reconhecemos que a composição do agregado familiar das famílias intervencionadas tem um diminuto número de elementos que se repercute, essencialmente, para famílias formadas por um conjunto de 2 ou 3 elementos. Identificámos menos famílias formadas pelo conjunto de quatro e cinco elementos e apenas seis famílias com mais de cinco. Pelo descrito, fazemos sobressair que no nosso estudo trabalhámos sobretudo com famílias nucleares, com apenas dois elementos e famílias de três gerações até cinco elementos.

Embora estas famílias se representem, sobretudo, como famílias nucleares ou de três gerações, pelo genograma foi possível verificar que tiveram mais filhos do que aqueles que actualmente compõem o agregado familiar do idoso dependente. Inclusivamente, identificámos famílias com catorze filhos.

O que ressaltou da análise do agregado familiar é o facto de o cuidador e idoso viverem juntos e, na sua grande maioria, serem cônjuges. Estes dados estão em consonância com estudos feitos em Portugal e no sul da Europa. A coabitação entre cuidador a pessoa cuidada é o modelo predominante nos países do sul (Nunes, Alves, 2003; Knihs, Franco, 2005; Paúl, Fonseca, 2005; Arruda, Alvarez, Gonçalves, 2008).

Os dados encontrados estão em consonância com a informação apresentada pelo Instituto Nacional de Estatística, referente às dimensões e estrutura familiar geral³⁶. Em termos proporcionais, assiste-se ao aumento da percentagem de famílias de uma só pessoa e de duas pessoas, em simultâneo com o decréscimo da proporção de famílias com 4 ou mais pessoas (INE, 2007). A mesma fonte informa que, em 2006, a maioria dos idosos (62,8%) vivia com o cônjuge (só com o cônjuge, com ou sem filhos e outros), 20,7% viviam sós e 16,5% viviam sem cônjuge (com ou sem filhos e outros).

³⁶ O número de famílias em Portugal aumentou de 3.483,8 milhares, em 1999, para 3.839,3, em 2006. O aumento do número de famílias foi influenciado pelo acréscimo do número de famílias constituídas por uma e ou duas pessoas, facto que, juntamente com a redução do número de famílias com 4 ou mais pessoas, contribui para a redução da dimensão média da família de 2,9 para 2,8 pessoas por família, entre 1999-2006.

Ciclo Vital da Família

O ciclo de vida familiar configura-se num conjunto de acontecimentos universais previsíveis, apesar das variações culturais, desencadeadoras de mudança e adaptação da organização familiar. O desenvolvimento da família processa-se em função da interacção dos membros que a constituem e da forma como lidam com as diferentes transições do ciclo de vida familiar (Relvas, 2006).

Relvas (2006) conceptualiza o ciclo vital da família em cinco diferentes etapas, tendo como referência a família nuclear tradicional: 1) nascimento da família nuclear; 2) nascimento dos filhos; 3) adolescência dos filhos; 4) partida dos filhos; 5) morte ou partida de um dos pais. No entanto, este modelo do ciclo vital de vida familiar tem de ser encarado como uma estrutura flexível, possível de se adaptar à diversidade, cada vez maior, das famílias da sociedade actual. Para um enquadramento mais real das famílias com quem contactámos, com um idoso dependente em contexto familiar, tivemos necessidade de adaptar esta classificação. Predominaram as famílias nucleares ou de 3 gerações, como já referimos. Famílias com filhos também eles já adultos ou idosos, a viver em casa dos seus pais, ou os pais a viverem em casa dos filhos. Assim, considerámos a seguinte classificação: nascimento da família, para as famílias recasadas; filhos em idade pré-escolar; filhos adolescentes; filhos adultos; filhos adultos idosos; partida dos filhos “ninho vazio” e morte do cônjuge. Pela análise dos genogramas verificamos que as famílias que fizeram parte do estudo são homogêneas, como podemos observar no quadro que se segue.

Quadro 25 – Caracterização do ciclo vital das famílias

Fase Ciclo Vital	G Experimental		G Controlo		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nascimento Família	2	4,1%	0	0,0%	2	1,9%
Filhos Pré-escolar	3	6,1%	3	5,1%	6	5,6%
Filhos adolescentes	3	6,1%	6	10,2%	9	8,3%
Filhos adultos	18	36,7%	23	39,0%	41	38,0%
Filhos Adultos Velhos	9	18,4%	10	16,9%	19	17,6%
Partida dos Filhos	14	28,6%	14	23,7%	28	25,9%
Morte Cônjuge	0	0,0%	3	5,1%	3	2,8%
Total	49	100,0%	59	100,0%	108	100,0%

As famílias posicionam-se, predominantemente, na fase de famílias com filhos adultos, 38,0%, ou na fase da partida dos filhos “fase de ninho vazio” 25,9%. Constatámos que os filhos vivem afastados porque já formaram o seu próprio agregado familiar ou

outras opções de vida, o que implicou o afastamento residencial dos seus progenitores. Identificámos ainda, em número significativo, 17,6%, de famílias com filhos adultos velhos, ou seja, filhos com idades acima dos sessenta e cinco anos. Contactamos, ainda que com um número inferior, 1,9%, de famílias na fase do ciclo vital de nascimento da família, 5,6% famílias com filhos em idade pré-escolar, 8,3%, com filhos adolescentes, e 2,8% famílias a viverem a morte do cônjuge.

Estes achados confirmam que as famílias possuem um ciclo de desenvolvimento próprio, e que este é a sequência de momentos característicos que se iniciam com a formação da família e terminam quando esta se dissolve pela lei natural da vida (morte). Pelo descrito, as famílias que acolhem idosos dependentes são também elas idosas e posicionam-se nas últimas etapas do ciclo vital. Estão a viver a fase do “ninho vazio” ou vivem com filhos adultos ou filhos também eles já velhos, são famílias que estão a enfrentar um novo desafio. Estudos de diferentes autores confirmam a tendência para a nuclearização da família, de casais idosos, com idades cada vez mais avançadas, vivendo sozinhos depois dos filhos terem formado a sua família (Saraceno, Naldi, 2002; Rosa, Vieira, 2003; Leite, 2004; Silva 2006).

Relações com o Idoso

As regras que controlam as relações familiares evoluem dentro do processo das interacções familiares. Cada família é única, tal como já foi destacado, tem os seus pontos fortes e fracos que afectam a saúde individual e a de toda a unidade familiar. As relações de afinidade caracterizadas no nosso estudo remetem para relações fortes, distantes e conflituosas.

É com os filhos que o idoso mantém, em simultâneo, relações fortes, distantes e conflituosas, em ambos os grupos de famílias em estudo, o que poderá estar relacionado com a fase do ciclo vital em que se encontra a família, pois, tal como relevámos anteriormente, prevaleceu o número de famílias com filhos adultos e com filhos velhos, fase em que há transferência de papéis, do poder, que podem originar alterações nas relações. Estas relações surgem com menos significado nas interacções com os netos e com o cônjuge, principalmente as relações conflituosas ou as distantes.

No fim de vida a família volta a ter a composição inicial: o casal sozinho. Nesta fase tende a exacerbar-se aspectos como a dependência (Relvas, 2006). Este achado leva-nos a concordar com os escritos de outros autores, quando nos dizem que a relação entre a

pessoa dependente e a pessoa que cuida dele é alimentada pela vivência comum das duas pessoas e pelas suas histórias individuais. A relação pais/filhos fortalece-se ou torna-se menos conflituosas à medida que os pais envelhecem. No entanto, se as relações são conflituosas ou distantes é porque foram assim ao longo da vida (Lavinsky, Vieira, 2004; Decesaro, Ferraz, 2006; Kodama, Suda, Takahasshi, 2007).

A dependência implica uma nova percepção de si e do outro, fenómeno que sucede com todos os elementos do grupo familiar. O contacto intergeracional é, por norma, sólido e próximo, a reciprocidade do apoio encontra-se presente, especialmente em situações de doença. Os filhos apresentam-se junto dos pais idosos como a figura principal de apoio emocional e instrumental, mas muitas vezes são também eles as fontes de stresse. Constatámos, no nosso estudo, que o idoso dependente vive com o cônjuge, mas a curta distância de pelo menos um filho. Estas interacções entre eles são importantes a diferentes níveis. Resultados derivados de investigação recente referenciam que a maioria precisa de apoio afectivo, instrumental ou material, e este provém essencialmente de membros da família (Elsen, 2002; Figueiredo, 2007; Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006; Marcon, Sassá, Soares, Molina, 2007).

Em complemento ao apoio familiar, essencialmente dos filhos, a rede e apoio social foi também uma fonte de apoio identificada nestas famílias.

Rede e Apoio Social

Da pesquisa e reflexão sobre cuidar e família, alguns autores afirmam que para compreender a família é necessário que o profissional conheça o ambiente no qual ela está inserida. Lembram, ainda, que a família tem discernimento para determinar padrões, optar e reorganizar o seu ambiente. Salientam que o padrão de interacção é definido, em parte, pela família, que, somando-o às relações sociais, tem o suporte para o seu funcionamento, inclusive nos aspectos inerentes à saúde (Stamm, Mito, 2003).

Como realçamos a família no sentido sistémico e ponderámos o ciclo vital da mesma, encaminhamo-nos para a necessidade de se identificarem os suportes da família, que provêm da rede e apoio social, ou seja, dos sistemas envolventes.

Pela construção e análise do ecomapa, e o que emergiu das notas de campo e das entrevistas, expressa a rede e apoio social das famílias em estudo. Da informação recolhida resultam duas categorias: *apoio formal/Não Formal* e *apoio informal*.

Apoio Informal

Este foi pautado por *familiares* e *não familiares*. Os não familiares foram grupos da comunidade ou figuras individuais, onde a família está inserida como vizinhos, amigos e o padre. Foi-nos possível apurar que o apoio fornecido pelos amigos e vizinhos é um apoio de supervisão e emocional. Este tipo de apoio na maioria das famílias traduziu-se num apoio contínuo, regular, constante. Pelos discursos dos entrevistados e por resultado de outros estudos este apoio parece estar associado a um sentimento de solidariedade (Drennan, Treacy, Butler, Byrne, Ffealy, Frazer, Irving, 2008; Araújo, Paúl, Martins, 2009).

O apoio recebido pelos familiares foi regrado pelo auxílio dos filhos, cônjuge e netos. A figura “filhos” foi a mais relatada, reforçando o apoio afectivo e instrumental. Estes resultados confirmam outros estudos, nacionais e internacionais, em que os autores atribuem estes resultados às influências culturais, valores e crenças reflectidas na maneira de ser e de cuidar dos membros da família (Nardi, Oliveira, 2008; Araújo, Paúl, Martins, 2009).

Apoio Formal/Não Formal

No que se refere ao apoio formal o idoso dependente e sua família recebem ajudas *individuais* ou de *grupo*: dos Centros de Saúde, das Unidades de Saúde Familiar, dos agentes de apoio ao domicílio, do médico de família, do fisioterapeuta, do farmacêutico, da assistente social e do enfermeiro.

Foi possível tomar conhecimento que o tipo de cuidados prestados pelos enfermeiros das unidades de saúde se reportam, fundamentalmente, a *cuidados técnicos* como ajuda na gestão do regime terapêutico, avaliação de pressão arterial, avaliação de glicemia capilar, tratamento de feridas. Foi também notório nos discursos dos nossos participantes que, para além de limitar os cuidados a procedimentos técnicos, estes eram escassos na sua periodicidade, planeados muito espaçados no tempo. Estudos sobre a mesma matéria levados a cabo por autores apresentam dados semelhantes aos encontrados neste trabalho (Park, 2007; Araújo, Paúl, Martins, 2008; Nardi, Oliveira, 2008; Araújo, Paúl, Martins, 2009).

Identificámos um leque de apoios individuais ou de grupo, formais e não formais. Como podemos ver no quadro que se segue, ressalta o apoio dos vizinhos, dos amigos e o do enfermeiro do Centro de Saúde como os elementos com quem estabelecem relações mais fortes. Com menos frequência surge o farmacêutico, o fisioterapeuta, agentes de apoio ao domicílio e a Igreja.

Quadro 26 – Descrição das relações fortes da família com a rede e apoio social

Relações Fortes Família	G Experimental		G Controlo		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Igreja/Padre	3	9,4%	1	2,6%	4	5,7%
Enf. Centro Saúde	6	18,8%	4	10,5%	10	14,3%
Vizinho	10	31,3%	5	13,2%	15	21,4%
Enf. Centro Saúde	5	15,6%	11	28,9%	16	22,9%
Farmacêutico	2	6,3%	0	0,0%	2	2,9%
Fisioterapeuta	1	3,1%	0	0,0%	1	1,4%
Amigos	5	15,6%	11	28,9%	16	22,9%
Agentes de apoio domicílio	0	0,0%	6	15,8%	6	8,6%
Total	32	100,0%	38	100,0%	70	100,0%

São, de igual modo, os vizinhos, os amigos e os enfermeiros do Centro de Saúde ou as Unidades de Saúde Familiar os elementos considerados essenciais para impulsionar fluxo de energia nestas famílias. Vem esta situação validar que a rede e apoio social de uma família é o conjunto de actividades de natureza afectiva ou material com quem os membros do agregado familiar desenvolvem vínculos, interagem e dão suporte para melhorar o estado de saúde e a alegria de viver das famílias.

Estes dados levam-nos a corroborar com Figueiredo (2007), quando refere que a rede social é sinónimo de família, em que são estes apoios, o plano alternativo depois do apoio intrafamiliar, que dão resposta às necessidades das famílias com um idoso dependente. A autora supracitada acrescenta que, pela teoria do desenvolvimento co-extensiva à duração da vida, o tamanho da rede social ao longo do tempo é importante porque tem sido demonstrado que as famílias com redes sociais mais alargadas obtêm mais apoios nos momentos de crise acidental, como é o caso de doença crónica, e que o tamanho das redes sociais e as trocas de apoio social diminuem com a idade. As redes mínimas tendem a ser menos eficazes em situação de sobrecarga ou tensão de longa duração.

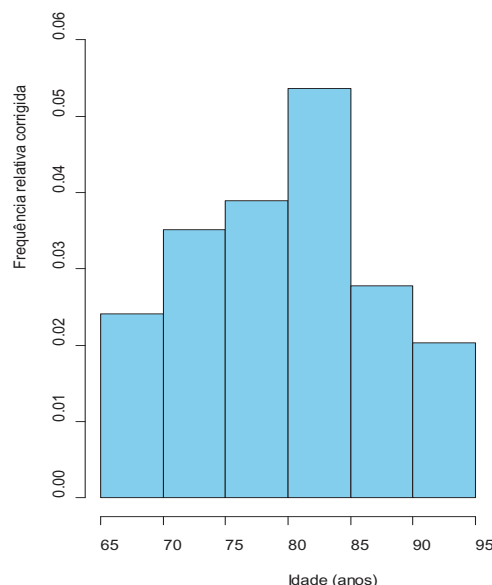
O apoio da rede social tem vindo a ser reconhecido como uma fonte importante no que se refere à prestação informal de cuidados. Os diferentes membros da rede social cumprem de forma conjunta ou individual diferentes funções: companhia social, suporte emocional, aconselhamento, cooperação instrumental ou apoio técnico de serviços (Abreu, 2000; Elsen, 2002; Caldas 2003; Carreira, Rodrigues, 2006; Pinto, Garcia, Bocchi, Carvalhães, 2006; Silveira, Caldas, Carneiro, 2006; Figueiredo, 2007; Nardi, Oliveira, 2008; Araújo, Paúl, Martins, 2008).

Como já referido, em capítulos anteriores, a promoção da saúde, onde se inclui a educação para a saúde, facilitou transformações significativas na melhoria da saúde pública. Além disso, os mais recentes avanços tecnológicos da medicina preventiva e curativa levaram ao aumento da longevidade. Assim, nas famílias actuais, é frequente encontrarmos um número maior de pessoas a viverem mais anos. O sub capítulo que se segue procura responder a: **Qual o perfil do idoso com dependência em contexto familiar? Como se caracteriza o seu contexto familiar?**

6.1.3 – O Perfil do Idoso Dependente em Contexto Familiar

Depois de descrever e caracterizar as famílias, os seus apoios e relações intra e extra familiares, tivemos interesse em identificar o perfil dos 108 idosos pertencentes às famílias em estudo. Pela análise das variáveis sócio-demográficas verificámos que a grande maioria dos idosos dependentes são do género feminino (62%, ou seja, 67 pessoas). Com o estado de Viúvo (52%) e Casado/União de facto (44%) a representarem a quase totalidade dos idosos, quase não existindo Solteiros (4%). Pelo gráfico 3 a avaliação das idades da amostra situa-se entre os 65 e 95 anos. E a média de idades foi de 80 anos.

Gráfico 3 - Representação da idade dos idosos dependentes



Poucos foram os idosos com idades superiores a 85 anos; mesmo assim, note-se que a classe mais frequente compreende as idades entre 80 e 85 anos, observando-se um forte decréscimo no número de idosos a partir desta idade. Esta leitura é comprovada pela idade média ou pela mediana e outros valores que apresentamos no quadro que se segue.

Quadro 27 - Caracterização da idade dos idosos dependentes

Coefficientes	Valor
Mínimo	65.00
Máximo	95.00
Média	80.16
1º Quartil	75.00
Mediana	81.00
3º Quartil	85.00
Desvio padrão	7.66
Coefficiente de variação	9.6%

Estes resultados estão em sintonia com dados apresentados pelo INE quando apresenta dados estatísticos dos idosos em Portugal, e corroboram estudos nacionais e internacionais (Caldas, 2003; Alves, Lemann, Vasconcelos, Carvalho, Vasconcelos, Fonseca, Lebrã, Laurenti, 2007; Aires, Paz, 2008; INE, 2008; Cabrita; 2009).

Procurámos saber o grau de dependência destes participantes³⁷. Assim, recorreremos à aplicação do Índice de Barthel³⁸. Na tabela 6 mostramos a distribuição dos idosos conforme os graus de dependência.

Tabela 6 - Avaliação da dependência dos idosos

Actividades	Grau de Dependência									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Higiene pessoal	73	67.6	17	15.7	9	8.3	4	3.7	5	4.6
Tomar banho	78	72.2	12	11.1	10	9.3	5	4.6	3	2.8
Alimentação	62	57.4	15	13.9	10	9.3	12	11.1	9	8.3
Arranjar-se dentro e Fora da casa de banho	78	72.2	10	9.3	12	11.1	1	0.9	7	6.5
Subir escadas	83	76.9	10	9.3	8	7.4	3	2.8	4	3.7
Vestir-se	71	65.7	21	19.4	5	4.6	6	5.6	5	4.6
Função intestinal	69	63.9	15	13.9	9	8.3	4	3.7	11	10.2
Função urinária	73	67.6	4	3.7	4	3.7	11	10.2	16	14.8
Transferências da cadeira e cama	71	65.7	19	17.6	5	4.6	5	4.6	8	7.4
Mobilidade	70	64.8	13	12.0	10	9.3	5	4.6	10	9.3

Conclui-se, imediatamente, que a grande maioria dos idosos é totalmente dependente em todos os itens da escala, ou seja, em todos os autocuidados, uma vez que grau de dependência total é sempre maioritário, chegando a atingir mais de três quartos

³⁷ Recordamos que um critério de inclusão foi que as famílias tivessem um idoso e com dependência em pelo menos um autocuidado e dependente há pelo menos um ano.

³⁸ A escala mede a independência funcional e a morbilidade avaliando a dependência em categorias: 1 - dependência total; 2 - grave dependência; 3 moderada dependência; 4 - muito leve de dependência e 5 - independência. Na tabela os graus de dependência dos idosos foram apresentados pelos seus números por uma questão de simplicidade de apresentação.

dos idosos, seguindo-se o grau de grave dependência ocupando quase sempre o segundo lugar. Existem muito poucos idosos com moderada dependência e muito poucos com leve dependência. Estudos que procuraram identificar o nível de dependência de idosos no âmbito domiciliário concluíram com particular relevância que os idosos eram muito dependentes (Thober, Creutzberg, Veigas; 2005; Pinto, 2009).

Tivemos interesse em saber a causa primária que originou a dependência e concretamente há quanto tempo estão dependentes.

Como podemos observar na tabela 7, a principal causa de dependência foram as doenças do sistema circulatório (onde está incluído o Acidente Vascular Cerebral), com um pouco mais de metade das respostas.

Tabela 7 - Etiologia da dependência dos idosos

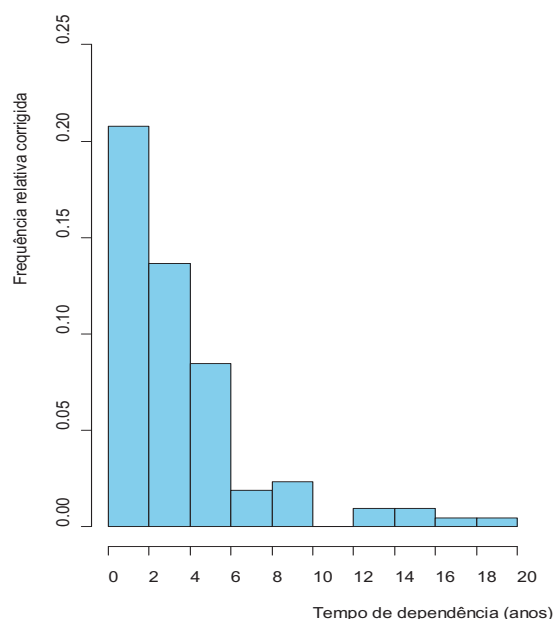
Etiologia da Dependência	Nº	%
Tumores	6	5.6
Doenças endróquinas	4	3.7
Transtornos mentais e comportamentais	12	11.1
Doenças do sistema nervoso	17	15.7
Doenças do sistema circulatório	60	55.6
Doenças do aparelho digestivo	1	9.3
Doenças do sistema osteomuscular	1	9.3
Lesões, envenenamentos, e outras consequências de causas externas	7	6.5
Total	108	100.0

Seguindo-se a grande distância as doenças do sistema nervoso (16%), os transtornos mentais e comportamentais (11%), as doenças do aparelho digestivo e as doenças do aparelho osteomuscular (ambas com cerca de 10%), as lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (6.5%), os tumores (6%) e, por fim, as doenças endróquinas (4%). Observa-se, assim, uma concentração acentuada dos motivos de dependência. Estudos recentes apresentam resultados semelhantes quando procuram identificar a causa da dependência em idosos (Aires, Paz, 2008; Cabrita, 2009; Lage, 2009).

Idosos portadores de doenças crónicas e com comprometimento da capacidade funcional tem implicações nos próprios, uma vez que a incapacidade origina maior vulnerabilidade, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida, para a família, comunidade e para o sistema de saúde e social.

Deste modo, procuramos saber há quanto tempo estão estes idosos dependentes. O gráfico que se segue permite verificar que predominam claramente os tempos baixos, à medida que se considera tempos mais elevados, o número de idosos vai diminuindo, no entanto contactamos com famílias com idosos dependentes há mais de 12 anos sendo o máximo 20 anos com dependência. A média é de 4 anos.

Gráfico 4 - Representação do tempo de dependência dos idosos



Tendo em conta as características do idoso dependente, a tipologia familiar onde está inserido, procuramos saber um pouco mais sobre o contexto mais íntimo destas pessoas, alguns dos seus valores e relações intra e extrafamiliares.

Contexto Privado do Idoso Dependente

Os idosos dependentes, além de dependerem directamente do cuidador e da sua família, encontram-se ligados a um espaço físico que, por si só, o torna cativo. A casa é esse espaço físico que envolve o idoso e que quase sempre o retém limitado a uma das suas dependências: a um quarto.

O tipo de habitação onde estavam os idosos converge para dois tipos de casas distintas: casas de construção recente e casas antigas. Salientamos que entre elas surgem algumas particularidades comuns: independentemente da antiguidade, ambas sofreram adaptações com vista a proporcionar mais conforto ao idoso e diminuir as barreiras arquitectónicas das construções. Alguns detalhes do contexto mais íntimo do idoso dependente podem ser obtido pela leitura do quadro que se segue.

Quadro 28 – Categoria: contexto físico que acolhe o idoso dependente

Casa onde o Idoso Vive		
Categoria	Sub-categoria	Unidade de Registo
Construção Recente	Limpa e arrumada	(N:18,20,22,28,44,49)
	Adaptada recentemente para mais conforto do idoso	(N:20,22,44) Adaptaram o R/Chão da casa para ele se mobilizar melhor. Construíram 2 rampas uma para o exterior outra no interior da casa que dá acesso ao 1º andar. Também fizeram escadas interiores que não existiam na casa, fizeram ligação com a garagem. Colocaram corrimão.
Construção Antiga	Cómodos pequenos	(N:1,6,14,16,19,21,23,26,27,29,40)
	Limpa e arrumada	(N:1,2,5,9,10,11,12,16,17,19,21,23,24,25,26,27,31,33,39,42,43,45,46) Muito preocupada com a arrumação da casa: "tomei o pequeno-almoço mas já lavei a loiça" (C4)
	Muita mobília	(N:1,4,12,16,33,40)
	Adaptada recentemente para mais conforto do idoso	(N:3,5,8,10,12,17,26,27,39,41,43,46,48) Quarto adaptado para distribuição do material necessário aos cuidados (C27); Cômoda só com roupa para o idoso e armário com medicação com material de higiene separado (C12)
	Desarrumada	(N:4,6,8,13,14,29,40,41) Idosa dorme num divã, onde era o salão de cabeleireiro, com máquina de lavar roupa e aspirador (13)
	Cómodo improvisado para o idoso	(N:10,13,19,21,23,26,33,43,45, 48) Quarto do idoso adaptado com cama articulada e outra paralela onde dorme a esposa (C21); A idosa vive num anexo que um filho construiu para acolher a mãe. Tem uma cozinha, um wc e um quarto (N45).

As adaptações foram realizadas com vista a proporcionar mais conforto ao idoso e diminuírem as barreiras arquitectónicas das construções, como podemos confirmar pela expressão de um cuidador *"para o meu pai ter a possibilidade de ir até ao 1º piso, para participar nos almoços ou jantares de família; nunca o colocamos à parte...tenho feito um esforço muito grande para que o meu pai não pense que é um peso na nossa vida"*. (C22) Para o conseguirem, uns adaptaram o r/chão da casa para que o idoso se mobilizasse melhor, outros construíram rampas, umas no exterior, outras no interior da casa, para dar acesso ao 1º andar; também houve quem fizesse escadas interiores que não existiam, fizeram ligação com a garagem ou colocaram corrimão. (C:3,5,8,10,12,17,22,26,27,39,41,43,46,48)

A alteração da disposição dos móveis foi também uma estratégia para dar resposta às necessidades do idoso e de quem deles cuida, tornando o espaço funcional e prático. Reparámos em particularidades de algumas famílias em que foi disponibilizada uma *cômoda só com roupa para o idoso e armário com medicação com material de higiene separado*. (N: 5,10,15,16,18,19,20,22,34,36,39,42,43)

Mais destacámos que, na primeira visita, as habitações destas famílias apresentavam-se em grande parte, limpas e arrumadas (N:1,2,5,9,10,11,12,16,17,18,19,20,21,22, 23,24,25,26,27,28,31,33,39,42,43,44,45,46,48,49) e com a frequência das nossas visitas aconteceu uma preocupação crescente em tê-las ainda mais arrumadas.

Nas casas mais antigas surgem algumas características representativas da época de construção, tal como cómodos pequenos (N:1,4,6,14,16,19,21,23,26,27,29,33,40), o que por sua vez implica a existência de muita mobília (F:1,4,14,16,33,40); surgem quartos improvisados para o idoso, sobretudo, com o objectivo de manter o casal de idosos juntos. Lembramos que o modelo familiar que tinha maior representatividade no nosso estudo foi a família nuclear, ou seja, formado pelo idoso e seu par. Este factor vem demonstrar uma preocupação em manter o conforto através das adaptações físicas, mas complementadas pela aproximação afectiva entre o casal, demonstrada quando nos confessam que “*o nosso quarto foi adaptado para podermos dormir juntos*”. (C: 3,16,19,21,23,36,38,43)

Evidenciámos que, destas famílias, em duas há a partilha da cama de casal pelo idoso dependente e pelo cônjuge (cuidador), não pela falta de recursos ou proposta de mudança por parte de profissionais de saúde, mas pelo hábito e pela necessidade de manter a relação afectiva, a aproximação física do casal (C:23,38).

No entanto, o mais comum foi encontrarmos o quarto com duas camas para ficarem juntos um do outro: no quarto onde está o idoso tem a cama dele e ao lado a do cônjuge; a cama do idoso é articulada. Esta aproximação, nalguns contextos, revelou a evidente falta de espaço para cuidar de pessoas dependentes.

Embora primem pela limpeza, como relatámos anteriormente, também raiam nas construções antigas casas desarrumadas (N:4,6,8,13,14,29,40,41), situações relacionadas com a necessidade de conciliar para proporcionar a melhor resposta, tal como a existência de um “*quarto de uma idosa foi improvisado...dorme num divã, onde era o salão de cabeleireiro da filha... com máquina de lavar roupa e aspirador, outros electrodomésticos*” (N:13). Mas esta necessidade de aproximação familiar nem sempre é revelada de uma forma inclusiva no seio familiar, sendo suplantada esta situação por uma aproximação paralela, mas não debaixo do mesmo tecto, constatamos que uma idosa vivia “num anexo que um filho construiu para a acolher. Esse anexo tem uma cozinha, uma casa de banho e um quarto” (N:45), o que originou a independência da família. Uma família de três gerações converte-se numa família unipessoal e outra nuclear.

Da evidência produzida em estudos recentes identificam resultados semelhantes, salientando as alterações físicas na casa, necessárias para facilitar a prestação de cuidados e promover a adaptação à nova condição de vida das famílias (Decesaro, Ferraz, 2006).

A preocupação em promover um ambiente mais adequado não se restringe às alterações físicas e aos apoios de material de suporte às técnicas. Verificámos que, independentemente da construção, se registam diferentes ambientes no quarto dos idosos, pois grande parte deles era aquecido com recurso a aquecedores (N: 5,17,22,26,27,31,42,44,45), no entanto, esta realidade não é comum a todos os idosos; encontrámos um número considerável de

quartos frios (N:1,2,4,6,12,14,15,20,25,27,29,39,40,41) e destes, alguns com humidade (N:6,13,14,25) e também alguns com pouca luz natural. A existência de saneamento básico na casa revelou-se já um factor comum, no entanto, uma família destacou-se pelo facto de não ter casa de banho dentro de casa (C1).

Estas particularidades nos quartos dos idosos destacaram-se ainda mais pelo facto de o nosso período de intervenção nas famílias, no grupo experimental, se enquadrar predominantemente na época de Outubro a Março, em que as adversidades climatéricas da época de Inverno, como o frio e a humidade, mais se evidenciam.

Neste contexto físico surgem objectos alusivos a crenças e valores destas famílias que nos ajudam a entender a forma como acolhem o idoso dependente.

O conjunto de crenças e valores que adquirimos ao longo da vida são determinantes do comportamento. Algumas podem ser extremamente úteis, como acreditar que tudo o que nos acontece pode ser uma oportunidade. Outras podem ser negativas, como a de se acreditar vítima das circunstâncias.

Os valores operam juntamente com as crenças para dar significado e motivação no dia a dia. Os valores e as crenças dão suporte à identidade e à missão de uma pessoa ou grupo, oferecem o reforço, motivação, permissão, que promove ou inibe as capacidades e comportamentos em particular. Os valores e as crenças são apoiados por uma série de habilidades e capacidades necessárias para manifestar determinadas acções, num determinado ambiente ou contexto. Nos grupos, organizações e sistemas sociais, os valores formam um tipo de moldura imaterial que contorna toda a interacção das pessoas dentro de um sistema (Dilts, 2001; Giddens, 2008).

A nossa observação, pela possibilidade de nos entrosarmos no contexto físico e na envolvente familiar, permitiu-nos ter uma plena percepção dos valores destas famílias através dos objectos que decoravam os ambientes do espaço circunscrito ao idoso, as categorias que emergiram estão descritas no quadro que se segue.

Quadro 29 – Categoria: crenças e valores familiares

Crenças e Valores		
Categoria	Sub-categoria	Unidade de Registo
Objectos Decorativos	Religiosos	(F:1,3,10,11,12,16,17,18,21,22,24,26,33,39,40,43,48...) Com a biblia na mesa da sala em frente á porta de entrada (11); Com sinais religiosos "santos na parede"(39); tenho o rádio a despertar as 18:30 para ouvir o terço diariamente (C16)
	Ornamentais	(F:1,12,18,28...) Fotografias de família espalhadas pela parede junto à cabeceira da cama da idosa (1); quadro em ponto de cruz com a data das bodas de 50 anos de casados (12); muitas fotografias dispersas por toda a casa (28) (4,28...) Com muitas flores (artificiais) muitos quadros e objectos de decoração com muitos adornos (28)
	Desportivos	(1) o símbolo do FCP e imagens de jogadores

Sobressaem nestes espaços, como uma complementaridade da pessoa do idoso, sobretudo os valores religiosos ^(N:1,3,10,11,12,16,17,18,21,22,24,26,33,39,40,43,48) como *“a Bíblia na mesa da sala em frente à porta de entrada”* ^(N:11), *“imagens de santos na parede”* ^(N39), e *“um rádio programado para despertar as 18:30 para ouvir o terço diariamente”* ^(N16). A religiosidade como cuidado à saúde está presente em várias famílias como parte integrante da formação cultural, são conhecimentos e conceitos transmitidos de geração em geração, por meio da interacção das pessoas, tendo um significado importante no processo de cuidar, em especial em famílias com um dos seus elementos portador de doenças crónicas (Carreira, Rodrigues, 2006).

Surgiram, ainda, os valores familiares actuais e ancestrais com *“fotografias de família espalhadas pela parede e junto à cabeceira da cama da idosa”* ^(N:1,12,18); *“quadro em ponto de cruz com a data das bodas de 50 anos de casados”* ^(N12); *“muitas fotografias dispersas por toda a casa”* ^(N28); e, surgem em menor significado, valores desportivos como o *“símbolo do Futebol Clube do Porto”* ^(N1) a decorar o quarto figuram outros aspectos decorativos, predominantemente *“flores artificiais”*, ^(N:4,28) *“muitos quadros e objectos de decoração com muitos adornos”* ^(N:28).

É neste contexto com as características que acabamos de descrever e com a envolvente humana do idoso e sua família que se acolhem as visitas que o idoso recebe. As visitas são sobretudo de familiares, principalmente dos filhos, e cada uma destas visitas tem os seus *timings*. Há visitas que são diárias e que se reflectem em actos planeados, como nos referiu uma cuidadora *“doei terrenos a todos os filhos junto da minha casa... assim estão todos juntos e todos se dão bem, todos os dias vêm cá... mesmo o filho que vive mais longe todos os dias por volta das 9 da noite visita o pai...às vezes eu até já estou na cama”* ^(C10) *“Tem visita diária dos filhos e filhas...mas tudo muito a correr”* ^(C19). As visitas diárias geralmente são dos filhos que vivem mais próximo. Durante a nossa intervenção tivemos oportunidade de presenciar entrada e saída de alguns filhos, noras e netos.

Pelos recortes das notas de campo entendemos que outras visitas são semanais *“todas as semanas tem visita de todos os filhos e filhas, menos o filho que está na Alemanha...outros só visitam a meio da semana e ao Sábado e Domingo, todos fazem uma visitinha... todos os filhos o visitam todas as semanas”* ^(C16). *“Aos fins-de-semana o meu filho vem cá”* ^(C23). Estas visitas semanais, tal como se destacou nos exemplos citados, incidem particularmente ao fim-de-semana.

Surgem também visitas esporádicas *“por vezes tem visita de uma nora, mas não ajuda em nada porque eu também não quero”* ^(C1) *“neste fim-de-semana recebeu visita*

de uma irmã” (C29). “As minhas irmãs só visitam a mãe de vez em quando” (C13), “alguns só aparecem uma vez por ano e de fugida” (C15). Podemos constatar, através das vivências narradas, que estas visitas, independentemente da frequência, caracterizam-se por visitas com curta duração, nas quais se fala pouco ou até se evita falar sobre o estado de saúde do idoso como relatou um cuidador “os outros filhos fazem visitas com alguma frequência mas nunca me perguntam nada sobre o estado da mãe...é uma visita de médico...até o meu irmão que vive aqui quando eu digo que vou com a mãe aqui ou acolá ele diz está bem (tu) é que sabes essas coisas” (C27). Os relatos fazem pensar que este tipo de visitas, são visitas de cortesia. Pautam-se como presenças com duração curta, ditando uma relação de partilha de relações muito específicas. Aparentemente, consequência de obrigação moral e social, mas que assumem uma importância fundamental para quem cuida do idoso dependente. Este tipo de visita promove essencialmente apoio emocional, num clima de simpatia e estímulo.

A ponderação que a família assume na prestação de cuidados ao idoso dependente é uma realidade já bem conhecida. Mesmo onde a oferta da rede de serviços formais de apoio são alargados, a família continua a desempenhar o papel principal no suporte ao idoso dependente em contexto familiar com escassos recursos físicos e humanos. Desta forma, tivemos necessidade de reconduzir o nosso estudo para o reconhecimento do cuidador familiar.

6.2 - (RE) CONHECER E CUIDAR DO CUIDADOR FAMILIAR

Aceitamos que prestar cuidados é percebido pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida da família. Embora os cuidados no seio da família se processem de uma forma quase natural, quando a queremos analisar estes revestem-se de alguma complexidade, pois em causa estão os contextos e a relação entre quem recebe os cuidados e quem cuida. Os trabalhos de Squire (2005) fazem alusão a três dimensões na prestação de cuidados: responsabilidade/tomar conta de alguém; satisfazer/responder às necessidades de alguém; sentir preocupação, interesse, consideração e afecto pela pessoa de quem se cuida.

Toda a envolvente, da segunda fase desta investigação, versa cuidar da família com um idoso dependente. O facto de referir o idoso como dependente implica intrinsecamente falar da assistência ou ajuda que a dependência determina.

Pela nossa experiência, profissional e como investigadores, leva-nos a afirmar que a prestação de cuidados, ao idoso dependente, em contexto familiar, é efectuada por familiares. O sentimento de obrigação e solidariedade, dever moral e social está subjacente à determinação dos cuidadores familiares (Araújo, Paúl, Martins, 2009). Por este facto tivemos curiosidade em saber: ***Quem é o familiar que assume o papel de cuidador principal? Que cuidados presta? Como se organiza diariamente para a prestação de cuidados? Há outros elementos da família que cooperam na prestação de cuidados? Como desenvolveu habilidades e conhecimentos para assumir o papel de cuidador?***

A análise de conteúdo das notas de campo e os relatos dos participantes permitiram-nos identificar que o cuidador principal é um familiar do idoso dependente, particularmente, mulheres, que, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras, dos seus maridos ou pais. Aliás, não é só em Portugal que as mulheres são as *grandes cuidadoras* dos idosos com dependência, como nos refere Karch (2003) salvo por razões culturais muito específicas, a mulher é cuidadora tradicional.

Assim, os nossos participantes apresentam o mesmo perfil do que é descrito na literatura nacional e internacional. Em que são apontados quatro factores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados ao idoso dependente: género (principalmente mulheres); grau de parentesco (cônjuge; Filhas/Filhos); proximidade física (vivem juntos) e proximidade afectiva (existem grandes laços de afecto). Nas nossas vivências tivemos oportunidade de constatar que são esposas ou filhas e muitas delas com mais de 65 anos. Este fenómeno tem um carácter sociológico feminista das sociedades mediterrâneas. Estas mulheres cuidam de vários membros da família ao longo do desenvolvimento da mesma: primeiro cuidaram dos filhos, depois dos pais idosos e mais tarde do marido. (Esping-Andersen, 1999; Michelson, Tepperman, 2000; Imaginário, 2002; Caldas, 2003; Karsch, 2003; Lavinsky, Vieira, 2004; Almeida, Miranda, Monetiro, 2005; Paul, Fonseca, 2005; Martins, 2005; Thober, Creutzberg, Veigas, 2005; Santos, 2004; Goldani, 2004; Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006; Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana, Vicente, 2006; Lage, 2007; Sousa, Figueiredo; Cerqueira, 2006; Silva 2006; Silveira, Caldas, Carneiro, 2006 Figueiredo 2007; Meira, Gonçalves, Xavier, 2007; Soares, Munari, 2007; Arruda, Alvarez, Gonçalves, 2008; Montezuma, Freitas, Monteiro, 2008; Lage, 2009).

Apesar do predomínio das mulheres, a participação dos homens foi sentida, tanto no papel de cuidadores principais como secundários, tivemos três cuidadores principais masculinos dois maridos e um filho a cuidarem de mulheres.

Pelo já descrito em capítulos anteriores, podemos expressar que as alterações demográficas e epidemiológicas também produzem transformações na figura dos cuidadores familiares. A modificação da estrutura das famílias, a consequente diminuição do agregado familiar disponível faz emergir a geração dos *Cuidador seniores* e alguns deles do género masculino.

Cuidar de uma pessoa idosa surge frequentemente como a continuação de uma relação. É visto como uma extensão de cuidados, em que as actividades desenvolvidas cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a sobrevivência e bem-estar dos idosos. Nas falas dos cuidadores percebemos que prestam: cuidados de *prevenção*, *supervisão*, de *suporte emocional*, *suporte financeiro*, *cuidados de assistência nas actividades básicas de vida diárias* e nas actividades *instrumentais de vida diária*. Este dado reforça o que tem sido identificado noutros estudos realizados em famílias com um dos seus elementos com necessidade de apoio no autocuidado (Paúl, 1997; Knishs, Franco, 2005 Lage, 2005; Figueiredo, 2007; Meira, Gonçalves, Xavier, 2007; Marcon, Sassá, Soares, Molina, 2007; Arruda, Alvarez, Gonçalves, 2008).

Quando os cuidadores foram confrontados directamente com a questão de “*Como é que se organiza a família para prestar cuidados ao idoso?*” Da análise dos dados emergiram as categorias que apresentamos no quadro que se segue.

Quadro 30 – Categoria: organização do cuidador na prestação de cuidados

Organização do cuidador na prestação de cuidados		
Categoria	Sub-categoria	Unidade de Registo
Prioridade Cuidados	Idoso	(12 Participantes) "por volta das 9h vou-lhe dar o pequeno almoço á cama a ele e depois tomo o meu" C3; "às 6 h levanto-me para lhe dar o comprimidinho da diabetes...depois ferveo leite para lhe dar" C21; "de manhã ponho-me a pé trato dela lavo-a...ponho-a prontinha" C26; "levanto-me e a 1º coisa antes de tratar de mim vou tratar dela" C46
	Cuidador	(14 Participantes) "a primeira coisa vou lavar a cara e as mãos...Cuido de mim... levanto-me vou à casa de banho, tomo banho e venho fazer o pequeno almocinho"C1
	Cuidador e família	(5 participantes) "levanto-me as 7h trato de 2 meninos: a minha filha que tem 5 anos e faz sábado 6 , primeiro arrango-me eu e depois vou para a menina e dou-lhe o pequeno almoço. Depois vou cuidar doutro que é o meu Rafael que vai fazer 2 anos faço-lhe igual visto-o dou-lhe o pequeno almoço. Deixo na escola por volta das 9h. Venho para aqui e trato do senhor Costa"C5; "O meu dia é sempre a andar, ando sempre a trabalhar, ponho-me a pé as 6 h, vou á padaria buscar o pão, ele está a dormir. Tomo o meu cafezinho e depois chamo a minha filha aí as 6:45, ela vem para cima e cuidamos dele, ela vai trabalhar e o filho vai para a escola e eu continuo com ele. As 9 h vem a minha cunhada ajudar-me a vesti-lo para o preparar para ir para a fisioterapia"C48

Constatamos que estabelecem prioridades relativizadas para três opções, respectivamente, por ordem de maior frequência: O *seu auto-cuidado* básico para posteriormente poder cuidar do idoso, o *cuidar do idoso como prioridade* e, minoritariamente,

há famílias que se organizam de forma a *cuidar de si e dos outros elementos do agregado familiar* deixando para último plano o cuidar do idoso.

Pelas notas de campo, obtivemos, ainda, a informação acrescida de quais são os cuidados que prestam. Salientando-se estes como os **cuidados directos**, ao nível do apoio nas *Actividades de Vida Diária*, como cuidados de higiene pessoal, apoio no vestir, na mobilidade (levantar, transferências e apoio na deambulação), na alimentação, na eliminação, asseguram todos os autocuidado exprimindo-se por “faço tudo” (C:1,3,4,6,14,16,18,19, 23,24,25,26,27,29,31,33,40,41,42,44,45,46,48,49) e *Actividades instrumentais de vida diária* como: transporte para se deslocar em contexto interno ou externo ao seu ambiente, compras para casa e material de apoio, tarefas domésticas, preparar as refeições, cuidados com a roupa e com a casa, administração de terapêutica como fazer “os vapores e aspiração” (C:5,31) “a medicação” (C:1,3,5,6,10,18,27,29,33,39,42,49). Prestam, ainda, **apoio emocional** e promovem a auto estima dos idosos. Narraram, que os **cuidados de prevenção e tratamento** são assegurados, traduzido por marcar e acompanhar nas consultas “Vou às consultas com ela” (C:3,27,29) “no dia 7 vou ao hospital” (C3). Os **cuidados de supervisão** foram expressos por “tomo conta dela” (C:1,3,16,22,23,26, 27,31,33,41,44,45,48,49). Assim, podemos reconhecer que a alteração na estrutura das famílias, a sua longevidade, não só altera a figura do cuidador como se torna evidente que prestam cada vez mais cuidados e cuidados mais complexos.

Verificamos, ainda, que muitos dos cuidadores prestam cuidados durante 24 horas por dia, outros algumas horas e ainda outros só alguns dias por semana. Este papel como prestador de cuidados, implicou a aquisição de habilidades e conhecimentos pessoais e técnicos. Assim, direccionamos, também, esta investigação de forma que nos permitisse compreender como é que aprenderam a cuidar de um idoso dependente.

Quadro 31 – Categoria: processo de aprendizagem do cuidador

Aprendizagem do cuidador		
Categoria	Sub-categoria	Unidade de Registo
Processo de aprendizagem	Tentativa erro	Aprende a cuidar da minha esposa por iniciativa; Não tive formação aprendi sozinha (C:1,5,31).
	Observação	Quando os enfermeiros prestavam cuidados á idosa estava muito atenta (C24); vi os enfermeiros prestar cuidados quando estive internado no hospital em Lisboa por acidente de trabalho (C1)
	Experiências anteriores	Já cuidei do meu pai que esteve dependente durante 1 mês.(C11) “já estou habituada cuidei do meu avô durante 3 anos”(C13). Inicialmente foi complicado porque ela tinha diarreias abundantes “agora está tratada”(C15)
	Instrução de profissionais de saúde	Ensinarão-me no hospital (17)

Com base nas narrativas dos cuidadores, identificamos diferentes subcategorias que estão referenciadas no quadro acima, esse processo de aprendizagem, resultou, muitas vezes como consequência de tentativa erro, em que aprendeu a cuidar da esposa por **iniciativa**, ^(C:5,31), por **observação** da prestação de cuidados “quando estive internado no hospital em Lisboa por acidente de trabalho” ^(C1) “quando os enfermeiros prestavam cuidados estava muito atenta” ^(C24), por **experiências prática** adquiridas em situações anteriores, como “já cuidei do meu pai que também foi dependente durante um mês”. ^(C11), “Já estou habituada cuidei do meu avô durante três anos” ^(C16). E, ainda através da **instrução** por profissionais de saúde, “foi ensinado no hospital” ^(C11). Assim, a habilidade e o conhecimento da actividade de cuidar são construídos na prática diária, na qual o cuidador aprende com os seus erros e acertos, seguindo um caminho inverso da trajectória profissional, o qual primeiro tem contacto com o conhecimento e é treinado e só depois está habilitado para exercer a actividade.

O nosso trabalho de campo permiti-nos reconhecer que muitos cuidadores são um bom exemplo de aprendizagem adquirida, qualquer que tivesse sido o processo dessa aprendizagem. Encontramos cuidadores que se consideravam capazes para a intervenção dizendo “agora ele já está mais calmo e sinto-me habituada para cuidar dele” ^(C18), “sinto-me mais segura na prestação de cuidados” ^(C27); “já não tenho muitas dificuldades em cuidar... já estou habituada” ^(C:17,21,48).

Como a aprendizagem assenta num processo contínuo de aquisição de conhecimentos encontramos alguns cuidadores, que por conhecerem as necessidades do idoso e por terem algumas noções das exigências das intervenções revelaram algumas dificuldades principalmente na mobilização do idoso e falta de conhecimentos para lidar com a sonda nasogastrica ^(N:18,44). Tal como definimos anteriormente, é na aprendizagem, e no compilar de conhecimentos que surgem as dificuldades. Contudo, as dificuldades dos cuidadores, com quem contactamos, dependiam de vários factores como grau de dependência do receptor de cuidados; estado de saúde do cuidador; (in)existência de pessoas que prestam ajuda complementar; utilização/acesso ou não de serviços de apoio; poder económico; participação ou não no mercado do trabalho. Apesar destas dificuldades, por estudos recentes, as famílias na sua singularidade desenvolvem e aperfeiçoam habilidades para melhor cuidar dos seus membros idosos dependentes (Hanson, 2005; Knihs, Franco, 2005; Decesaro, Ferraz, 2006 ; Arruda, Alvarez, Gonçalves, 2008).

Todo este processo assenta no preceito de que o Homem é um ser educável e, a educação é um processo que visa criar condições para que todos se desenvolvam de

forma a serem capazes de responder aos desafios e exigências diárias através de uma participação activa, consciente e apoiada em decisões autónomas.

Quando alguém assume a responsabilidade da prestação de cuidados, este papel é intransferível, consciente ou inconscientemente, por opção ou não. Alguns dos relatos evidenciam esta situação “*nunca dei espaço para os filhos ajudarem a cuidar do pai... mas vou tentar mudar...sou mãe galinha...tenho que dar mais espaço aos meus filhos*”^(C33). Estes cuidadores principais, na sua maioria, acumulam o papel de cuidador, papel terapêutico, com outros papéis, que sobressaíram tanto nas notas de campo como nas entrevistas, assim emergiram diferentes subcategorias, conforme ilustra o quadro que se segue.

Quadro 32 – Categoria: processos familiares

Processo Familiares		
Categoria	Sub-categoria	Unidade de Registo
Papel Familiar	Dona de casa	Sou eu que trato de arrumar a casa de fazer tudo(C1); Faço todas as tarefas domésticas (C6); Estava a preparar o almoço para ela, para o filho e para a idosa.(F13); a esposa atrasou-se a fazer o almoço(F16); Andava a tratar da roupa que estava a secar (F14,41,42); Organizo a minha vida em função do dos cuidados que faço ao tio. Por volta das 8 h faço os cuidados de higiene e por volta das 11.30 dou-lhe o almoço. Após dar o almoço vou para a minha casa e depois volto para o lanche e jantar (C31); Faz comida separada para a idosa e á parte para ela e para o marido; Estava a arrumar a toalha da mesa da sala “ sabe almoçamos aqui eu gosto”(F42); Asseguro todos os cuidados e actividades domésticas (C33)
	Terapeuta	Relatou toda evolução clínica da tia até ao momento actual, que cuidados lhe prestava (F16) As filhas estavam preocupadas levaram a mãe a um médico de medicina interna (por nós indicado) e este fez alterações terapêuticas (F19);Faço o penso diariamente ao pai e 2xs por semana as enfermeiras do centro de saúde vem cá ver(22); Tenho um armário que está no quarto da idosa só para a roupa da cama separada das camisas de dormir, outro armário para o material como fraldas, luvas, compressas, sacos colectores de urina e também tenho um espaço próprio para a medicação (C42).
	Provedor ou chefe de família	Foi sempre eu que assumi geri o dinheiro (C33)
	Organizador actividades recreativas	Fazem muitos almoços ou jantares com os filhos casados e os filhos organizam festas para conviver com primos (F46)
	Socializador/Prestador de cuidados à criança	Tenho passado mais tempo na rua porque vou levar a minha neta que tem 4 anos ao balé (C46); Por vezes cuido da minha neta que tem 4 anos “é o nosso tesouro (C46)

Desses, destacaram-se: o **ser provedor ou chefe de família** sendo como mentor nestas funções de provedor que regista a administração de uma **gestão financeira agravada**. Constatamos que a maioria dos cuidadores enfrentava dificuldades financeiras importantes, a questão económica foi mencionada como um problema sério e constante no seu quotidiano, interferindo de forma significativa no cuidar do idoso em contexto familiar. Esta gestão financeira pauta-se pelo **(de)fraude** quando revela que “*a filha mais velha roubo-lhe 800 contos, levava a mãe ao banco para assinar e levantava o dinheiro*”^(C1); pauta-se pelos **custos elevados das terapêuticas** “*tenho muitas despesas com o meu marido, em medicação e material descartável*”^(C:10,4,13), e pauta-se pelo **apoio social insuficiente**

que obriga a acumular funções e recorrer ao rendimento pessoal em prol do idoso “*Um dia por semana faço trabalhos de limpeza numa casa privada, para ganhar um pouco mais*” (C41)

“Tenho que me socorrer do meu vencimento porque a reforma da minha mãe já não chega para as despesas” (C17). A falta de financiamento pode afectar a saúde do cuidador e até a saúde de toda a família. A literatura disponível sobre dificuldades financeiras nas famílias cuidadoras faz referência que alguns cuidadores, na sua maioria filhas, desistem dos seus empregos ou reduzem a sua força de trabalho para prestarem cuidados aos pais idosos (Barber, 1999; Caldas, 2003; karsch, 2003; Nunes, Alves;2003; Lavinnsky, Vieira,2004; Almeida, Miranda, Monetiro, 2005; Thober, Creutzberg, Veigas, 2005; Carreira, Rodrigues, 2006; Decesaro, Ferraz, 2006; Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana, Vicente, 2006; Silveira, Caldas, Carneiro, 2006; Sousa, Figueiredo; Cerqueira, 2006; Meira, Gonçalves, Xavier, 2007; Marcon, Sassá, Soares, Molina,2007; Arruda, Alvarez, Gonçalves, 2008; Montezuma, Freitas, Monteiro, 2008).

Destacou-se, ainda, o papel de **dona de casa** gerindo os ambientes quer internos quer externos “*tenho de cozinhar, arrumar a casa tratar da roupa... tratar da bicharia*” (C:3,4,6,12,27,40)

Estas acumulações de papeis, em frentes distintas e em simultaneidade, como dona de casa e, provedor, entre outros, consomem por si só energias ao cuidador, implicam desgaste físico e psicológico. Sentem-se muito cansados conforme ficou evidente pelos relatos dos cuidadores: “*porque não posso sair de casa... este trabalho já dura há 3 anos*” (C14), “*tendo que ir para a fisioterapia... já pensei em deixar este trabalho... mas não tenho coragem por ele*” (C31). “*Agora estou sempre preso não tenho quem fique com ela... Um homem fica cansado... O meu filho já me disse: o pai vai ficar doido por estar sempre aqui preso*” (C1)

Cuidar de um idoso dependente pode ser visto como uma oportunidade de enriquecimento pessoal, emocionalmente gratificante, mas, também não é menos verdade que se pode tornar um trabalho com consequências sobre a saúde e bem-estar físico, psicológico, social e espiritual do cuidador.

A revisão da literatura permite-nos dizer que a sobrecarga física, emocional e socio-económica do cuidador de um familiar é elevada. Dependendo do tipo de tarefas e responsabilidade exigida perante o grau de dependência do idoso, o cuidador fica fisicamente exausto, emocionalmente perturbado e socialmente isolado, ficando muitas das vezes incapaz de cumprir o seu papel terapêutico (Pimentel, 2001; Augusto, 2002; Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado, Martins, 2002; Caldas, 2003; Lavinnsky, Vieira,

2004; Santos, 2004; Correia, Teixeira, Marques, 2005; Gómez, Ferrer, Rigla, López, 2006; Meira, Gonçalves, Xavier, 2007; Campbell, Wright, Oyeboode, Job, Crome, Bentham, Jones, Lendon, 2008).

Este conjunto de situações abraça aspectos diversos que interfere no dia a dia do cuidador, que o impede muitas vezes de realizar actividades promotoras de saúde. O enorme investimento na tentativa de resolver os problemas faz com que estas pessoas organizem as suas vidas em torno das vivências da doença, o que as leva a paralisarem a viverem fechadas num universo reduzido direccionando grande parte do seu tempo para o cuidar do idoso dependente.

Como solução para este fenómeno, e como autodefesa, alguns cuidadores criam algumas estratégias de coping. Nos anos oitenta, Lazarus e Folkman, Peralin e Schooler definiram *coping* como uma mudança constante de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com diferentes exigências externas ou internas, vistas como sobrecarga que pode pôr em risco os recursos de saúde. Assim, na perspectiva dos autores, cada pessoa desenvolve um conjunto variado de estratégias de coping, estas podem ser classificadas em três grandes grupos: Respostas que mudam o acontecimento causador de stress; Respostas que controlam o significado do acontecimento causador de stress; Respostas que controlam o próprio stress (Hanson, 2005). Pelas vivências que tivemos, com os cuidadores, estes controlam o seu próprio stress tentando manter algumas actividades sociais, momentos de convívio com familiares e amigos... *“tenho que organizar a vida de forma a dar qualidade de vida ao meu pai, mas também tento manter alguma vida social...à 6ª feira à tarde vou ter com uma amiga a outra semana estive 3 dias de férias, fui para cima com a minha filha que está a viver em Bragança....Estive uma semana nos Açores em casa do meu filho e com a nora que está grávida”* ^(C22). Esta descrição traduz algumas medidas usadas para resolver, suportar, reduzir ou minimizar as exigências com que a são confrontados. Lazarus e Folkman, nos anos oitenta, referiram que as estratégias de coping são seleccionadas pelos recursos que as pessoas dispõem: Internos ou externos. Os recursos internos dizem respeito às competências pessoais, experiências de vida, capacidade critica reflexiva, crenças e valores. Os recursos externos abarcam elementos utilitários como rendimentos, habilitações literárias estatuto socioeconómico...recursos sociais, rede social de apoio.

No contínuo da análise das entrevistas, apercebemo-nos que o facto de o cuidador desenvolver estratégias de coping, não implica que veja satisfeitas, as suas necessidades de cuidados pessoais. Mais uma vez podemos afirmar que o cuidador deixa de viver

para si, vive para o mundo do familiar dependente, assim, as suas acções estão voltadas primeiramente para as necessidades do outro. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos recentes (Kuuppeloma, Yamada, Asakawa, Shimanouchi, 2004; Marcon, Sassá, Soares, Molina, 2007).

As narrativas dos cuidadores fazem sobressair que não dispõe de tempo para cuidar deles. E quando o fazem, surgem muitas vezes sentimentos de culpa associados à ideia de deixar o idoso ao abandono.

Acrescidas a estes deficits pessoais do cuidador, este, na nossa inclusão familiar revelou a existência de vários problemas que incidem para a falta de suporte de apoios, para problemas de saúde/doença, económicos, serviços de saúde, aspectos relacionais, processos familiares e outros acontecimentos de vida. Ao conferir estes resultados com dados a que tivemos acesso obtidos na revisão da literatura destaca-se o grande impacto que a tarefa de cuidar do idoso dependente, causa sobre a vida de quem cuida (Thober, Creutzberg, Veigas; 2005Arruda, Alvarez, Gonçalves, 2008; Montezuma, Freitas, Monteiro, 2008).

Estes problemas, embora parecendo repetitivos de exposições supra-effectuadas, são, isso sim, um reforçar das complicações pelas quais passa o cuidador no seu papel activo de elemento familiar responsável pelo cuidar do idoso dependente. Cuidar em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada, todavia, cuidar dia e noite sem pausa não é tarefa para um só elemento, e sem uma política social de protecção para o desempenho deste papel, esta opinião foi partilhada por uma cuidadora quando afirma: *“A nossa sociedade é muito cruel!! Abandona pessoas que já trabalharam e passaram muitos sacrifícios...e nós filhos também quase idosos é que temos todos os encargos”* (C22).

A família e profissionais de saúde devem ponderar a possibilidade do cuidador poder ser temporariamente dispensado das suas tarefas e responsabilidades, adquirindo espaço para cuidar de si. Este aspecto pode ser colmatado através de substituições, sejam elas por algumas horas, um dia ou dois ou semanas. Investigadores que se tem dedicado a esta temática sugerem que os amigos e familiares podem oferecer uma folga ao cuidador. O internamento em lares ou na rede de cuidados continuados é também uma possibilidade como um recurso temporário (Nunes, Alves; 2003).

Quando se prestam cuidados a idosos dependentes em contexto familiar, é importante termos consciência do papel crucial dos cuidadores. Devemos tomar consciência desta realidade, reconhecer a sua dignidade, e encarar o trabalho destas pessoas como um contributo inestimável com vista a uma sociedade melhor, mais solidária e mais feliz.

Corrobamos (Wennman-Larsen, Ttishelman, 2002) quando afirmam se os cuidados prestados em contexto familiar pretendem ser uma alternativa efectiva à institucionalização, então, as expectativas e necessidades dos cuidadores devem ser considerados e tidas em conta no planeamento de cuidados por parte dos profissionais de saúde. É necessário criar uma estrutura de cuidados de saúde primários que permita cuidar, do cuidador de idosos dependentes em contexto familiar, englobando a promoção de saúde e prestação de cuidados individualizados a cada cuidador e a cada família.

Acreditamos que o desafio para a enfermagem é integrar estes cuidadores familiares como um recurso e colaboradores da equipa de saúde. Temos que ter em atenção as suas necessidades, reconhecer o seu importante papel na família e na sociedade. A família como a principal prestadora de cuidados, terá de estar incluída em todo o processo do cuidar. Esta não deve ser objecto da intervenção, submetida a tratamento, mas sim sujeito da intervenção que pode actuar sinergicamente com os serviços de saúde e com o cuidador familiar. Assim, nos sub capítulos que e seguem pretendemos dar resposta à questão: **Será que a realização e implementação de um programa de formação, específico, em estudantes da Licenciatura em Enfermagem, promove competências para avaliar e intervir em famílias que cuidam de um idoso em contexto familiar?**

6.3 – O IMPACTE DO CUIDAR DAS FAMÍLIAS COM UM IDOSO DEPENDENTE

No capítulo *saúde da família e dependência de um dos seus membros*, já tivemos oportunidade de caracterizar os participantes do estudo, identificamos a estrutura familiar, a tipologia, a fase do ciclo vital e os recursos externos e internos das famílias. Descrevemos, ainda, o perfil dos idosos dependentes e do cuidador familiar. Assim, partindo da evidência de um contexto social pautado por alterações na estrutura da família, recursos e serviços à pessoa idosa e sua família, importa, agora, compreender o impacte das intervenções de enfermagem realizadas pelos estudantes.

Eis que surge, então, o momento de responder se os estudantes, com formação específica para intervir junto de famílias com idoso dependente, em contexto familiar, promoveram alterações na **dinâmica familiar**, no **ambiente das famílias**, na distribuição dos **papéis familiares** e se provocaram modificações em alguns **sintomas psicológicos** manifestados em diferentes elementos da família. Deste modo, vamos recorrer aos

resultados da análise estatística das diferentes escalas que fizeram parte do protocolo de colheita de informação.

Para cada escala e, para cada grupo, controlo e experimental, apresentamos os resultados dos dois momentos de avaliação - fases 1 e 2. Em cada grupo, efectuamos a comparação entre os resultados das duas fases e efectuamos a comparação entre os dois grupos³⁹. Com este procedimento procuramos demonstrar o efeito do programa “Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente em Contexto Familiar.”

Com o objectivo de comparar as respostas de cada família nas duas fases, começámos por testar a normalidade dos dados, recorrendo ao teste de Shapiro-Wilk, o mais habitualmente utilizado neste contexto, tendo também sido utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov que conduziu aos mesmos resultados (Conover, 1999; Desu e Raghavarao, 2004). A conclusão foi a de rejeitar a hipótese de normalidade na grande maioria das dimensões das diferentes escalas (com valores-p muito baixos), pelo que utilizamos o teste não paramétrico de Wilcoxon cujo valor ou resultado será designada por (T) (Conover, 1999; Desu e Raghavarao, 2004), já que se trata de amostras emparelhadas (são as mesmas famílias a responder nas duas fases). A hipótese nula em teste é de que as pontuações não se distinguem nas duas fases, ou seja, que esta sub-escala ocorre com a mesma frequência nas duas fases e a hipótese alternativa é unilateral à esquerda, significando que as pontuações são inferiores na fase 1, uma vez que o programa deveria ter o efeito de aumentar a frequência (situação em que se concluiria que o programa produziu efeito).

Para comparar as pontuações dos dois grupos de famílias em cada fase, recorreremos ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, cujo valor ou resultado será designada por (W) (Conover, 1999; Desu e Raghavarao, 2004), uma vez que a normalidade foi rejeitada e se trata de amostras independentes (trabalhamos com dois grupos de famílias). A hipótese nula em teste é a de que as pontuações são iguais nos dois grupos, contra a hipótese alternativa de que são diferentes (hipótese alternativa bilateral).

³⁹ Em cada contexto (grupo e fase) o estudo foi efectuado segundo as diferentes sub-escalas (dimensões) de cada escala. Foi calculada a resposta média das pontuações das questões (incluídas em cada sub-escala) para cada inquirido e as médias obtidas foram utilizadas na análise. Começamos por caracterizar os valores médios calculados e efectuar a sua comparação entre as duas fases para cada grupo de famílias. Posteriormente são comparados os dois grupos em cada fase.

Com a apresentação da análise dos resultados da escala **Faces III** procuramos responder à questão: **- Será que os estudantes, com formação específica para intervir junto de famílias, com um idoso dependente, em contexto familiar, promovem alteração nas dinâmicas familiares?**

A análise da Dinâmica Familiar⁴⁰ foi realizada para cada grupo de famílias. Em cada contexto (grupo e fase). O estudo foi efectuado segundo as duas Dimensões (sub-escalas) definidas: Adaptação e Coesão⁴¹. Iniciamos pela *Descrição da Família*, seguindo-se a *Idealização da Família*.

Descrição da Família - Adaptação

A Adaptação é entendida como a capacidade que o sistema familiar tem para mudar a sua estrutura de poder e as regras de relação face a um stress relativo ao ciclo vital ou a uma crise accidental (Olson e tal, 1983 cit in Olson, 1988).

Pela leitura do quadro que se segue constatamos que a Adaptação, nos dois grupos na fase 1 e 2, é semelhante, como podemos observar pela média e pela mediana. Contudo verificam-se algumas diferenças, sendo estas mais evidentes no grupo experimental. Existem poucas famílias posicionadas nos valores inferiores ou nos superiores, o que se comprova pelo 1º quartil ou pelo 3º. Devido à concentração das observações, a dispersão é apenas moderada, confirmada pelo coeficiente de variação. Assim, a grande maioria das famílias apresenta valores da Adaptação um pouco baixos ou moderados.

Quadro 33 – Descrição da adaptação das famílias

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.20	1.20	1.00	1.00
Máximo	4.10	4.10	4.90	4.60
Média	2.62	2.58	2.64	2.78
1º Quartil	2.13	2.20	2.20	2.40
Mediana	2.70	2.60	2.60	2.80
3º Quartil	3.10	3.00	3.00	3.10
Desvio padrão	0.636	0.585	0.725	0.691
Coeficiente de variação	24.3%	22.7%	27.4%	24.9%

No grupo controlo, obteve-se $T=627.5$ $p=0.94$, o que, adoptando um nível de significância de 5%, significa que não se verificam diferenças entre as duas fases.

⁴⁰ Explicação da escala foi efectuada no capítulo da metodologia.

⁴¹ Para cada sub-escala, foi calculada a resposta média das pontuações, que variam de 1 – Quase nunca a 5 – Quase sempre.

No grupo experimental na fase 2, verifica-se que existem algumas diferenças, embora não sejam muito grandes, relativamente à fase 1. Com efeito, os valores da fase 2 são em geral superiores, o que se reflecte na média e na mediana e é confirmado por $T=256$ $p=0.001$. Esta modificação de opinião da primeira fase para a segunda pode ser atribuída às intervenções realizadas pelo grupo de estudantes que tiveram formação específica para avaliar e intervir em famílias com um idoso dependente.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, a hipótese nula em teste é a de que as pontuações são iguais nos dois grupos, contra a hipótese alternativa de que são diferentes (hipótese alternativa bilateral), tendo-se obtido $W=3872$ $p=0.999$, o que, adoptando um nível de significância de 5%, significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos de famílias nesta fase.

Na fase 2, a hipótese alternativa que foi considerada é a de que a pontuação é menor no grupo de controlo do que no experimental, uma vez que o grupo experimental foi sujeito ao programa e o grupo controlo não teve essa influência, ou seja, é uma hipótese alternativa unilateral à esquerda, tendo-se obtido $W=3261.5$ $p=0.036$, o que significa que as pontuações são superiores no grupo experimental.

Descrição da Família - Coesão

Por coesão familiar, Olson e seus colaboradores, reportam-se aos laços emocionais que os membros da família têm entre si e que resultam do equilíbrio dinâmico entre as necessidades de individualização-autonomia e as de afiliação-identificação.

Os gráficos que se seguem mostram a distribuição da sub-escala descrição da Coesão na fase 1. A distribuição dos valores é fortemente assimétrica negativa, o que significa que predominam os valores moderados e elevados nos dois grupos.

Gráfico 5 - Representação da coesão do grupo controlo fase 1

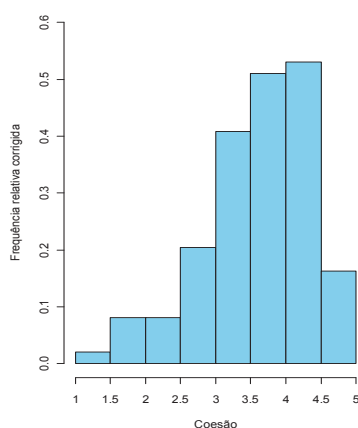
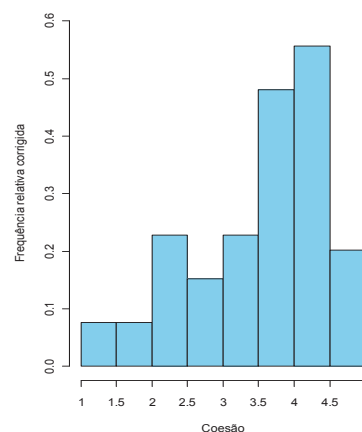


Gráfico 6 - Representação da coesão do grupo experimental fase 1



O que traduz que, apesar de serem famílias com uma estrutura reduzida e envelhecida, sentem que existe apoio entre os diferentes membros que compõe o seu agregado familiar.

A predominância dos valores moderados e elevados nos dois grupos, na coesão familiar, é claramente visível no quadro que se segue e é confirmada pelos valores elevados da média e da mediana, assim como com o 3º quartil a atingir quase o valor máximo. São poucas as famílias que têm pontuações baixas, o que é verificado pelo 1º quartil, que assume um valor um pouco elevado. Este resultado pode estar relacionado com a tipologia das famílias que fizeram parte deste estudo. Foram famílias predominantemente do tipo nuclear compostas por duas pessoas, idosas, em que se verificou que tinham quase sempre um filho a viver próximo que assumia a figura de cuidador secundário.

Quadro 34 – Descrição da coesão das famílias

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.10	1.10	1.00	1.20
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00
Média	3.63	3.61	3.56	3.59
1º Quartil	3.20	3.20	3.00	3.10
Mediana	3.75	3.70	3.80	3.90
3º Quartil	4.20	4.18	4.25	4.30
Desvio padrão	0.76	0.739	0.955	0.915
Coeficiente de variação	20.9%	20.5%	26.9%	25.5%

No grupo controlo, obteve-se $T=526$ $p=0.741$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=408$ $p=0.109$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3871$ $p=0.501$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3686$ $p=0.293$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Idealização da Família - Adaptação

Idealização da família é entendida como a família gostaria que o seu sistema familiar fosse em relação à capacidade de mudar a sua estrutura e o poder, assim como as regras de relação face a uma crise natural ou acidental. Para esta dimensão, apresentamos uma análise semelhante à que foi conduzida na Descrição da família.

Os gráficos que se seguem apresentam a distribuição das pontuações na fase 1 dos dois grupos. Pelos mesmos, verifica-se que a distribuição dos valores mantém as principais características da descrição da família, notando-se, ainda, um ligeiro aumento. A distribuição é aproximadamente simétrica o que significa que os valores se encontram concentrados na zona central da distribuição, no entanto, existe ainda um número importante de famílias posicionadas noutros valores.

Gráfico 7 - Representação da adaptação do grupo controlo fase 1

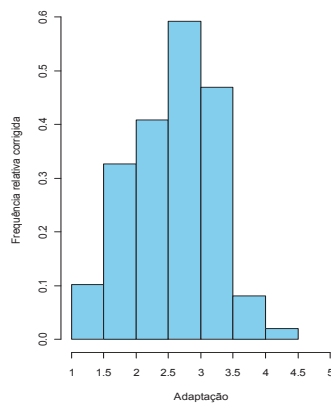
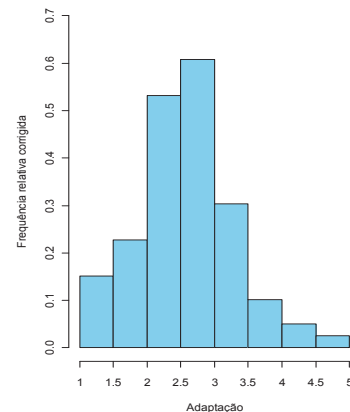


Gráfico 8 - Representação da adaptação do grupo experimental fase 1



No grupo controlo, obteve-se $T=434.5$ $p=0.086$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=398.5$ $p=0.061$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3753$ $p=0.729$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3733.5$ $p=0.343$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

A distribuição dos valores Idealização Adaptação do grupo controlo e experimental apresentam algumas diferenças importantes quando comparadas com a Descrição da família, notando-se um aumento considerável. A idealização da adaptação, conforme podemos ver no quadro que se segue, apresenta valores superiores aos apresentados no quadro 33 da descrição da adaptação.

Quadro 35 – Descrição da idealização da adaptação das famílias

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.00	1.00	1.40	1.40
Máximo	4.50	4.50	5.00	4.90
Média	2.99	3.02	3.04	3.10
1º Quartil	2.60	2.70	2.45	2.40
Mediana	3.00	3.10	3.00	3.10
3º Quartil	3.40	3.38	3.70	3.70
Desvio padrão	0.662	0.669	0.904	0.897
Coeficiente de variação	22.2%	22.1%	29.7%	29%

Aferimos que a média e a mediana assumem um valor muito aproximado, posicionando-se no ponto médio da escala. No entanto, existe ainda uma franja importante de famílias com pontuação mais baixas, o que leva a que o primeiro quartil seja um pouco baixo. Estas diferenças levam a uma dispersão moderada.

Na fase 2, verificamos que as diferenças encontradas relativamente à fase 1 são pequenas, observando-se, no entanto, um ligeiro aumento dos valores.

Coesão Idealização da Família

Quando questionamos os familiares do idoso dependente de “como gostariam que fosse a coesão das suas famílias”, o resultado da análise das respostas, como podemos observar nos gráficos que se seguem, é uma assimetria negativa. O resultado já detectado na Descrição da família é agora mais acentuado. Os valores elevados desta dimensão significam que as famílias gostariam de ser mais coesas do que na realidade o são.

Gráfico 9 - Representação da idealização/coesão do grupo controlo fase 1

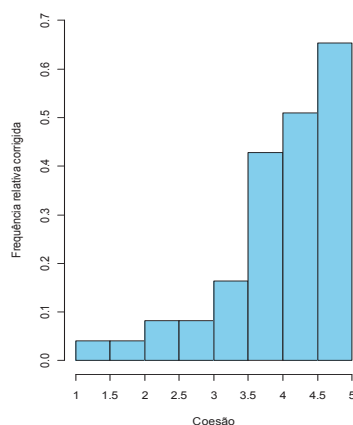
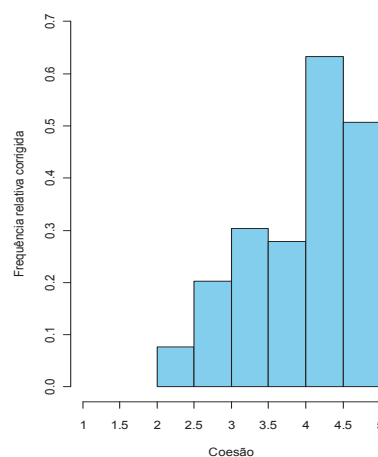


Gráfico 10 - Representação da idealização/coesão do grupo experimental fase 1



Os gráficos mostram a distribuição das pontuações da sub-escala Idealização Coesão na fase 1 do grupo controlo e do grupo experimental, sendo que a característica mais marcante é que a grande maioria das famílias posiciona-se nos valores mais elevados. Todos os coeficientes, apresentados no quadro que se segue, confirmam este comportamento.

Quadro 36 – Descrição da idealização da coesão das famílias

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.20	1.20	2.20	2.40
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00
Média	4.04	4.00	3.99	4.02
1º Quartil	3.80	3.73	3.40	3.45
Mediana	4.10	4.10	4.10	4.30
3º Quartil	4.60	4.60	4.55	4.60
Desvio padrão	0.86	0.834	0.701	0.726
Coeficiente de variação	21.3%	20.9%	17.6%	18%

Assim, a grande maioria das famílias sugeriu valores da Coesão elevados. Além disso, observa-se também um aumento significativo relativamente à Descrição da família, ou seja, podemos afirmar que esta dimensão ocorre com uma frequência maior na Idealização.

No grupo controlo, obteve-se $T=513.5$ $p=0.861$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=403$ $p=0.143$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=4195$ $p=0.339$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3907$ $p=0.543$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

No quadro que se segue apresentamos de forma sumária, a análise das dimensões da escala Faces III das famílias na fase 1 e fase 2.

Quadro 37 – Resumo da dinâmica familiar: comparação dos grupos e fases

GRUPO CONTROLO		GRUPO EXPERIMENTAL	
DESCRIÇÃO DA FAMÍLIA - ADAPTAÇÃO			
Fase 1 $\bar{x} = 2.62$	Fase 2 $\bar{x} = 2.58$	Fase 1 $\bar{x} = 2.64$	Fase 2 $\bar{x} = 2.78$
T= 627.5; p=0.94		T=256; p=0.001	
Comparação grupos fase 1 – W=3872; p=0.999 Comparação grupos fase 2 – W=3261.5; p=0.036			
DESCRIÇÃO DA FAMÍLIA - COESÃO			
Fase 1 $\bar{x} = 3.63$	Fase 2 $\bar{x} = 3.61$	Fase 1 $\bar{x} = 3.56$	Fase 2 $\bar{x} = 3.59$
T=526; p=0.741		T=408; p=0.109	
Comparação grupos fase 1 – W=3871; p=0.501 Comparação grupos fase 2 – W=3686; p=0.293			
IDEALIZAÇÃO DA FAMÍLIA - ADAPTAÇÃO			
Fase 1 $\bar{x} = 2.99$	Fase 2 $\bar{x} = 3.02$	Fase 1 $\bar{x} = 3.04$	Fase 2 $\bar{x} = 3.10$
T=434.5; p=0.086		T=398.5; p=0.061	
Comparação grupos fase 1 – W=3753; p=0.729 Comparação grupos fase 2 – W= 3733.5; p=0.343			
IDEALIZAÇÃO DA FAMÍLIA - COESÃO			
Fase 1 $\bar{x} = 4.04$	Fase 2 $\bar{x} = 4.00$	Fase 1 $\bar{x} = 3.99$	Fase 2 $\bar{x} = 4.02$
T=513.5; p=0.236		T=403; p=0.143	
Comparação grupos fase 1 – W=4195; p=0.339 Comparação grupos fase 2 – W=3907; p=0.543			

Legenda: $\bar{x}$ = Média; T= Resultado do Teste de Wilcoxon; W= Resultado do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney;
Valores com diferenças significativas estão a negrito.

Em síntese, os resultados obtidos pela aplicação da escala Faces III são sugestivos de que as famílias pertencentes aos dois grupos, que participaram no estudo, na fase 1, têm características muito semelhantes, o que ajuda a realçar as semelhanças entre os diferentes participantes e a atribuir significado às alterações que ocorreram na fase 2.

Foi possível inferir que as famílias que fizeram parte do grupo controlo consideraram a sua família moderadamente adaptada e coesa quer na fase 1 quer na fase 2. Relativamente à “idealização da família” gostariam que a sua família estivesse um pouco mais adaptada.

A opinião das famílias que fizeram parte do grupo experimental é semelhante. Consideram-se famílias, também elas, moderadamente adaptadas e coesas. E, também gostariam de se sentirem mais adaptadas e mais coesas.

Verificamos que a idealização da família nos dois grupos é marcada com valores mais elevados, sempre superior ao real. Estes resultados levam-nos a pensar que as famílias gostariam de ter mais tempo para momentos de partilha, para estarem juntos, para se apoiarem e para orientação nos momentos onde é necessário tomar decisões.

Reflecte-se um grau moderado nos laços emocionais entre os diferentes membros que compõem as famílias, o que resulta um equilíbrio dinâmico entre as necessidades de individualização-autonomia e as de afiliação-identificação, o que confirma a funcionalidade das famílias.

Estes resultados vão de encontro ao referido por Olson (1988) quando diz que as famílias são consideradas como funcionais se tiverem flexibilidade para mudar. A importância de uma potencial mudança recebe uma atenção mínima, visto que os sistemas precisam igualmente de estabilidade e mudança, sendo a habilidade para mudar o que distingue as famílias funcionais das disfuncionais.

Podemos afirmar que as famílias que fizeram parte da investigação estão adaptadas e são coesas. Temos que ponderar que as mesmas evoluem ao longo do ciclo vital, sendo mais ligadas-estruturadas aquando do nascimento do primeiro filho e mais separadas-flexíveis aquando da adolescência e saída dos filhos de casa. Por essa razão, é importante não perder de vista esta dimensão desenvolvimental, ainda mais, quando estamos a avaliar famílias com um idoso dependente, na sua grande maioria a viver a última fase do ciclo vital. Assim, e em termos de conclusão, podemos deduzir que as famílias de uma região Norte de Portugal, com um dos seus membros dependentes, no mínimo há um ano, e com níveis elevados de dependência, apresentam níveis de adaptação e coesão moderadas.

Dos resultados encontrados salientamos o facto de no grupo experimental se terem verificado alterações da descrição da adaptação.

Os resultados obtidos são semelhantes a outros estudos. Corroborando com Marcon, Sassá, Soares, Molina (2007) alguns estudos mostraram que a doença leva a um comprometimento da unidade familiar, e que a coesão familiar vai depender da flexibilidade dos seus membros e da sua capacidade de adaptação. Sendo assim, a colaboração de todos promove o bem-estar do grupo.

Apresentada a dinâmica das famílias dos diferentes grupos, vamos, agora, dar resposta a mais uma questão orientadora do estudo, concretamente: **Será que os estudantes com formação específica, para intervir junto de famílias com um idoso dependente, em contexto familiar, promovem alteração no ambiente familiar?**

Com a apresentação da análise dos resultados da **Escala Ambiente Familiar**⁴², vamos responder a esta questão. A escala permite avaliar as percepções das dimensões do contexto psicossocial de todos os tipos de famílias. Permite a análise sistémica que

⁴² Explicação da escala foi efectuada no capítulo da metodologia.

ocorre no seio do sistema familiar e com o processo segundo o qual estas influenciam os comportamentos dos elementos que constituem o sistema, ou seja, tem subjacente uma perspectiva sistémica da família.

A análise foi feita segundo as seis sub-escalas (dimensões) definidas: *Expressividade e comunicação*; *Organização/regulação familiar*; *Actividades culturais e intelectuais*; *Dimensão religiosa*; *Orientação para o sucesso* e *Actividades recreativas*⁴³.

Expressividade e Comunicação

Pela expressividade exteriorizada, de cada membro da família, sabemos até que ponto os diferentes elementos da família são encorajados a agir e a expressar directamente os seus sentimentos. O quadro que se segue mostra a distribuição da sub-escala *Expressividade e Comunicação* na fase 1 e 2.

Na fase 1, no grupo controlo, existe uma grande concentração das pontuações no intervalo entre 4 e 5.5, conduzindo a uma dispersão moderada conforme se comprova pelo valor do coeficiente de variação, o que mostra o referido predomínio das pontuações elevadas. Assim, pode-se afirmar que as famílias apresentam níveis elevados nesta dimensão. Na fase 2, os coeficientes são semelhantes o que nos leva a assumir as mesmas conclusões da fase 1.

Quadro 38 - Descrição da expressividade e comunicação

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	6.00	5.92	6.00	6.00
Média	4.32	4.24	4.22	4.30
1º Quartil	3.69	3.58	3.38	3.58
Mediana	4.33	4.25	4.58	4.58
3º Quartil	5.00	4.92	4.92	5.17
Desvio padrão	0.972	0.978	1.148	1.124
Coeficiente de variação	22.5%	23.1%	27.2%	26.1%

No grupo experimental, na fase 1, as pontuações encontram-se dispersas entre 2.5 e 6, mas a grande concentração das pontuações é 4.5 e 5. A dispersão é moderada, conforme se comprova pelo valor do coeficiente de variação, o que mostra o predomínio das pontuações elevadas. Na fase 2 os resultados são semelhantes.

⁴³ Calculamos para cada sub-escala a resposta média das pontuações, que variam de 1 – Discordo sempre a 6 – Concordo sempre. Foi realizada análise para cada grupo de famílias e, para cada grupo, separando entre a fase 1 e a fase 2 e comparação entre os grupos.

No grupo controlo, obteve-se $T=966$ $p=0.951$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=425$ $p=0.104$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3967.5$ $p=0.777$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3583$ $p=0.198$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Pelos resultados encontrados as famílias têm espaço familiar para uma boa comunicação e expressividade dos sentimentos.

A abordagem sistémica da família dá uma importância fundamental à dimensão da expressividade, como uma forma mais estruturadora da comunicação familiar. As trocas emocionais num contexto de apoio e autonomia demarcam-se da fusão emocional. A qualidade de vida das famílias é sobretudo traduzida pela qualidade das experiências emergentes nas relações interpessoais, baseadas na solidariedade emocional e nas expectativas mútuas de reciprocidade e entreajuda (Jorgenson, 1996). A organização e regulação familiar é outra dimensão do ambiente familiar. Assim, passamos a descrever os resultados encontrados desta sub-escala.

Organização/Regulação Familiar

No grupo controlo, fase 1, como podemos observar no quadro que se segue, a pontuação média é bastante superior ao ponto médio da escala, muito próxima da mediana. O primeiro quartil é 3.69 e existem poucas famílias com pontuações inferiores a 3.5. Existe uma grande concentração das pontuações no intervalo entre 4 e 5.5. Deste modo, pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é elevado na fase 1. Relativamente à fase 2, observa-se uma grande semelhança com a fase 1, sendo muitos dos valores quase coincidentes. Assim, as ilações extraídas na fase 1 mantêm-se válidas na fase 2.

Quadro 39 - Descrição da organização/regulação familiar

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.38	1.38	2.58	2.50
Máximo	6.00	6.00	6.00	6.00
Média	4.18	4.19	4.30	4.27
1º Quartil	3.69	3.64	3.58	3.67
Mediana	4.23	4.15	4.58	4.25
3º Quartil	4.85	4.83	4.96	4.75
Desvio padrão	0.888	0.873	0.866	0.851
Coeficiente de variação	21.2%	20.8%	20.1%	20.0%

No grupo experimental a distribuição tem um comportamento muito próximo de ser simétrico em torno das pontuações entre 3.5 e 5. A média também é alta, muito próxima da mediana. Assim sendo, existe um grande predomínio das pontuações elevadas. Deste modo, pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é muito elevado. Relativamente à fase 2, observa-se um acentuar da simetria das pontuações em torno do intervalo entre 4 e 4.5. Na fase 2, as pontuações mantêm-se elevadas, não se distinguindo significativamente das da fase 1, conforme se comprova pela proximidade dos coeficientes nas mesmas.

No grupo controlo, obteve-se $T=650$ $p=0.453$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=853$ $p=0.889$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3651$ $p=0.517$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3728$ $p=0.337$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Com estes resultados, verificamos que são famílias que têm regras para o seu funcionamento e que são organizadas. Os resultados que se seguem descrevem as actividades culturais e intelectuais destas famílias. Relembramos que os nossos participantes foram essencialmente pessoas adultas com idade avançada alguns deles já considerados idosos, com baixa escolaridade a viverem a fase do “ninho vazio”.

Actividades Culturais e Intelectuais

Nos resultados da sub-escala Actividades Culturais e Intelectuais, como podemos ver no quadro que se segue, ressalta, de imediato, o comportamento oposto do encontrado nas duas dimensões anteriores. No grupo controlo, fase 1, a pontuação média é baixa, a mediana ainda é um pouco mais baixa, e existem poucas famílias com pontuações superiores a 4. Note-se que a pontuação máxima observada é somente de 5.3, ainda um pouco afastada do máximo da escala. Assim, existe uma grande concentração das pontuações no intervalo entre 1.5 e 3.5, o que mostra o referido predomínio das pontuações baixas ou intermédias. Pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é baixo, o que tem um significado muito especial por se tratar da dimensão das actividades culturais e intelectuais. Comparativamente na fase 2, observa-se novamente uma grande semelhança com a fase 1, sendo os valores muito próximos dos da fase 1 ou são mesmo coincidentes.

Quadro 40 - Descrição das actividades culturais e intelectuais

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.00	1.10	1.00	1.00
Máximo	5.30	5.40	4.90	5.10
Média	2.83	2.75	2.80	2.87
1º Quartil	2.10	2.10	2.05	2.00
Mediana	2.70	2.70	2.60	2.70
3º Quartil	3.40	3.30	3.80	3.80
Desvio padrão	0.942	0.939	1.036	1.086
Coeficiente de variação	33.2%	34.1%	37%	37.9%

No grupo experimental, a distribuição dos valores da dimensão Actividades Culturais e Intelectuais, na fase 1, mostra que a média é também baixa, e a mediana ainda é inferior, o máximo é apenas 4.9, ainda distantes do máximo da escala. Regista-se ainda uma dispersão um pouco elevada, conforme demonstrado pelo coeficiente de variação. Sendo assim, pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é bastante baixo, o mais baixo de todas até aqui apresentadas. Na fase 2 mantém-se este perfil.

No grupo controlo, obteve-se $T=630.5$ $p=0.9$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=522.5$ $p=0.187$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3983$ $p=0.742$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3656$ $p=0.263$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Assim, no que respeita a actividades culturais e intelectuais não se registaram diferenças nos grupos, nem nas diferentes fases, sendo o que se sobressai são os valores baixos obtidos. Estes resultados estão directamente relacionados com a tipologia das famílias e o perfil sociodemográfico dos participantes. Como já referimos, são famílias com agregados familiares reduzidos, a viverem e a cuidarem do idoso muito dependente, sem pausas semanais. Os resultados que se seguem referem-se à dimensão Religiosa que espelham atitudes e comportamentos opostos aos das Actividades Culturais e Intelectuais.

Dimensão Religiosa

A distribuição da sub-escala Dimensão Religiosa na fase 1 e 2, do grupo controlo, apresenta-se com uma pontuação média bastante superior ao ponto médio da escala.

Existe uma grande concentração das pontuações no intervalo entre 4 e 6. A dispersão é moderada, conforme se comprova pelo valor do coeficiente de variação. Deste modo, pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é elevado nas duas fases.

Quadro 41 - Descrição da dimensão religiosa

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.75	1.50	2.13	2.38
Máximo	6.00	6.00	6.00	6.00
Média	4.31	4.32	4.61	4.62
1º Quartil	3.66	3.66	3.88	3.82
Mediana	4.44	4.50	4.75	4.63
3º Quartil	5.13	5.00	5.63	5.50
Desvio padrão	1.041	1.065	1.026	0.991
Coeficiente de variação	24.2%	24.6%	22.3%	21.4%

No grupo experimental, fase 1, a pontuação média é também bastante superior ao ponto médio da escala, próxima da mediana. O primeiro quartil e o terceiro quartil estão perto do máximo, e existem famílias que atingem a pontuação máxima. Existe uma grande concentração das pontuações no intervalo entre 4.5 e 6. A dispersão é moderada, conforme se comprova pelo valor do coeficiente de variação. Sendo assim, pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é elevado. Esta conclusão é válida para a fase 2 visto que os coeficientes são semelhantes.

No grupo controlo, obteve-se $T=413$ $p=0.236$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=655$ $p=0.38$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3296.5$ $p=0.09$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3250$ $p=0.033$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Este facto pode reflectir o efeito da intervenção dos estudantes que foram treinados no sentido de dar oportunidade às famílias de expressar os seus sentimentos as suas crenças e valores. Pela partilha de regras, afectos, valores, rituais, a família desenvolve-se como um todo sistémico. Os rituais familiares, pelo seu carácter repetitivo, pela energia que comportam e pelos significados que lhe são atribuídos são indispensáveis para o desenvolvimento do sentido de pertença e da identidade familiar (Gonçalves, 1997). Após esta descrição da dimensão religiosa segue-se a descrição dos resultados da sub-escala Orientação para o Sucesso.

Orientação para o Sucesso

No grupo controlo, Orientação para o Sucesso, na fase 1 e 2, a pontuação média é quase coincidente com a mediana, conforme podemos ver no quadro seguinte. Existe uma grande concentração das pontuações no intervalo entre 3 e 5 conduzindo a uma dispersão moderada, conforme se comprova pelo valor do coeficiente de variação, o que mostra o referido predomínio das pontuações intermédias e até um pouco elevadas. Deste modo, pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é moderado.

Quadro 42 - Descrição da orientação para o sucesso

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.67	1.67	1.67	1.67
Máximo	6.00	6.00	6.00	6.00
Média	4.15	4.14	4.39	4.45
1º Quartil	3.50	3.73	3.67	3.83
Mediana	4.17	4.17	4.33	4.50
3º Quartil	4.83	4.83	5.00	5.17
Desvio padrão	1.019	1.037	0.954	0.976
Coeficiente de variação	24.5%	25.0%	21.7%	21.9%

No grupo experimental, na distribuição dos valores da dimensão Orientação para o Sucesso, na fase 1 e 2, predominam os valores elevados. Existe uma grande concentração das pontuações no intervalo entre 3.5 e 6. A dispersão é moderada, conforme se comprova pelo valor do coeficiente de variação. Pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é elevado nas duas fases.

No grupo controlo, obteve-se $T=397$ $p=0.653$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=310.5$ $p=0.06$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3371$ $p=0.14$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3193.5$ $p=0.023$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Este resultado pode ser atribuído à intervenção feita pelos estudantes do grupo experimental. A orientação para o sucesso está relacionada com a capacidade de apoio, reforço e estímulo que se promove dentro do grupo. Os resultados que se seguem descrevem a distribuição da sub-escala Actividades Recreativas.

Actividades Recreativas

No grupo controlo, as Actividades Recreativas, na fase 1 e 2, como podemos analisar no quadro que se segue, é representada por uma grande concentração das pontuações no intervalo entre 2.5 e 5, conduzindo a uma dispersão moderada, conforme se comprova pelo valor do coeficiente de variação. O que mostra o referido predomínio das pontuações intermédias, ou seja moderadas. Assim, pode-se afirmar que o grau de concordância com esta dimensão é moderado. Verifica-se um aumento da concentração nos valores intermédios na segunda fase, no entanto pouco significativo, deste modo as conclusões da fase 1 mantêm-se válidas para a fase 2.

Quadro 43 - Descrição das actividades recreativas

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.20	1.20	1.00	1.20
Máximo	6.00	5.60	5.80	5.80
Média	3.58	3.59	3.71	3.72
1º Quartil	3.00	3.00	3.00	2.90
Mediana	3.50	3.40	3.60	3.60
3º Quartil	4.35	4.35	4.80	4.60
Desvio padrão	1.037	0.973	1.153	1.093
Coeficiente de variação	29.0%	27.1%	31%	29.4%

No grupo experimental, os valores da sub-escala Actividades Recreativas, na fase 1 e 2, são moderados e elevados, existindo poucas famílias com pontuações baixas ou muito elevadas. Assim, a média está muito próxima da mediana, ambas um pouco acima do ponto médio da escala. Sendo a classe entre 2.5 e 3 a de maior importância, registam-se pequenas diferenças na distribuição das pontuações até 5.5, ou seja, as famílias distribuem-se quase uniformemente entre 3 e 5.5. Estas características mostram claramente o predomínio dos valores moderados ou um pouco elevados nas duas fases.

No grupo controlo, obteve-se $T=390.5$ $p=0.399$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=565.5$ $p=0.61$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3615.5$ $p=0.451$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3562$ $p=0.186$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Em síntese, e respondendo a mais uma questão orientadora, depreende-se que algumas alterações se fazem notar nas famílias do grupo experimental, verificando-se alterações na dimensão religiosa e orientação para o sucesso, como podemos analisar no quadro que se segue.

Quadro 44 – Resumo do ambiente familiar: comparação dos grupos e fases

GRUPO CONTROLO		GRUPO EXPERIMENTAL	
DIMENSÃO: EXPRESSIVIDADE E COMUNICAÇÃO			
Fase 1 $\bar{x} = 4.32$	Fase 2 $\bar{x} = 4.24$	Fase 1 $\bar{x} = 4.22$	Fase 2 $\bar{x} = 4.3$
T=966; p=0.951		T=425; p=0.104	
Comparação grupos fase 1 – W=3967.5; p=0.777 Comparação grupos fase 2 – W =3583; p=0.198			
DIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO/REGULAÇÃO FAMILIAR			
Fase 1 $\bar{x} = 4.18$	Fase 2 $\bar{x} = 4.19$	Fase 1 $\bar{x} = 4.30$	Fase 2 $\bar{x} = 4.27$
T=650; p=0.453		T=853; p=0.889	
Comparação grupos fase 1 – W=3651; p=0.517 Comparação grupos fase 2 – W =3728; p=0.337			
DIMENSÃO: ACTIVIDADES CULTURAIS E INTELECTUAIS			
Fase 1 $\bar{x} = 2.83$	Fase 2 $\bar{x} = 2.75$	Fase 1 $\bar{x} = 2.80$	Fase 2 $\bar{x} = 2.87$
T=630; p=0.9		T=522.5; p=0.187	
Comparação grupos fase 1 – W=3983 p=0.472 Comparação grupos fase 2 – W=3656 p=0.263			
DIMENSÃO: RELIGIOSA			
Fase 1 $\bar{x} = 4.31$	Fase 2 $\bar{x} = 4.32$	Fase 1 $\bar{x} = 4.61$	Fase 2 $\bar{x} = 4.62$
T=413; p=0.236		T=655; p=0.380	
Comparação grupos fase 1 – W=3296.5; p=0.09 Comparação grupos fase 2 – W=3250; p=0.033			
DIMENSÃO: ORIENTAÇÃO PARA O SUCESSO			
Fase 1 $\bar{x} = 4.15$	Fase 2 $\bar{x} = 4.14$	Fase 1 $\bar{x} = 4.39$	Fase 2 $\bar{x} = 4.45$
T=397; p=0.653		T=310.5; p=0.06	
Comparação grupos fase 1 – W=3371; p=0.140 Comparação grupos fase 2 – W=3193.5; p=0.023			
DIMENSÃO: ACTIVIDADES RECREATIVAS			
Fase 1 $\bar{x} = 3.58$	Fase 2 $\bar{x} = 3.59$	Fase 1 $\bar{x} = 3.71$	Fase 2 $\bar{x} = 3.72$
T=390.5; p=0.399		T=565.5; p=0.61	
Comparação grupos fase 1 – W=3615.5; p=0.451 Comparação grupos fase 2 – W=3568; p=0.186			

Legenda: $\bar{x}$ = Média; T = Resultado do Teste de Wilcoxon; W = Resultado do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney;
Valores com diferenças significativas estão a negrito.

Os resultados encontrados são coerentes com a fase do ciclo vital e com o perfil sociodemográfico dos participantes, referidos no início deste capítulo.

Subentende-se que o resultado mais evidente da aplicação da escala é que os grupos de famílias apresentam um perfil muito semelhante dado que não se verificam diferenças significativas entre o grupo controlo e o grupo experimental, na primeira fase do estudo.

As vivências com as famílias, em contexto real, deram-nos a possibilidade de recolhermos informação para responder a uma outra inquietação, concretamente: **Será que os estudantes com formação específica, para intervir junto de famílias com um idoso dependente, em contexto familiar, promovem alteração dos sintomas psicológicos dos diferentes elementos do agregado familiar?**

A resposta a esta questão é apoiada na análise dos resultados da aplicação da escala **BSI** (Brief Symptom Inventory)⁴⁴. A análise dos dados foi feita segundo sub-escalas (dimensões): *Somatização*; *Obsessivo-compulsivo*; *Sensibilidade interpessoal*; *Depressão*; *Ansiedade*; *Hostilidade*; *Ansiedade fóbica*; *Ideação paranoide* e *Psicoticismo*⁴⁵. Os dados que passamos a apresentar permitem-nos afirmar que, no geral, os familiares que vivem com o idoso dependente apresentam níveis baixos de sintomatologia psicológica. Segue-se a descrição individualizada de cada dimensão.

Somatização

A dimensão *Somatização* está relacionada com a disfunção corporal, onde se incluem as complicações do foro cardiovascular, gastrointestinal e respiratório, dos quais a dor, desconforto muscular e ansiedade fazem parte dos sinais e sintomas traduzidos por doenças físicas. A distribuição dos valores da dimensão *Somatização* do grupo controlo e experimental, na fase 1, é assimétrica positiva, como se pode ver nos gráficos que se seguem. O que significa que predominam os valores baixos e mesmo os muito baixos.

⁴⁴ Esta escala permite identificar clinicamente sintomas psicológicos. A análise foi novamente efectuada para cada grupo de famílias, separando entre a fase 1 e a fase 2 e comparação entre os grupos.

⁴⁵ À semelhança das escalas anteriores, foi calculada para cada sub-escala a resposta média das pontuações (que variam de 0 – Nada a 4 – Muito).

Gráfico 11 - Representação da somatização do grupo controlo fase 1

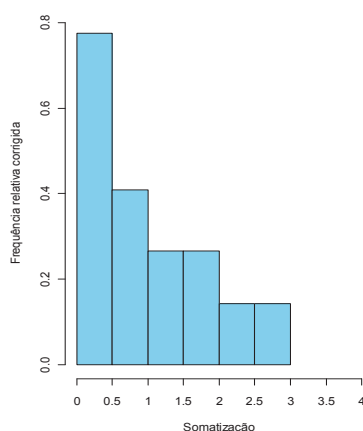
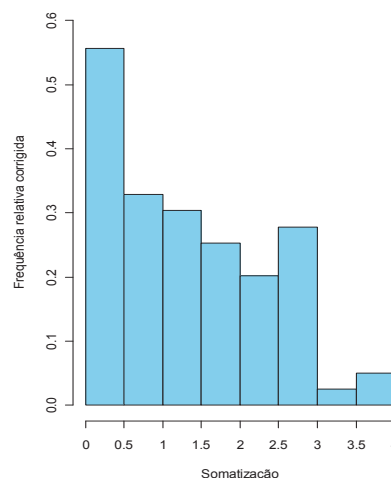


Gráfico 12 - Representação da somatização do grupo experimental fase 1



A classe com maior número de famílias é a classe entre 0 e 0.5, havendo uma grande diminuição desse número a partir de 0.5 e descidas graduais à medida que se consideram pontuações mais elevadas. Note-se que há poucas famílias com pontuações acima de 3 e só existem no grupo experimental.

Com efeito, como mostra o quadro 45, no grupo controlo, na fase 1 e 2, a pontuação média é muito baixa, muito próxima da mediana, estando próximo do mínimo da escala, e a pontuação máxima registada foi apenas de 3, ainda afastada do máximo da escala. A existência de algumas pontuações um pouco elevadas, bastante afastadas das mais baixas, conduz a uma dispersão elevada, conforme se comprova pelo valor do coeficiente de variação. Pode-se afirmar que os sintomas de somatização são muito baixos no grupo controlo nas duas fases.

Quadro 45 - Descrição de sintomas de somatização

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.000	0.000	0.000	0.000
Máximo	3.000	3.000	3.714	3.429
Média	0.985	0.955	1.369	1.262
1º Quartil	0.286	0.286	0.429	0.500
Mediana	0.857	0.857	1.143	1.143
3º Quartil	1.571	1.393	2.215	1.857
Desvio padrão	0.849	0.782	1.008	0.936
Coeficiente de variação	86.1%	81.9%	73.6%	74.1%

No grupo experimental as conclusões são semelhantes nas duas fases. Os coeficientes são baixos estando mesmo próximo do mínimo da escala. São poucas as famílias que têm pontuações superiores a 3, e não há famílias que atinjam a pontuação máxima da escala. Pode-se afirmar que os sintomas de somatização são baixos e diminuem na fase 2.

No grupo controlo, obteve-se $T=631.5$ $p=0.326$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=764.5$ $p=0.017$, o que significa que as pontuações são inferiores na fase 2.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3176$ $p=0.04$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Na fase 2, obteve-se $W=3163$ $p=0.018$, o que significa que as pontuações também são mais elevadas no grupo experimental.

Obsessivo-compulsivo

Esta dimensão foca essencialmente as atitudes e acções que a pessoa não consegue controlar, no entanto, para além destas identifica, também, alterações no comportamento e experiências, com consequente défice cognitivo.

O quadro 46 mostra a distribuição dos valores dos dois grupos nas duas fases. Sobressaem o predomínio dos valores baixos e mesmo os muito baixos, os mais baixos reportam-se aos participantes do grupo controlo, assim, pode-se afirmar que neste grupo a manifestação de sintomas obsessivo-compulsivo é muito baixa. Na fase 2, os valores obtidos são ainda inferiores, embora a diferença não seja muito grande. No entanto, verifica-se que a intensidade da manifestação diminui da fase 1 para a fase 2.

Quadro 46 - Descrição de sintomas obsessivo/compulsivo

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.000	0.000	0.000	0.000
Máximo	3.167	3.167	3.500	3.500
Média	1.218	1.095	1.519	1.403
1º Quartil	0.500	0.500	0.833	0.833
Mediana	1.167	1.000	1.500	1.333
3º Quartil	1.833	1.667	2.333	2.000
Desvio padrão	0.861	0.750	0.955	0.915
Coeficiente de variação	70.7%	68.4%	62.9%	65.2%

A dimensão Obsessivo-compulsivo, no grupo experimental, na fase 1 e 2, faz-se representar por valores baixos e mesmo os muito baixos. Com efeito, os valores estão próximos do mínimo da escala, e não há famílias que atinjam a pontuação máxima da escala, sendo o máximo encontrado de 3.5. Pode-se afirmar os participantes manifestaram baixos sintomas obsessivo-compulsivos. Mas, salientamos que os valores obtidos na fase 2 do grupo experimental são inferiores, quando comparados com os da fase 1, embora a diferença não seja muito grande. Com efeito, verifica-se que a intensidade dos sintomas diminui da fase 1 para a fase 2.

No grupo controlo, obteve-se $T=869.5$ $p=0.013$, o que significa que as pontuações são inferiores na fase 2. No grupo experimental, obteve-se $T=629.5$ $p=0.005$, o que significa que as pontuações também são inferiores na fase 2.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3021$ $p=0.012$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Na fase 2, obteve-se $W=3131$ $p=0.014$, o que significa que as pontuações também são mais elevadas no grupo experimental.

Sensibilidade interpessoal

A dimensão Sensibilidade Interpessoal está relacionada com sentimentos de inferioridade manifestados por desconforto durante a interacção com os outros. O quadro 47 mostra a distribuição dos valores da sub-escala. Predominam os valores baixos e os muito baixos o que revelam que os familiares do idoso dependente não manifestam sentimentos de inferioridade aquando das suas interacções com os outros.

No grupo controlo, na fase 1 e 2, a média e a mediana estão muito próximo do mínimo da escala, e a pontuação máxima registada foi somente de 3.5, ainda inferior ao máximo da escala. Pode-se afirmar que a manifestação de sintomas alusivos de sensibilidade Interpessoal são baixos nas duas fases.

Quadro 47 - Descrição de sintomas de sensibilidade interpessoal

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	3.50	3.25	3.75	3.50
Média	0.987	0.992	1.392	1.278
1º Quartil	0.25	0.25	0.50	0.50
Mediana	0.75	0.75	1.25	1.25
3º Quartil	1.69	1.50	2.125	1.75
Desvio padrão	0.939	0.887	1.090	1.043
Coefficiente de variação	95.1%	89.4%	78.3%	81.6%

No grupo experimental, a dimensão Sensibilidade interpessoal na fase 1 também se caracteriza pelo predomínio dos valores baixos e mesmo os muito baixos. Poucas famílias têm pontuações superiores a 3, e não há famílias que atinjam a pontuação máxima da escala, sendo o máximo encontrado de 3.75. Pode-se, assim, afirmar que os sintomas de Sensibilidade interpessoal são baixos ou mesmo muito baixos. Relativamente à fase 2, o comportamento é semelhante ao da fase 1, sendo os valores obtidos inferiores, embora a diferença não seja muito grande. Sendo assim, a intensidade dos sintomas diminui da fase 1 para a fase 2.

No grupo controlo, obteve-se $T=353$ $p=0.494$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=771$ $p=0.014$, o que significa que as pontuações são inferiores na fase 2.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3032$ $p=0.013$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Na fase 2, obteve-se $W=3302$ $p=0.046$, o que significa que as pontuações também são mais elevadas no grupo experimental.

Depressão

Esta dimensão revela os critérios clínicos onde estão incluídos os sinais de humor disfórico, desmotivação, ideação suicida, bem como outras áreas que abrangem os aspectos somáticos e cognitivos da depressão.

Os nossos participantes posicionaram-se novamente nos valores baixos e muito baixos. Com efeito, como podemos ver no quadro que se segue, na fase 1, do grupo controlo, a pontuação média é baixa, a mediana é ainda mais baixa e a pontuação máxima registada foi apenas de 3.667. Pode-se afirmar que a manifestação de sintomas de depressão é muito baixa. Na fase 2 não há alterações significativas.

Quadro 48 - Descrição de sintomas de depressão

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.000	0.000	0.000	0.000
Máximo	3.667	3.667	3.500	3.833
Média	1.078	1.080	1.388	1.357
1º Quartil	0.333	0.333	0.500	0.500
Mediana	0.833	0.833	1.333	1.333
3º Quartil	1.667	1.667	2.167	1.917
Desvio padrão	0.937	0.905	0.987	0.908
Coeficiente de variação	86.9%	0.000	71.1%	66.9%

No grupo experimental, esta dimensão também é representada pelos valores baixos e mesmo os muito baixos. Relativamente à fase 2, observa-se de imediato uma grande semelhança com a fase 1. Com efeito, os coeficientes mostrados no quadro acima estão muito próximos ou são mesmo coincidentes com os da fase 1. As ilações extraídas na fase 1 mantêm-se válidas para a fase 2. Assim, a manifestação de sintomas de depressão é muito baixo.

No grupo controlo, obteve-se $T=393$ $p=0.77$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=700$ $p=0.366$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3141$ $p=0.031$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Na fase 2, obteve-se $W=3125.5$ $p=0.014$, o que significa que as pontuações também são mais elevadas no grupo experimental.

Ansiedade

A dimensão Ansiedade identifica sinais e sintomas cuja associação clínica é a tensão, bem como o prejuízo nas componentes cognitivas e de expressão somática. Como nas sub-escalas anteriores as famílias apresentavam níveis baixos. O quadro nº 49 mostra a distribuição dos valores da sub-escala na fase 1 e 2.

No grupo controlo, na fase 1, a média é muito baixa, muito próxima da mediana, e a pontuação máxima registada foi apenas de 3.883. Pode-se afirmar que a manifestação de sintomas de Ansiedade é também baixa, à semelhança das anteriores. Quanto à fase 2, observa-se uma grande semelhança com a fase 1. Assim, as conclusões extraídas na fase 1 mantêm-se válidas na fase 2.

Quadro 49 - Descrição de sintomas de ansiedade

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.000	0.000	0.000	0.167
Máximo	3.883	3.500	3.167	3.167
Média	1.194	1.145	1.500	1.369
1º Quartil	0.500	0.500	0.833	0.750
Mediana	1.000	1.000	1.500	1.333
3º Quartil	1.667	1.667	2.083	2.000
Desvio padrão	0.839	0.797	0.833	0.800
Coeficiente de variação	70.3%	69.7%	55.5%	58.5%

No grupo experimental, na fase 1, a média é coincidente com a mediana representada com valores baixos, poucas famílias têm pontuações superiores a 3 e o máximo encontrado foi de 3.167. Na fase 2, as pontuações em alguns coeficientes são muito baixas, assim, pode-se afirmar que a manifestação de sinais e sintomas de ansiedade é moderada ou mesmo baixa.

No grupo controlo, obteve-se $T=1986.5$ $p=0.135$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=808.5$ $p=0.005$, o que significa que as pontuações são inferiores na fase 2.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3022$ $p=0.012$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Na fase 2, obteve-se $W=3220.5$ $p=0.028$, o que significa que as pontuações também são mais elevadas no grupo experimental.

Hostilidade

Esta dimensão reporta-se a sentimentos e atitudes como a agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento. Os resultados obtidos por esta sub-escala são muito baixos, ainda mais baixos do que nas anteriores, como podemos analisar no quadro que se segue.

No grupo controlo, nas duas fases, predominam, ainda, valores mais baixos que nas sub-escalas anteriores. Salientamos que a pontuação máxima registada foi apenas de 3.2. Assim, pode-se afirmar que a manifestação de sintomas de Hostilidade é muito baixa nas duas fases.

Quadro 50 - Descrição de sintomas de hostilidade

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.000	0.000	0.000	0.000
Máximo	3.200	3.000	3.600	3.400
Média	0.939	0.918	1.172	1.104
1º Quartil	0.400	0.250	0.400	0.400
Mediana	0.800	0.800	0.800	0.800
3º Quartil	1.400	1.550	1.800	1.600
Desvio padrão	0.761	0.760	0.947	0.861
Coefficiente de variação	81%	82.7%	80.8%	78%

No grupo experimental, na fase 1, podemos afirmar, pelos coeficientes apresentados no quadro 50, que a intensidade desta dimensão é muito baixa. Relativamente à fase 2, observa-se, imediatamente, uma grande semelhança com a fase 1. Com efeito, os coeficientes estão muito próximos ou são mesmo coincidentes com os da fase 1.

No grupo controlo, obteve-se $T=497.5$ $p=0.194$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=602.5$ $p=0.106$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3385.5$ $p=0.15$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3410.5$ $p=0.086$, o que não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Ansiedade Fóbica

Ansiedade Fóbica é definida como um medo persistente face a um objecto, local, situação ou pessoa específica, caracterizada por comportamentos desproporcionais, aliados muitas das vezes à fuga.

O quadro 51 expõe a distribuição dos valores da sub-escala na fase 1 e 2. Podemos observar que predominam novamente os valores muito baixos.

Com efeito, no grupo controlo, na fase 1, a pontuação média é 0.631, a mediana ainda é inferior 0.2, o primeiro quartil é 0, coincidente com o mínimo da escala, e a pontuação máxima registada foi apenas de 3.2. Os Coeficientes na fase 2 são muito semelhantes e alguns deles até são coincidentes. Pode-se afirmar que a manifestação de sintomas de referentes a Ansiedade fóbica é extremamente baixa, sendo a mais baixa de todas as sub-escalas até este ponto.

Quadro 51 - Descrição de sintomas de ansiedade fóbica

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.000	0.000	0.000	0.000
Máximo	3.200	2.600	3.000	3.600
Média	0.631	0.569	0.894	0.810
1º Quartil	0.000	0.000	0.200	0.200
Mediana	0.200	0.200	0.600	0.800
3º Quartil	1.200	1.000	1.400	1.200
Desvio padrão	0.799	0.730	0.836	0.722
Coeficiente de variação	126.7%	128.2%	93.5%	89.2%

No grupo experimental, predominam os valores baixos e muito baixos, mas um pouco mais elevados do que no grupo controlo.

Na fase 1, a média é baixa, a mediana é ainda mais baixa, e não há famílias que atinjam a pontuação máxima da escala, sendo o máximo encontrado de 3. Deste modo, a manifestação de sintomas de Ansiedade fóbica é muito baixa. Na fase 2, não se registam diferenças significativas o que denota que a manifestação dos sintomas é muito baixa.

No grupo controlo, obteve-se $T=365$ $p=0.208$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=460$ $p=0.166$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=2985.5$ $p=0.008$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Na fase 2, obteve-se $W=2974$ $p=0.004$, o que significa as pontuações também são mais elevadas no grupo experimental.

Ideação Paranoide

As características que envolvem esta dimensão acentuam a projecção, hostilidade, grandiosidade e medo da perda de autonomia. Os resultados estão em sintonia com as dimensões anteriores. Assim, predominam fortemente as pontuações mais baixas nos dois grupos de participantes.

Quadro 52 - Descrição de sintomas de ideação paranoide

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.000	0.000	0.000	0.000
Máximo	3.200	3.200	3.600	3.600
Média	1.314	1.249	1.572	1.441
1º Quartil	0.600	0.600	0.900	0.700
Mediana	1.200	1.200	1.600	1.400
3º Quartil	2.000	1.800	2.300	2.200
Desvio padrão	0.835	0.819	0.927	0.92
Coeficiente de variação	63.5%	65.6%	59%	63.9%

O quadro acima exhibe a distribuição dos valores da sub-escala na fase 1 e 2. No grupo controlo, na fase 1, a média é apenas 1.314 e a mediana está próxima, sendo ainda inferior a 1.2, o terceiro quartil é apenas 2, coincidente com o ponto médio da escala, e a pontuação máxima registada foi apenas de 3.2. Assim, pode-se afirmar que a intensidade do stresse nesta dimensão é baixa. Na fase 2, observa-se uma grande semelhança com a fase 1, pelo que se pode afirmar que a manifestação de sintomas de Idealização paranoide é muito baixa nas duas fases.

No grupo experimental, a pontuação média é baixa e quase coincidente com a mediana e não há famílias que atinjam a pontuação máxima da escala, sendo o máximo encontrado de 3.6. Pode-se afirmar que a manifestação dos sintomas desta dimensão é baixa. No mesmo quadro podemos ver que na fase 2 se observam algumas semelhanças

com a fase 1, mas regista-se, ao mesmo tempo, uma diminuição generalizada das pontuações, ou seja, há maior concentração em valores mais baixos. As ilações extraídas na fase 1 mantêm-se válidas na fase 2, mas pode-se afirmar que a intensidade dos sintomas diminui da fase 1 para a fase 2 e é por isso muito baixa.

No grupo controlo, obteve-se $T=624$ $p=0.067$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=1171.5$ $p=0.007$, o que significa que as pontuações são inferiores na fase 2.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3267.5$ $p=0.075$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3440$ $p=0.101$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Psicoticismo

Nesta dimensão, Psicoticismo, são consideradas atitudes de isolamento e incluídos alguns sintomas da esquizofrenia. O quadro 53 mostra a distribuição dos valores da sub-escala Psicoticismo na fase 1 e 2. Imperam fortemente as pontuações mais baixas.

Quadro 53 - Descrição de sintomas de psicoticismo

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	0.000	0.000	0.000	0.000
Máximo	3.200	3.000	3.200	3.000
Média	0.835	0.859	1.114	1.051
1º Quartil	0.200	0.200	0.400	0.400
Mediana	0.600	0.600	1.000	1.000
3º Quartil	1.400	1.400	1.800	1.600
Desvio padrão	0.862	0.796	0.873	0.827
Coefficiente de variação	103.2%	92.6%	78.4%	78.7%

No grupo controlo, na primeira fase, a pontuação média é apenas 0.835, não muito afastada do valor mínimo da escala, e a pontuação máxima registada foi apenas de 3.2. Pelos coeficientes apresentados no quadro, pode-se afirmar que a manifestação de sintomas de Psicoticismo é muito baixa. Os valores que se reportam à fase 2 são muito semelhantes ou até coincidentes. Assim, as conclusões da fase 1 são válidas para a fase 2.

Na fase 1 do grupo experimental, a média é baixa, muito próxima da mediana, e o terceiro quartil é inferior ao ponto médio da escala, mostrando que poucas famílias têm pontuações superiores a 2, e não há famílias que atinjam a pontuação máxima da

escala, sendo o máximo encontrado de 3.2. Pode-se afirmar que a intensidade sintomas de Psicoticismo é muito baixa. Relativamente à fase 2, observa-se uma grande semelhança com a fase 1, mas regista-se, ao mesmo tempo, uma diminuição generalizada das pontuações. As ilações extraídas na fase 1 mantêm-se válidas na fase 2, mas sendo os valores inferiores nesta última, o que significa que se pode afirmar que a intensidade dos sintomas diminui da fase 1 para a fase 2.

No grupo controlo, obteve-se $T=336.5$ $p=0.89$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=590.5$ $p=0.041$, o que significa que as pontuações são inferiores na fase 2.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=33062$ $p=0.016$, o que significa que as pontuações são mais elevadas no grupo experimental. Na fase 2, obteve-se $W=3337$ $p=0.057$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Em síntese, podemos afirmar que os diferentes participantes manifestaram de níveis baixos a muito baixos níveis sintomas psicológicos.

Numa análise mais minuciosa, estes resultados podem complementar ou serem justificados por dados já apresentados, como os da adaptabilidade familiar. Como a média de tempo de dependência do idoso nas famílias é de 4 anos, consideramos que a fase de maior instabilidade já foi ultrapassada. Todavia é importante perceber que no grupo controlo, na generalidade, apresentava sintomas psicológicos mais baixos que o grupo experimental na primeira fase, mas, nas diferentes dimensões, poucas vezes se verificaram alterações da fase 1 para a fase 2. Porém, denotou-se um comportamento oposto nos participantes do grupo experimental. Estes apresentaram sempre níveis um pouco mais elevados na fase 1 e quase sempre foram diminuídos na fase 2.

O quadro que se segue apresenta um resumo da análise estatística das diferentes sub-escalas da escala BSI, permitindo o mesmo realçar e compreender o supra citado.

Quadro 54 – Resumo de sintomas psicológicos: comparação dos grupos e fases

GRUPO CONTROLO		GRUPO EXPERIMENTAL	
DIMENSÃO: SOMATIZAÇÃO			
Fase 1 $\bar{x} = 0.985$	Fase 2 $\bar{x} = 0.955$	Fase 1 $\bar{x} = 1.369$	Fase 2 $\bar{x} = 1.262$
T=631.5; p=0.326		T=764.5; p=0.017	
Comparação grupos fase 1 – W=3176; p=0.04			
Comparação grupos fase 2 – W: 3163; p=0.018			
DIMENSÃO: Obsessivo-compulsivo			
Fase 1 $\bar{x} = 1.218$	Fase 2 $\bar{x} = 1.095$	Fase 1 $\bar{x} = 1.519$	Fase 2 $\bar{x} = 1.403$
T=869; p=0.013		T=629.5;p=0.005	
Comparação grupos fase 1 – W=3021; p=0.012			
Comparação grupos fase 2 – W=3131; p= 0.014			
DIMENSÃO: Sensibilidade Interpessoal			
Fase 1 $\bar{x} = 0.987$	Fase 2 $\bar{x} = 0.992$	Fase 1 $\bar{x} = 1.392$	Fase 2 $\bar{x} = 1.278$
T=353; p=0.494		T=771; p=0.014	
Comparação grupos fase 1 – W=3032; p=0.013			
Comparação grupos fase 2 – W=3302; p=0.046			
DIMENSÃO: Depressão			
Fase 1 $\bar{x} = 1.078$	Fase 2 $\bar{x} = 1.080$	Fase 1 $\bar{x} = 1.388$	Fase 2 $\bar{x} = 1.357$
T=393; p=0.77		T=700; p=0.366	
Comparação grupos fase 1 – W=3141; p=0.031			
Comparação grupos fase 2 – W=3125.5; p=0.014			
DIMENSÃO: Ansiedade			
Fase 1 $\bar{x} = 1.194$	Fase 2 $\bar{x} = 1.145$	Fase 1 $\bar{x} = 1.500$	Fase 2 $\bar{x} = 1.369$
T=1986.5; p=0.135		T=808.5; p=0.005	
Comparação grupos fase 1 – W=3022; p=0.012			
Comparação grupos fase 2 – W=3220.5; p=0.028			
DIMENSÃO: Hostilidade			
Fase 1 $\bar{x} = 0.939$	Fase 2 $\bar{x} = 0.918$	Fase 1 $\bar{x} = 1.172$	Fase 2 $\bar{x} = 1.104$
T=497.5; p=0.194		T=602.5; p=0.106	
Comparação grupos fase 1 – W=3385.5; p=0.15			
Comparação grupos fase 2 – W=3410.5; p=0.086			
DIMENSÃO: Ansiedade Fóbica			
Fase 1 $\bar{x} = 0.631$	Fase 2 $\bar{x} = 0.569$	Fase 1 $\bar{x} = 0.894$	Fase 2 $\bar{x} = 0.810$
T=365; p=0.208		T=460; p=0.166	
Comparação grupos fase 1 – W=2985.5; p=0.008			
Comparação grupos fase 2 – W=2974; p=0.004			
DIMENSÃO: Ideação Paranoide			
Fase 1 $\bar{x} = 1.314$	Fase 2 $\bar{x} = 1.249$	Fase 1 $\bar{x} = 1.572$	Fase 2 $\bar{x} = 1.441$
T=624; p=0.067		T=1171.5; p=0.007	
Comparação grupos fase 1 – W=3267.5; p=0.075			
Comparação grupos fase 2 – W=3440; p=0.101			
DIMENSÃO: Psicoticismo			
Fase 1 $\bar{x} = 0.835$	Fase 2 $\bar{x} = 0.859$	Fase 1 $\bar{x} = 1.114$	Fase 2 $\bar{x} = 1.051$
T=336.5; p=0.89		T=590.5; p=0.041	
Comparação grupos fase 1 – W=3062; p=0.016			
Comparação grupos fase 2 – W=3337; p=0.057			

Legenda: $\bar{x}$ = Média; T= Resultado do Teste de Wilcoxon; W= Resultado do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney;

Valores com diferenças significativas estão a negrito

Por último, com a apresentação da análise dos resultados da Escala Avaliação de Papéis Familiares, procuramos responder à questão: **A distribuição dos papéis familiares, em famílias com um idoso dependente em contexto familiar, sofre alterações após intervenção de estudantes com formação específica?**

A análise dos dados da **Escala de Avaliação de Papeis Familiares**⁴⁶ foi realizada com a mesma lógica das escalas anteriores. Os dados são apresentados segundo as sub-escalas definidas, Papel: *Provedor ou Chefe de Família; Dona de Casa; Cuidados Externos à Casa; Prestador de Cuidados à Criança; Socializador; Sexual; Terapêutico e Organizador de Actividades Recreativas*⁴⁷. Foram tratadas em separado as respostas “Não se aplica”, assim, as pontuações foram calculadas apenas com base nas respostas posicionadas de 1 a 4.

Provedor ou Chefe de Família

O papel de provedor ou “chefe de família” está referido como a necessidade de proteger, assegurar o rendimento para satisfazer as necessidades da família.

Apenas 4% dos familiares responderam “Não se aplica” às questões da sub-escala Provedor ou Chefe de Família, que foram participantes menores sem rendimentos, ou seja, 96% dos familiares inquiridos assumem participação neste papel.

O quadro 55 exhibe a distribuição dos valores desta sub-escala, onde podemos observar que predominam fortemente os valores elevados e os muito elevados. Com efeito, no grupo controlo, na fase 1, a média é coincidente com a mediana, estando já acima do ponto médio da escala, próximo do máximo da escala, mostrando que a esmagadora maioria das famílias tem pontuações superiores a 2.5. Deste modo, pode-se afirmar que este papel é assumido muito frequentemente pelos participantes. Os coeficientes da fase 2 são ligeiramente inferiores ou coincidentes com os da fase 1. O que significa que a frequência deste papel é semelhante nas duas fases.

Quadro 55 - Descrição do papel de provedor

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.667	1.667	2.000	1.833
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000
Média	3.167	3.124	3.275	3.277
1º Quartil	2.875	2.875	3.000	3.000
Mediana	3.167	3.167	3.333	3.333
3º Quartil	3.400	3.333	3.550	3.550
Desvio padrão	0.398	0.395	0.417	0.436
Coeficiente de variação	12.6%	12.6%	12.7%	13.3%

⁴⁶ O percurso de construção e validação da escala foi realizado no capítulo 4 desta tese.

⁴⁷ À semelhança das escalas anteriores, foi calculada para cada sub-escala a resposta média das pontuações (que variam de 1 – Nunca a 4 – Sempre).

No grupo experimental, apenas uma família, 1.3%, respondeu “Não se aplica” às questões da sub-escala Provedor ou Chefe de Família. Na fase 1, de forma semelhante ao grupo controlo, predominam fortemente os valores elevados e muito elevados. Com efeito, a média está próxima da mediana e a esmagadora maioria das famílias tem pontuações superiores a 2.5, não havendo famílias com pontuações inferiores a 2. Pode-se afirmar que, no grupo experimental, o papel de provedor é desempenhado, muito frequentemente, pelos familiares do idoso dependente. Na fase 2 observa-se uma grande semelhança com a fase 1. Com efeito, os coeficientes são extremamente próximos ou coincidentes com os da fase 1. Assim, as conclusões da fase 1 mantêm-se válidas na fase 2.

No grupo controlo, obteve-se $T=203$ $p=0.065$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=79$ $p=0.62$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3107.5$ $p=0.063$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=2890.5$ $p=0.006$, o que significa que as pontuações também são mais elevadas no grupo experimental.

Este resultado do papel de provedor vem confirmar dados obtidos pelas entrevistas ao cuidador e pelas notas de campo.

Dona de Casa

O papel de dona de casa está directamente relacionado com todo o tipo de tarefas domésticas como cuidar do lar. Apenas 5.1% das famílias responderam “Não se aplica”, ou seja, 94.9% posicionou-se entre 1 a 4. O quadro que se segue apresenta a distribuição dos valores da sub-escala, na fase 1 e 2.

No grupo controlo predominam, quase exclusivamente, os valores muito elevados.

Quadro 56 - Descrição do papel de dona de casa

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.364	1.364	1.909	1.909
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000
Média	3.379	3.337	3.430	3.393
1º Quartil	2.909	2.909	2.909	2.909
Mediana	3.727	3.727	3.727	3.727
3º Quartil	4.000	4.000	4.000	4.000
Desvio padrão	0.77	0.769	0.698	0.711
Coeficiente de variação	22.8%	23%	20.4%	21%

Com efeito, a média está muito próxima da mediana. O terceiro quartil é coincidente com o máximo da escala, mostrando que a esmagadora maioria das famílias tem pontuações superiores a 3.5. Pode-se afirmar que este papel ocorre com uma frequência extremamente elevada. Esta afirmação é válida para as duas fases podendo ser confirmada pelos valores dos coeficientes que são muito semelhantes.

No grupo experimental, tal como na sub-escala anterior, houve apenas uma família com a resposta “Não se aplica”. No mesmo quadro, podemos verificar que imperam, quase exclusivamente, os valores muito elevados. Com efeito, na fase 1, a média é elevada e próxima do máximo da escala e a pontuação mínima é 1.909. O terceiro quartil é 4 que é coincidente com o máximo da escala, o que significa que um quarto das famílias se posicionam no máximo, o que é muito elevado. Deste modo, pode-se afirmar que este papel ocorre com uma frequência extremamente elevada. Relativamente à fase 2, observa-se, imediatamente, uma grande semelhança com a fase 1. Os coeficientes são extremamente próximos ou coincidentes com os da primeira fase. Assim, as ilações extraídas na fase 1 mantêm-se válidas na fase 2.

No grupo controlo, obteve-se $T=972$ $p=0.184$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=161$ $p=0.135$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3494$ $p=0.675$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3503.5$ $p=0.652$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Este resultado, do papel de dona de casa, vem reforçar a ideia de que os cuidadores estão sobrecarregados e que acumulam uma multiplicidade de papéis, sendo que alguns deles absorvem muito tempo e esforço físico.

Cuidados Externos à Casa

Apenas 8.1% das famílias responderam “Não se aplica” às questões desta sub-escala. Este papel está relacionado com actividades como trabalhos de bricolage, jardinagem e lavar o carro. O quadro 57 apresenta a distribuição das respostas, na fase 1 e 2.

No grupo controlo, na fase 1, caracterizam-se por uma grande irregularidade, alternando classes com pequeno número de famílias com classes com elevado número de famílias. Em resultado, pode-se afirmar que as respostas apresentam um comportamento

muito heterogéneo, não se podendo afirmar que existe concentração das pontuações em nenhum intervalo da escala. A diversidade de pontuações encontrada conduz a uma dispersão moderada, já um pouco elevada. Assim, pode-se afirmar que a frequência com que esta sub-escala ocorre é muito heterogénea, existindo famílias para quem é elevada e famílias para quem é baixa. Relativamente à fase 2 observa-se, imediatamente, uma grande semelhança podendo-se retirar as mesmas conclusões.

Quadro 57 - Descrição do papel cuidados externos à casa

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000
Média	2.420	2.433	2.597	2.559
1º Quartil	1.667	1.667	2.000	2.000
Mediana	2.333	2.333	2.667	2.667
3º Quartil	3.000	3.000	3.333	3.083
Desvio padrão	0.925	0.917	0.931	0.943
Coeficiente de variação	38.2%	1.000	35.8%	36.9%

No grupo experimental, registamos apenas duas famílias com resposta “Não se aplica” às questões desta sub-escala. O quadro acima mostra a distribuição dos valores da sub-escala. As respostas apresentam um comportamento bastante homogéneo em toda a escala de 1 a 4, não existindo concentração das pontuações em nenhum intervalo da escala. Tal como no grupo controlo, a variedade de pontuações encontradas conduz a uma dispersão moderada. Assim sendo, pode-se afirmar que a frequência com que este papel ocorre é muito diversa, tanto existindo famílias para quem é elevada como famílias para quem é baixa. Relativamente à fase 2, observa-se uma grande semelhança com a fase 1, o que significa que se pode afirmar que a frequência deste papel é semelhante nas duas fases.

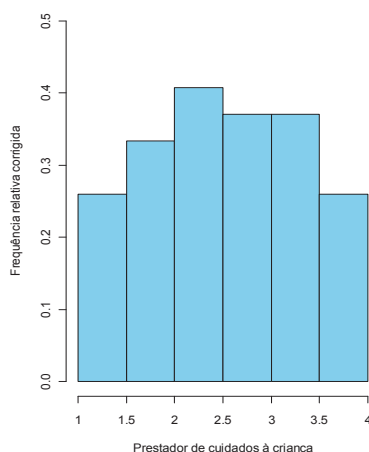
No grupo controlo, obteve-se $T=98.5$ $p=0.604$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=72.5$ $p=0.247$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3055.5$ $p=0.186$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3124.5$ $p=0.833$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Prestador de Cuidados à Criança

O papel prestador de cuidados à criança abrange o cuidar dos filhos para satisfação das necessidades humanas básicas, de segurança e diversão. No grupo controlo, a percentagem de famílias que respondeu “Não se aplica” às questões da sub-escala foi de 44.9%, o que é muito elevado, mas que se justifica pela fase do ciclo vital em que as famílias se encontram, como já referido anteriormente, são famílias envelhecidas com filhos adultos ou também eles já idosos, famílias com poucas crianças. Portanto, apenas 55.1% das famílias inquiridas forneceu respostas entre o nunca e sempre. A distribuição caracteriza-se por uma grande homogeneidade das respostas, conforme se pode observar no gráfico 13, as pontuações distribuem-se de uma forma quase uniforme pela escala.

Gráfico 13 - Representação do papel prestador de cuidados à criança grupo fase 1



Apenas as pontuações mais baixas entre 1 e 1.5 e mais altas entre 3.5 e 4 têm um número de famílias um pouco inferior, tendo as restantes classes quase o mesmo número de famílias. Não existe predominância clara em nenhum intervalo da escala.

Pelo quadro que se segue, verificamos que, na fase 1, a média é quase coincidente com a mediana. A diversidade de pontuações encontrada conduz a uma dispersão moderada. Assim, pode-se afirmar que a frequência com que este papel ocorre é muito diversa, existindo famílias para quem é baixa, famílias para quem é moderada e famílias para quem é elevada.

Quadro 58 - Descrição do papel prestação de cuidados à criança

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.071	1.071	1.000	1.000
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000
Média	2.559	2.515	2.457	2.458
1º Quartil	2.000	1.889	2.000	2.053
Mediana	2.519	2.519	2.429	2.369
3º Quartil	3.196	3.036	3.000	3.000
Desvio padrão	0.821	0.797	0.713	0.664
Coeficiente de variação	32.1%	31.7%	29%	27%

Relativamente à fase 2, regista-se um acentuar da importância dos valores intermédios, ou seja, moderados, principalmente à custa dos mais elevados, mas com pequenas diferenças que não deverão ser significativas.

No grupo experimental houve 38% de famílias com resposta “Não se aplica”, o que continua a ser elevado. Na fase 1 predominam as pontuações intermédias. Pela leitura do quadro 58, a média é de 2.457, também quase coincidente com a mediana, 2.429, com o primeiro quartil, que é 2, o terceiro quartil, que é 3, e existem famílias com pontuação máxima. A dispersão é moderada. Pode-se afirmar que a frequência com que este papel ocorre é predominantemente moderada, existindo poucas famílias com frequências elevadas ou baixas. Relativamente à fase 2, observa-se, imediatamente, uma grande semelhança com a fase 1. Com efeito, os coeficientes, mostrados no quadro acima, são extremamente próximos ou coincidentes com os da fase 1. Isto significa que se pode afirmar, de novo, que a frequência deste papel é semelhante nas duas fases.

No grupo controlo, obteve-se $T=542.5$ $p=0.292$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=53$ $p=0.789$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=1438$ $p=0.449$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=1309$ $p=0.338$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Socializador

O papel de socialização agrega a interacção com os diferentes membros da família e elementos externos à mesma. Não houve famílias com resposta “Não se aplica” às questões da sub-escala Socializador na fase 1 e 2. O quadro que se segue mostra a distribuição dos valores da sub-escala nas duas fases.

Quadro 59 - Descrição do papel socializador

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.750	1.750	1.250	1.250
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000
Média	2.965	2.969	3.001	2.956
1º Quartil	2.750	2.750	2.625	2.500
Mediana	3.000	3.000	3.000	3.000
3º Quartil	3.250	3.250	3.500	3.417
Desvio padrão	0.521	0.505	0.638	0.675
Coeficiente de variação	17.6%	1.750	21.3%	22.8%

No grupo controlo, na fase 1, predominam os valores moderados, existindo poucas famílias em que a frequência é elevada ou baixa. A média é quase coincidente com a mediana e existem famílias com pontuação máxima. Assim, pode-se afirmar que a frequência com que este papel é desempenhado é predominantemente moderada. Relativamente à fase 2, ocorre algum acentuar da importância dos valores moderados, principalmente à custa dos mais baixos, mas com pequenas diferenças o que significa que a frequência deste papel é a mesma da fase 1.

No grupo experimental, na fase 1, a média é de 3, coincidente com a mediana. O primeiro quartil é 2.625, o terceiro quartil é de 3.5, próximo do máximo da escala, e existem famílias com pontuação máxima. Verifica-se, assim, que a frequência com que este papel ocorre é relativamente elevada. Quanto à fase 2, observa-se uma grande semelhança com a fase 1. Os coeficientes são extremamente próximos ou são coincidentes. As ilações extraídas na fase 1 mantêm-se válidas na fase 2.

No grupo controlo, obteve-se $T=139.5$ $p=0.488$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=162$ $p=0.125$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3665$ $p=0.54$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3894$ $p=0.473$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Sexual

O papel sexual caracteriza-se por um conjunto de acções como a partilha de afectos, o apoio emocional, o interesse pela vida sexual, e tudo o que promove uma relação satisfatória entre dois parceiros. No grupo controlo apenas 10.2% das famílias respondeu

“Não se aplica” às questões desta sub-escala. O quadro 60 mostra a distribuição dos valores da sub-escala nas diferentes fases. Na fase 1, a média é quase coincidente com a mediana 3, o terceiro quartil é de 3.425 e existem famílias com pontuação máxima. Deste modo, pode-se afirmar que a frequência com que este papel é desempenhado é predominantemente moderada ou mesmo um pouco elevada. Relativamente à fase 2 existe uma grande semelhança com a fase 1. Assim, as conclusões da fase 1 mantêm-se válidas na fase 2.

Quadro 60 - Descrição do papel sexual

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.000	1.000	1.167	1.000
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000
Média	2.957	2.954	3.053	2.963
1º Quartil	2.767	2.667	2.667	2.667
Mediana	3.000	3.000	3.167	3.000
3º Quartil	3.425	3.333	3.500	3.333
Desvio padrão	0.679	0.407	0.614	0.638
Coeficiente de variação	23%	21.6%	20.1%	21.5%

No grupo experimental apenas 13.9% das famílias respondeu “Não se aplica”. Como se pode ver no mesmo quadro, na fase 1, a média é muito próxima da mediana, o terceiro quartil é de 3.5 e existem famílias com pontuação máxima. A dispersão é moderada ou um pouco baixa. Pode-se afirmar que a frequência com que este papel ocorre é relativamente elevada. Na fase 2, existe alguma semelhança com a fase 1. Contudo, observa-se um acentuar da importância dos valores intermédios da escala. Continuam a predominar os valores moderados e elevados, mas com maior predominância dos valores moderados, pelo que a frequência desta sub-escala diminui da fase 1 para a 2, apesar de estar próxima da obtida na fase 1.

No grupo controlo, obteve-se $T=156$ $p=0.297$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=162$ $p=0.017$, o que significa que as pontuações são inferiores na fase 2.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=2770.5$ $p=0.427$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3089$ $p=0.488$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

O desempenho elevado do papel sexual valida o apoio emocional e afectos partilhados pelos diferentes membros das famílias, como já subentendido com a apresentação de dados obtidos pelas metodologias qualitativas.

Terapêutico

O papel terapêutico envolve ajudas como a partilha de preocupações, vontade de escutar os outros, envolvimento activo na resolução de problemas e apoio emocional; inclui, ainda, actividades que promovam a saúde, previnam a doença e de reabilitação aquando da doença. No grupo controlo, apenas 1% das famílias, respondeu “Não se aplica” às questões da sub-escala. O quadro 61 mostra a distribuição dos valores da sub-escala. Predominam os elevados e muito elevados.

No grupo controlo, na fase 1, a média é alta muito próxima da mediana, o terceiro quartil está próximo do máximo da escala, e existem famílias com pontuação máxima. Pode-se afirmar que a frequência com que o papel terapêutico é desempenhado é muito elevada. Relativamente à fase 2, existe uma grande semelhança com a fase 1. Os coeficientes são muito próximos ou mesmo coincidentes com os da fase 1. As ilações extraídas na fase 1 mantêm-se válidas na fase 2.

Quadro 61 - Descrição do papel terapêutico

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.818	1.818	2.000	2.000
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000
Média	3.148	3.146	3.274	3.258
1º Quartil	2.727	2.818	2.909	2.909
Mediana	3.273	3.091	3.364	3.364
3º Quartil	3.636	3.545	3.727	3.727
Desvio padrão	0.551	0.521	0.551	0.531
Coeficiente de variação	17.5%	16.6%	16.8%	16.3%

No grupo experimental não houve famílias com resposta “Não se aplica”. Como podemos ver no quadro acima, na distribuição dos valores da sub-escala, na fase 1, prevalecem as pontuações elevadas e as muito elevadas. Pode-se afirmar que a frequência com que este papel é assumido é extremamente elevada. Relativamente à fase 2, observa-se uma grande semelhança com a fase 1. Os coeficientes são coincidentes ou extremamente próximos dos da fase 1. Em resultado, a frequência deste papel é semelhante nas duas fases.

No grupo controlo, obteve-se $T=296$ $p=0.394$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=186$ $p=0.399$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3280$ $p=0.1$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3323.5$ $p=0.065$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Este resultado elevado do papel terapêutico baliza que é a família que assume os cuidados ao idoso dependente, cuidados contínuos e complexos tendo em conta o grau de dependência do idoso.

Organizador de Actividades Recreativas

O papel de organizador de actividades recreativas envolve a manutenção do contacto com a família alargada e amigos. Não houve registo de respostas “Não se aplica” às questões desta sub-escala. O quadro 62 expõe a distribuição dos valores da sub-escala.

Na fase 1, no grupo controlo, a média é baixa muito próxima da mediana e a pontuação máxima encontrada foi apenas de 3.5, ainda afastado do valor máximo da escala. A concentração das pontuações conduz a uma dispersão relativamente baixa. Pode-se afirmar que a frequência com que este papel ocorre é moderada ou mesmo baixa. Relativamente à fase 2, existe uma grande semelhança com a fase 1, mas detectando-se um aumento das pontuações. Continuam a predominar as pontuações baixas e moderadas. Embora a diferença não seja muito grande, pode-se afirmar que a frequência desta sub-escala aumentou em relação à fase 1.

Quadro 62 - Descrição do papel organizador de actividades recreativas

Coeficientes	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Mínimo	1.143	1.357	2.000	1.000
Máximo	3.500	3.714	3.571	3.786
Média	2.382	2.514	2.348	2.498
1º Quartil	2.000	2.143	2.071	2.143
Mediana	2.500	2.629	2.286	2.500
3º Quartil	2.768	2.857	2.786	2.857
Desvio padrão	0.505	0.484	0.540	0.578
Coeficiente de variação	21.2%	19.3%	23%	23.1%

Na distribuição dos valores do papel organizador de actividades recreativas no grupo experimental, na fase 1, predominam as pontuações intermédias, ou seja, moderadas e, existindo mesmo, alguma importância das pontuações um pouco elevadas. A dispersão é moderada devido à existência de algumas famílias com pontuações afastadas dos valores

intermédios. Pode-se afirmar que a frequência com que este papel é desempenhado é moderada. Relativamente à fase 2, observa-se que a distribuição se encontra muito próxima de ser simétrica, acentuando-se, por isso, a importância dos valores moderados, a par de um aumento das pontuações. As ilações extraídas na fase 1 mantêm-se válidas.

No grupo controlo, obteve-se $T=390.5$ $p=0.399$, o que significa que não se verificam diferenças entre as duas fases. No grupo experimental, obteve-se $T=565.5$ $p=0.61$, o que significa que também não se verificam diferenças entre as duas fases.

Para a comparação das pontuações dos dois grupos na fase 1, obteve-se $W=3615.5$ $p=0.451$, o que significa que não se verificam diferenças entre os dois grupos. Na fase 2, obteve-se $W=3568$ $p=0.186$, o que significa que também não se verificam diferenças entre os dois grupos.

Em síntese, inferimos que o papel terapêutico e o de dona de casa foram os registados como extremamente elevados, seguindo-se o de provedor ou chefe de família. Com frequência moderada ficou representado o papel sexual e o socializador. O papel Prestador de cuidados à criança ocorre moderadamente nestas famílias. Estes resultados sustentam a ideia de que, em cada fase do ciclo vital, a família tem tarefas próprias, pelo que os seus membros têm de aprender novas formas de encarar a situação. Todavia, e tendo em conta a fase de desenvolvimento em que a família se posiciona, uns papéis são desempenhados mais intensamente do que outros.

Em termos de conclusão, diríamos que o impacte de cuidar das famílias com um idoso dependente deve ser tido em consideração. Uma família saudável possibilita o crescimento dos seus membros e, ao mesmo tempo, mantém a coesão, prima pelas necessidades emocionais, físicas e sociais, reconhece, valoriza e concilia as suas diferenças, apresenta flexibilidade para as mudanças e, quando enfrenta problemas, consegue funcionar e adaptar-se à nova realidade, utilizando fontes externas e internas para manter a independência.

O quadro que se segue permite-nos fazer uma síntese da frequência dos papéis familiares dos dois grupos de famílias nas diferentes fases do estudo.

Quadro 63 - Resumo dos papéis familiares: comparação dos grupos e fases

GRUPO CONTROLO		GRUPO EXPERIMENTAL	
DIMENSÃO: PROVEDOR OU CHEFE DE FAMÍLIA			
Fase 1 $\bar{x} = 3.167$	Fase 2 $\bar{x} = 0.3.124$	Fase 1 $\bar{x} = 3.275$	Fase 2 $\bar{x} = 3.277$
T=203; p=0.065		T=79; p=0.62	
Comparação grupos fase 1 – W=3107.5; p=0.063			
Comparação grupos fase 2 – W=2890.5; =0.006			
DIMENSÃO: Dona de Casa			
Fase 1 $\bar{x} = 3.379$	Fase 2 $\bar{x} = 3.337$	Fase 1 $\bar{x} = 3.430$	Fase 2 $\bar{x} = 3.393$
T=972; p=0.184		T=161; p=135	
Comparação grupos fase 1 – W=3494; p=0.675			
Comparação grupos fase 2 – W=3503.5; p=0.652			
DIMENSÃO: Cuidados Externos à casa			
Fase 1 $\bar{x} = 0.2.420$	Fase 2 $\bar{x} = 0.2.433$	Fase 1 $\bar{x} = 2.597$	Fase 2 $\bar{x} = 2.559$
T=98.5; p=0.604		T=72.5; p=0.247	
Comparação grupos fase 1 – W=3055.5 p=0.1863			
Comparação grupos fase 2 – W=3124.5; p=0.833			
DIMENSÃO: Prestador de cuidados à criança			
Fase 1 $\bar{x} = 2.559$	Fase 2 $\bar{x} = 2.515$	Fase 1 $\bar{x} = 2.457$	Fase 2 $\bar{x} = 2.458$
T=542.5; p=0.292		T=53; p=0.789	
Comparação grupos fase 1 – W=1438; p=0.449			
Comparação grupos fase 2 – W=1309; p=0.338			
DIMENSÃO: Socializador			
Fase 1 $\bar{x} = 2.965$	Fase 2 $\bar{x} = 2.969$	Fase 1 $\bar{x} = 3.001$	Fase 2 $\bar{x} = 2.956$
T=139.5; p=0.488		T=162; p=0.125	
Comparação grupos fase 1 – W=3665; p=0.54			
Comparação grupos fase 2 – W=3894; p=0.473			
DIMENSÃO: Sexual			
Fase 1 $\bar{x} = 0.957$	Fase 2 $\bar{x} = 0.954$	Fase 1 $\bar{x} = 3.053$	Fase 2 $\bar{x} = 2.963$
T=156; p=0.297		T=162; p=0.017	
Comparação grupos fase 1 – W=2770.5; p=0.427			
Comparação grupos fase 2 – W=3089; p=0.488			
DIMENSÃO: Terapêutico			
Fase 1 $\bar{x} = 3.148$	Fase 2 $\bar{x} = 3.146$	Fase 1 $\bar{x} = 3.274$	Fase 2 $\bar{x} = 3.258$
T=296; p=0.394		T=186; p=0.399	
Comparação grupos fase 1 – W=3280; p=0.1			
Comparação grupos fase 2 – W=3323.5;p=0.065			
DIMENSÃO: Organizador de actividades recreativas			
Fase 1 $\bar{x} = 2.383$	Fase 2 $\bar{x} = 2.514$	Fase 1 $\bar{x} = 2.348$	Fase 2 $\bar{x} = 2.498$
T=390.5; p=0.399		T=565.5; p=0.61	
Comparação grupos fase 1 – W=3615.5; p=0.451			
Comparação grupos fase 2 – W=3568; p=0.186			

Legenda: $\bar{x}$ = Média; T= Resultado do Teste de Wilcoxon; W= Resultado do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney; Valores com diferenças significativas estão a negrito.

Com os resultados obtidos pelas metodologias quantitativas e qualitativas tomamos conhecimento que as famílias, de uma região Norte de Portugal, com um idoso muito dependente, há pelo menos um ano, assumem sobre a sua responsabilidade o papel terapêutico e outros de uma forma integral. São famílias que reflectem coesão e adaptabilidade e manifestaram poucos sintomas psicológicos.

Os resultados obtidos pela aplicação das diferentes escalas, nos diferentes grupos e nas diferentes fases não espelham diferenças muito significativas. Consideramos, no entanto, as diferenças encontradas como sendo relevantes uma vez que adoptamos um nível de significância de 5%. Se escolhêssemos um nível de significância de 10%, o que é uma possibilidade válida estatisticamente, na análise dos dados reconhecíamos mais diferenças entre os grupos e as fases.

No sub-capítulo que se segue apresentamos a análise dos dados de informação recolhida por métodos e técnicas qualitativas provenientes das famílias do grupo experimental e dos estudantes submetidos ao programa de formação. Os resultados obtidos com estas metodologias evidenciam mais a influência do programa de formação.

6.4 - ANÁLISE DA OPINIÃO DOS ESTUDANTES E DAS FAMÍLIAS: CONTRIBUTOS PARA UM DESENHO CURRICULAR

Ao longo deste capítulo sexto, realizámos a caracterização dos participantes, efectuámos um périplo sobre a família com um idoso dependente, descrevemos o perfil dos idosos e apresentámos os resultados impacte do cuidar dessas famílias. Urge o momento de apresentar resultados da análise de dados conduzidos para uma avaliação do que foi trabalhar com famílias e qual o significado que esta intervenção teve para as mesmas e para os estudantes. Deste modo, os resultados apresentados neste sub capítulo são o produto da análise de relatos dos dois intervenientes directos em todo este processo: dos estudantes e das famílias. Com os mesmos, pretendemos relevar estes contributos para a reestruturação do currículo da Licenciatura em Enfermagem.

6.4.1 - Da Intervenção à Inovação no Desenho Curricular

Na revisão da literatura, tivemos contacto com diferentes abordagens do que se tem escrito sobre currículo. Jackes em (1992) afirmou que diferentes concepções de

currículo vão de encontro á ideia abrangente de todas as experiências ou oportunidades de aprendizagem que a Instituição de Ensino oferece. Sublinha que o currículo, é uma forma de organização, é essencialmente um instrumento de eficácia social, motivado quer interna, quer externamente, por factores de natureza administrativa e pedagógica, com o intuito de orientar regras e ordem à conduta da Instituição de Ensino.

Sendo esta perspectiva um pouco reducionista do conceito suscitou novas asserções, onde se destacam autores como Dewey e Bobbit, com mudanças que reconhecem a importância do contexto escolar e outros contextos não formais (Correia, 2004). A complementar, apraz-nos citar Ribeiro (1990) quando referencia currículo como processo de ensino aprendizagem que está em permanente desenvolvimento e que se desenrola em diferentes e sucessivas etapas, de um modo não necessariamente linear e sequencial, mas que cada fase ou etapa dirige para outra. A figura que se segue apresenta esquematicamente esta ideia.

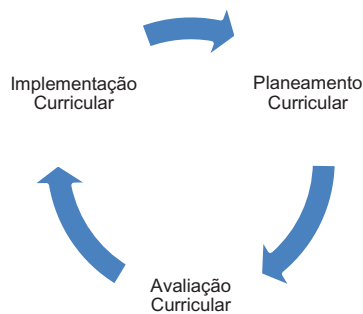


Figura 7 - Processo de desenvolvimento curricular (Adaptado de Ribeiro1990)

Na procura de compreensão desta problemática, Correia (2004) menciona que o desenho curricular refere-se à estruturação e organização de fases e elementos para a solução de problemas, entendendo-se como o conjunto de etapas que deverão integrar a estruturação do currículo. Deve-se entender que o desenvolvimento e ou desenho curricular como um processo e o currículo como a representação de uma realidade, resultado desse processo. O currículo explicita as intenções e pode constituir um guia na orientação de conteúdos e organizações das experiências e actividades educativas para a prática pedagógica.

Os estudos continuados de diferentes autores, em que destacamos Alonso (1995) orienta-nos para a elaboração de um currículo apoiado no paradigma integrador, desenhado a partir de diferentes perspectivas como provenientes da psicologia, sociologia, pedagogia, epistemologia, que se pode caracterizar como *construtivista*, *ecológico* e *crítico*.

Construtivista porque salienta o carácter activo, significativo e interactivo dos processos de aprendizagem. Realça que aprender é, sobretudo adquirir instrumentos para aprender a aprender. Aqui se incluem os processos de pensamento e acção dos actores intervenientes.

Ecológico, eleva a importância dos contextos educativos em que se desenvolve o currículo, relacionado com a resolução de problemas práticos numa base de pluralidade, dinamismo e abertura para centralizar a formação nos contextos reais de trabalho.

Crítico, orientado para conceitos de comunidade, moralidade, justiça, autonomia e cooperação como essenciais para o desenvolvimento da consciência crítica reflexiva e do diálogo enquanto processos para a mudança do pensamento das práticas e dos contextos educativos. Neste sentido, o currículo é concebido com os contributos científicos, sociais e culturais que exigem inovação e criatividade para o seu planeamento e para a sua implementação.

No ensino de enfermagem, o desenho curricular mais adoptado tem sido o modelo preconizado por Hilda Taba, com diversas adaptações, que levam a abordagens e estratégias de ensino aprendizagem muito distintas (Correia, 2004), como podemos observar na figura que se segue.

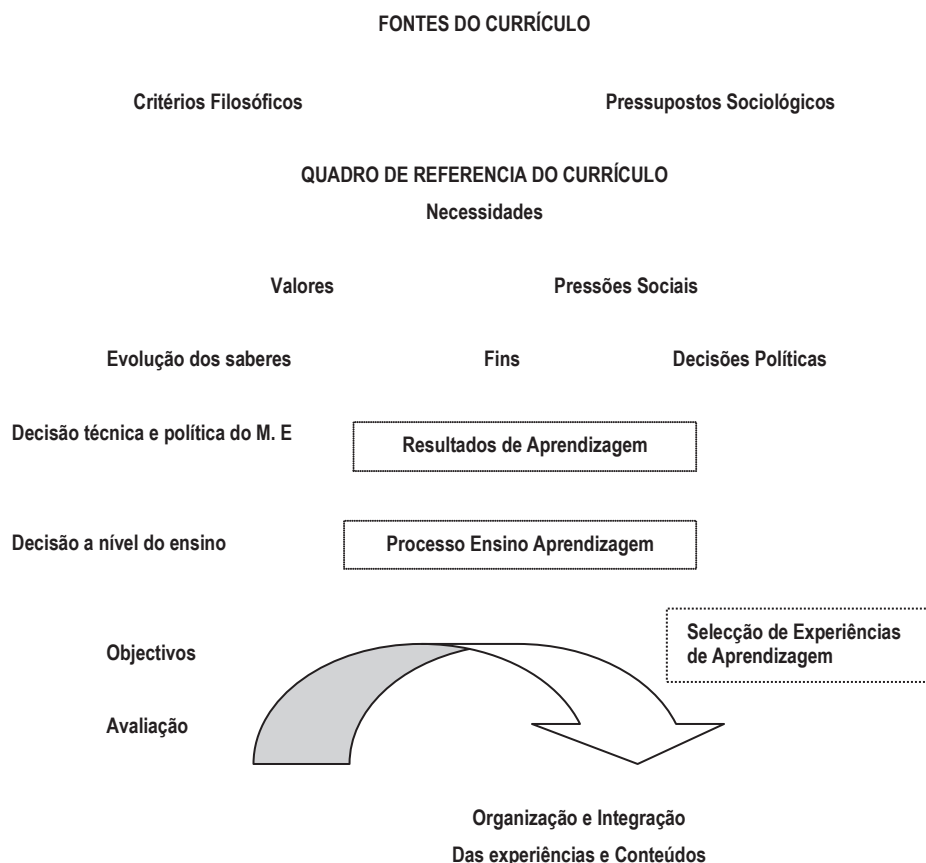


Figura 8 – Fases de elaboração de um currículo (Adaptado, Correia, 2004).

Pelo descrito o conceito de currículo não se restringe à execução de programas. Implica frequentemente tomadas de decisão na definição de objectivos, metodologias, conteúdos e avaliação, cuja configuração tem de ponderar factores relacionados com o contexto e os diversos recursos. É de igual modo importante salientar o conjunto amplo de factores de natureza pessoal, social entre outros que condicionam o que se aprende.

Percurso Metodológico

Como já referimos, em capítulos anteriores, no final da intervenção dos estudantes nas famílias, realizamos entrevistas de carácter exploratório, aos estudantes e aos cuidadores principais, do grupo experimental, visando obter opinião de quem cuidou e de quem recebeu cuidados.

Sendo a entrevista uma técnica pertinente quando se pretende a revelação de opiniões, esta configurou-se como o instrumento válido para analisar as experiências dos actores participantes. Neste propósito procuramos a recolha de informação sobre práticas de cuidados implementados às famílias, e, ir ao encontro de necessidades e desejos de mudanças na formação inicial em enfermagem para cuidar de famílias. Sendo assim procuramos compreender:

- Quais os contributos do programa extra-curricular no sentido da construção das competências, habilidades para intervir em famílias com idoso dependente em contexto familiar?
- Quais as principais dificuldades sentidas pelos estudantes para cuidar das famílias com um idoso dependente em contexto familiar?
- Que nível de cuidados são prestados pelos profissionais de enfermagem às famílias com um idoso dependente em contexto familiar de uma região do Norte de Portugal?
- Quais as contrapartidas que a família com idoso dependente pode ter ao ser cuidada por estudantes de enfermagem com formação específica?

Consideramos que as entrevistas funcionaram como uma auto-avaliação e hetero-avaliação do trabalho prático dos estudantes nas famílias. A figura que se segue, destaca de forma sumária as principais categorias que emergiram da análise dos dados dos discursos dos estudantes.

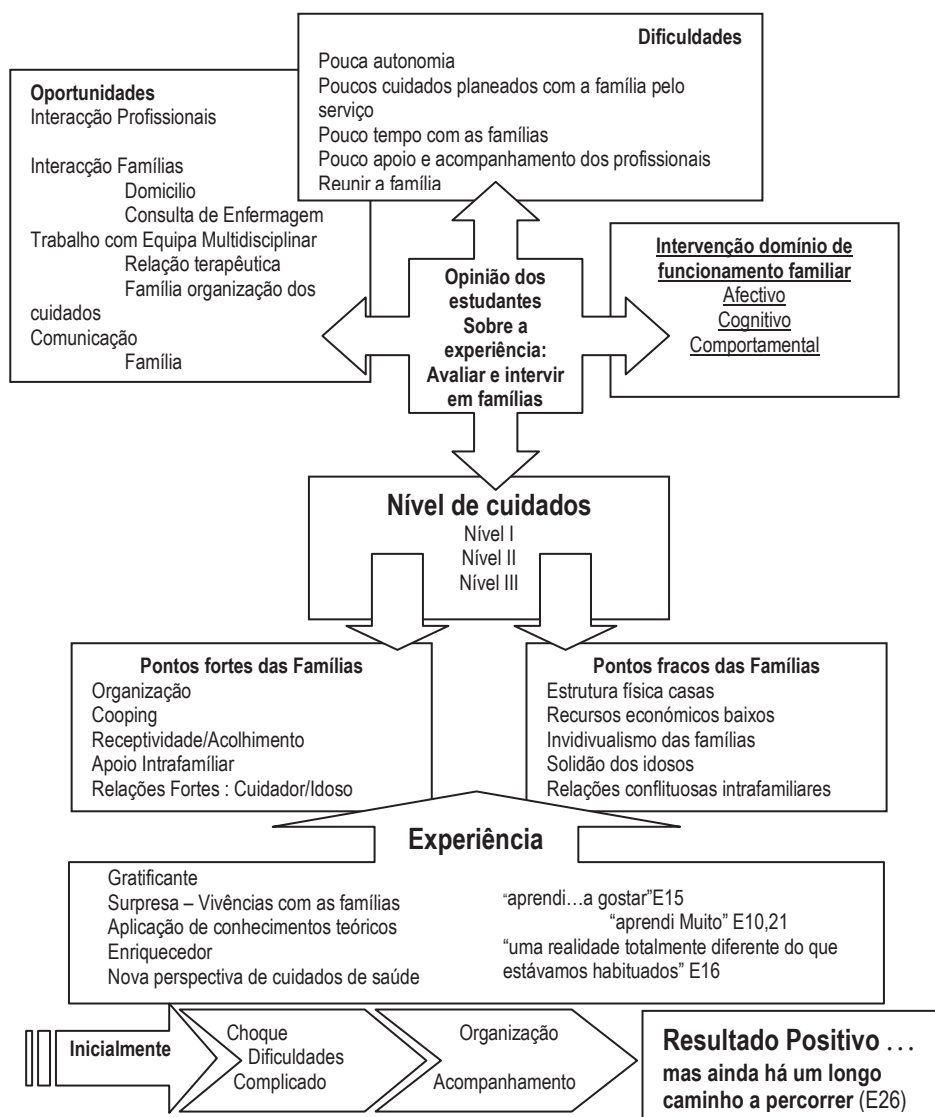


Figura nº 9 – Síntese das principais categorias da avaliação dos estudantes

Com recurso à expressão dos estudantes, podemos afirmar que a oportunidade que tiveram de trabalhar com as famílias com idoso dependente, após participação na formação extra curricular, foi extremamente positiva, embora se reflectam alguns constrangimentos que a impediram de ser melhor. Esta prática clínica teve reflexos positivos a nível pessoal e profissional.

Resultou numa aprendizagem única pela experiência inovadora, pelo aumento da auto-estima profissional e pela oportunidade de intervenção na comunidade, saindo da prática corrente do contexto hospitalar como nos expressam quando dizem que *“foi um momento de grande aprendizagem sem dúvida alguma porque nos permitiu ter um contacto que até agora nunca tínhamos tido...foi gratificante aprendi imenso...apliquei bastantes conhecimentos. Surpreendi-me a mim própria porque pensei que não iria gostar”* (E2).

A oportunidade de avaliar e intervir nas famílias promoveu nos estudantes a consciencialização, que representa o desenvolvimento e o despertar para a consciência crítica, entendida como o poder para transformar a realidade e valorizar a ideia de que a aprendizagem, resulta do diálogo, devendo-se criar condições para que o educando seja capaz de desenvolver as suas reflexões e, deste modo, desenvolver-se a si próprio, como nos mostram alguns relatos *“em termos de aprendizagem foi tudo positivo, foi uma experiência boa, fez-me crescer como futura enfermeira uma vez que ao planear os cuidados para a família é diferente. Aprendi, aprendi muito”* (E19).

O trabalho com as famílias foi relevante pela oportunidade de contacto com o idoso dependente no domicílio, mas, sobretudo pela inovação experiencial que lhes possibilitou a intervenção e orientação nas famílias desses idosos. Foi verdadeiramente valorizada esta interacção profissional que, de uma certa forma, extravasava a dinâmica fechada da intervenção individual e houve o reconhecimento do valor do papel do enfermeiro de família. Os seguintes recortes de entrevista são muito claros dizendo que *“permitiu-me o contacto e interacção com as famílias, conseguir acompanhar o doente e sua família durante um período de tempo maior enquanto até agora era só o indivíduo e em tempo restrito... Foi algo de diferente, estávamos sempre habituados ao estágio do hospital... foi uma perspectiva nova dos cuidados de saúde principalmente direccionados para a família. Para mim este estágio foi uma área que nos permite intervir mais juntamente com do indivíduo e conseguimos ter uma visão mais alargada da família”* (E12).

As verbalizações dos estudantes permitem-nos expressar que reconheceram que o enfermeiro que exerce a sua actividade profissional nas unidades de cuidados de saúde primários detém um lugar privilegiado na equipa multidisciplinar. Tem oportunidade de conhecer as famílias e os seus estilos de vida durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como dos recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança de paradigma no cuidar das famílias: *“acho que fomos mais intervenientes na saúde familiar comparado com estágios anteriores. No centro de saúde os cuidados são mais continuados. Dá continuidade aos cuidados hospitalares mas tratamos de forma diferente, os profissionais são diferentes acho que há mais empatia entre a equipa de saúde, médicos e enfermagem e as famílias... Há mais proximidade dos profissionais com o doente e sua família, convivi com as pessoas saudáveis, que recorreram ao centro de saúde...nunca pude contactar tão fortemente com as pessoas, desenvolver uma relação tão próxima”* (E18). A estratégia da saúde familiar promove um novo paradigma para a organização do trabalho dos profissionais de saúde, pautando-se por um trabalho em equipa, na delimitação do território de actuação, no vínculo dos profissionais com a pessoa, famílias e comunidade. Os profissionais têm necessidade de uma incorporação

de diferentes saberes de saúde de família, como o social, o psicológico e o pedagógico. O modelo de atenção à saúde da família, delega nos profissionais tarefas, cuidados com responsabilidades e exigências específicas. Deste modo necessitam de conhecimentos e habilidades específicas para assistir a comunidade extramuros, adequado suporte técnico-científico e até alguma criatividade. Este modelo de atenção muda o enfoque de assistência à doença para a promoção da saúde. A análise dos discursos possibilitou inferir a interiorização deste novo modelo de prestação de cuidados *“O enfermeiro de família é uma mais-valia...porque fiquei a tomar contacto com esse modelo... Essa formação que tive com a professora possibilitou-me, ter outro ponto de vista sobre os cuidados de saúde comunitários. Possibilitou-me ver coisas que se calhar antes não via. Pude fazer inúmeras intervenções com e nas famílias ...foi muito diferente trabalhar junto das famílias, trabalhamos com o idoso dependente mas também procurávamos incluir no plano de cuidados intervenções para os outros elementos da família, para um trabalho de grupo e para pensarem também na saúde deles próprios”*.^(E23).

Os discursos são sugestivos que sustentaram as práticas orientadas na pessoa inserida numa família, integrada num grupo com um ambiente próprio. Fazem sobressair a importância de “estar com” no sentido de acompanhar, estar junto de pessoas e famílias, envolvidos numa parceria, de forma individualizada, congruente e empática na partilha de experiências.

A saúde familiar exige novas práticas de saúde. Enfatiza a promoção e a prevenção e não se descuida do aspecto curativo e da reabilitação. Para se implementar este modelo assistencial é necessário que os profissionais sejam preparados para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania. Além disso, a realidade da, actual, saúde pública, apresenta desafios cada vez mais complexos, que exigem, além de conhecimentos clínicos actualizados impõem habilidades interpessoais e intersectoriais (Camelo, Angerami, 2008).

Actividades curriculares que promovem oportunidades de aprendizagem em contexto real de trabalho são indispensáveis para os estudantes que desejam estar preparados para enfrentar os desafios da profissão. O estágio possibilita a consolidação da teoria e da prática, permite conhecer a realidade do dia-a-dia, assimilar o que aprendeu e até mesmo aquilo que ainda vai aprender.

Na continuidade da análise dos discursos, identificamos que além do elenco antecedente de positivismo na aprendizagem dos estudantes, também, emergiram **dificuldades** para implementar o projecto de promoção da saúde das famílias.

As dificuldades reflectiram-se como obstáculos que se salientaram em diferentes

subcategorias: *Poucos cuidados planeados com a família pela unidade de saúde; Pouco tempo com as famílias; Pouca autonomia; Dificuldades em reunir a família.*

Alguns estudantes destacaram a existência de dificuldades sentidas relacionadas com a monitorização dos profissionais de saúde que os orientavam e que dificultaram a implementação do projecto, situações estas que podem ser reiteradas no discurso pela expressão: *Os profissionais que nos acompanhavam limitavam muito as nossas intervenções... não tínhamos muita liberdade para cuidados às famílias, tínhamos que nos limitar aos cuidados curativos agendados... não nos facilitaram nada a intervenção nas famílias ... Estavam sempre a arranjar maneira de nos dificultar as nossas visitas. Não gostavam do trabalho que nós andávamos a fazer... não acharam muita piada ao facto de estarmos inseridas neste projecto e logo aí começaram os problemas.”*^(E3) Alguns estudantes no momento da entrevista partilharam e lamentaram a falta de colaboração ou sensibilidade de alguns enfermeiros para a implementação de intervenções de promoção de saúde à família, sendo registo desta dificuldade encontrada como exemplo *“Posso ser sincera! Às vezes falta de boa vontade... Tivemos alguns contratempos... principalmente porque não tivemos o apoio necessário das enfermeiras do centro de saúde por má vontade. Só tivemos apoio da escola”*^(E15), tendo expresso ainda mais *“Houve profissionais que não colaboraram na implementação do projecto”*^(E,3,19).

O **tempo** de contacto com as famílias foi apontado como uma grande dificuldade no desenvolvimento do trabalho de campo sendo relatado como *“foi pouco tempo”*^(E1,2,3,4, 5,6,8,9,10,12,13,14,16,19,20,21,22,23,24,25,26) foi considerado insuficiente *“foi um pouco difícil integrar-nos na dinâmica... Não sabia como me organizar da melhor forma...a duração do tempo de estágio não nos permitiu estruturar os cuidados à família, 3 meses no universo familiar não é nada, 3 meses numa família passa a correr não dá para estruturar um plano numa família; 3 meses é uma intervenção mínima que podemos ter nessa família*^(E1)....“O tempo foi muito curto, podia-se fazer mil e uma coisas naquela família podíamos ter muitos mais ganhos de saúde se tivéssemos mais tempo para trabalhar com as famílias”^(E26).

Os discursos também se pautaram com a **dificuldade em reunir a família**^(E 2, 11,17,23) com referências de que *“Não consegui pôr muita coisa em prática...não consegui motivar a família, juntar todos os membros. Ajudei principalmente o cuidador principal”*^(E11) sendo apontada como causa o horário e frequência das visitas, destacando que *“A hora a que fazíamos a vista também foi um impedimento porque não estavam presentes todos os membros da família”*^(E2).

Pontualmente, surgiram alusões à resistência à mudança de procedimentos: *“O cuidador já está “viciado” a fazer as coisas da forma menos correcta, as técnicas a própria maneira de tratar. As orientações novas são difíceis de serem aceites”* (E22, 26).

O papel do enfermeiro na comunidade consiste em promover autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando o sistema familiar, a herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento. Neste sentido, e pelos discursos dos estudantes procuramos identificar que cuidados são prestados, pelos profissionais de enfermagem, que estão inseridos nas equipas de cuidados de saúde primários da área onde foi realizado o trabalho.

Sabemos que o actual plano estratégico para a saúde nos orienta para uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida. Esta justifica-se pelo facto de permitir uma melhor percepção, e mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes membros de uma família.

Neste sentido, os estudantes, pela experiência que tiveram de trabalho com famílias, inseridos em equipas de saúde de cuidados primários, identificaram que os profissionais com quem trabalharam enquadram as suas práticas nos cuidados predominantemente de nível I, II e numa menor percentagem cuidados de nível III.

Estas conclusões foram tidas como lacunas na assistência às famílias com idoso dependente. Fizeram referência que os profissionais centram os cuidados ao idoso, implementam “intervenções isoladas” (E1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,13,14,15,16,17,18,19,20,21,23,24,25,26) salientando a prestação de cuidados fundamentados no modelo biomédico e no paradigma individual *“...o enfermeiro entra em casa faz o tratamento e sai a correr para o próximo. No nosso caso no centro de saúde onde nós estávamos os domicílios eram muitos, por isso o enfermeiro não dava muita importância ao cuidador e à família* (E5). *“percebi que são visitas direccionadas para o idoso dependente, visitas relâmpago do género “sim, sim” ou “não, não” direccionadas para o idoso descorando a família e o prestador de cuidados”* (E14).

O contacto com esta realidade não correspondeu às expectativas do que seria trabalhar na comunidade *“...pensava que os enfermeiros faziam mais intervenções na comunidade do que aquilo que fazem na realidade* (E6), *não havia tempo para os cuidados à família. Como não há tempo suficiente nem elementos suficientes não se prestam os cuidados devidos no domicílio* (E12) *...o modelo de família ainda não está tão bem organizado, sistematizado para se dedicar um tempo exclusivo, único para a promoção e prevenção da doença e trabalhar com a família. Ainda estão muito na fase curativa.* (E23) *...“Eles não dão a resposta que as famílias necessitam* (E11); *Não formulam intervenções direccionadas para a família...só pensam no doente* (E3).

Contudo, relatam que há uma diminuta percentagem de profissionais de enfermagem que contrariam estas evidências, salientando intervenções de nível III ^(1,2,15,16) *“eu fiquei num módulo em que a enfermeira X envolvia os diferentes elementos, centrava os cuidados na família”* ^(E15) ... *“Acho que as intervenções que os enfermeiros implementavam eram à família. É claro que por vezes uma pessoa necessitava de mais cuidados e eles centravam para esse membro mas tentavam sempre fazer um trabalho paralelo com a família”* ^(E16)

Estas conclusões são relevantes e reflectem os contributos do programa de formação. Na opinião dos estudantes, a participação no projecto foi encarada como uma oportunidade única, tiveram a possibilidade de trabalharem com as famílias, inseridos numa equipa multidisciplinar. Vivenciaram dificuldades e reconheceram lacunas no atendimento das mesmas.

Quando questionados sobre o tipo de intervenções que foram capazes de implementar sobressaíram as intervenções dos três domínios referenciados no Modelo de Intervenção na Família de Calgary: comportamental, cognitivo e emocional. O quadro que se segue apresenta as categorias das intervenções implementadas nas famílias.

Quadro 64 - Categoria: intervenções dos estudantes nas famílias

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Intervenção domínio de funcionamento familiar	Comportamental	(E – 1,2,5,6,12,14, 15,16,17,18,19,22,24,25,26) “Tentei delegar, redistribuir cuidados ou responsabilidades em todos os membros” (E1); “Em relação à família no seu todo ajudei a redistribuir tarefas para não sobrecarregar sempre a mesma pessoa. Ajudar a melhorar os cuidados prestados” (E2) “demonstrei à família que se podem organizar melhor na prestação de cuidados, como cozinhar , quer na forma como satisfazer as necessidades de casa nas actividades diárias” (E18)
	Afectivo	(E – 5,6,12,13,14,15,16,17,20,23,24,25,26) “pelo menos numa das famílias acabou por se notar que a cuidadora no final das minhas visitas o stress e ansiedade que tinha inicialmente já não se notava tanto. Penso que lhe dei algumas dicas para lidar melhor com a situação. Fiz mais intervenções do domínio emocional, deu oportunidade de narrar a sua história de vida... penso que foi uma ajuda positiva para aquela família” (E6) “Estimulei a comunicação e expressão de sentimentos e actividades recreativas principalmente para a cuidadora, inserir o papel recreativo, o lazer a descontração” (E14) “Tentei desmistificar aquela cruz que eles carregam, que só eles é que tem que cuidar e que são obrigatoriamente eles que tem que cuidar, tem que ter 24 h para o idoso dependente, pelo menos nas minhas famílias consegui eliminar esse preconceito porque acho que isso acarreta uma carga enorme. E depois mesmo no final a nível de uma das famílias, a D. X já dizia ao irmão para cuidar da mãe e ela já dava uns saltinhos fora de casa para cuidar da sua saúde” (E23)
	Cognitivo	(E – 4,5,6,8,14,15,16,17,18,22,23,24) “orientei nos cuidados de higiene, medicação duvidas que nos foram colocadas” (E8) “implementei as técnicas de relaxamento, ensinei às famílias principalmente as cuidadoras algumas técnicas” (E22) “intervenções mais concretas a nível dos posicionamentos com os idosos dependentes nesse auto-cuidado os cuidadores tem grandes dificuldades no levante, técnica de aspiração de secreções, substituir o adesivo da sonda. Orientar o cuidador informal para instituições de apoio, porque não sabia onde se dirigir para adquirir um colchão anti-escaras. Com o reencaminhamento que nós fizemos ela conseguiu esse colchão porque até então não sabiam onde se dirigir. Acho que foram tudo intervenções que tiveram os seus resultados positivos” (E23)

A intervenção dos estudantes direccionou-se para a mudança comportamental dos familiares ajudando-os a uma melhor organização na dinâmica familiar. Alicerçaram-se directamente na intervenção a nível cognitivo e afectivo, e por consequência comportamental, em que cognitivamente houve orientações para a aprendizagem ou aperfeiçoamento de técnicas para intervir no cuidar do idoso. Afectivamente apoiaram-se na relação terapêutica que permitiu nortear estratégias de auto-controlo, aumento da auto-estima e de relaxamento da família.

Reconheceram que as suas intervenções foram diminutas para as necessidades das famílias com quem contactaram. No entanto, pelos registos, entende-se que procuraram ajudá-las a criar novas formas de interacção para lidar com o seu familiar dependente, dando novos significados para as suas experiências e procurar soluções mais adequadas às suas necessidades ponderando os recursos.

Apesar das limitações que o projecto possa ter, possibilitou-os reconhecer **pontos fortes e pontos fracos** das famílias.

A organização familiar, as estratégias de *cooping*, o apoio intrafamiliar, as relações fortes entre os diferentes membros foram tidas como pontos fortes. Em oposição, os pontos fracos foram atribuídos aos baixos recursos físicos e económicos e algumas relações conflituosas identificadas em algumas famílias. *“Eram famílias que tinham poucas ajudas externas, mas famílias muito unidas, com a preocupação de dar o melhor ao idoso dependente... acabou por me surpreender muito, muitíssimo a coragem e a flexibilidade que as pessoas tinham para lidar com essas dificuldades ^(E1) ... “São muito humildes vivem em casas com poucas condições e passam por muitas dificuldades. Fiquei surpreendido com a abertura que eles têm connosco e gostam muito da nossa companhia, muitas vezes ficavam melhor por falar um pouco connosco. Deparei-me com realidades tão pobres e com pessoas que passam tantas dificuldades ^(E13).*

A pertinência de reflectimos sobre experiências de trabalhar com as famílias foi necessária para melhor analisar o resultado do nosso trabalho extracurricular.

As práticas em contexto real, independentemente dos seus objectivos e duração, constituem, regra geral, contextos muito valorizados, pois, trata-se de momentos do percurso formativo onde se passa da teorização à visualização e operacionalização dos conteúdos teóricos e práticos. Assim, procuramos com que os estudantes reflectissem sobre o que foi abordado na formação extracurricular e que aplicabilidade teve no contexto real das famílias com idosos dependentes.

O resultado desta reflexão sobreleva a importância da formação teórica específica antes da intervenção salientando que *“toda a componente teórica foi uma mais valia para entendermos as famílias e acho que conseguimos pôr em prática muita coisa...senti necessidade de pegar nos apontamentos da formação e reler alguma coisa” ^(E10,32) “ tornou-*

se muito mais fácil lidar com toda a problemática da família... lidar com a família e direccionar os cuidados para todos os membros da família” ^(E31) o facto de *“Avaliamos as famílias, o que achei muito importante, deu-nos uma vantagem sobre os outros enfermeiros do centro”* ^(E32), *A certa altura consegui por em prática a destreza intelectual... consegui pôr em pratica pequenas coisas que nos foram alertadas na formação. Acima de tudo foi o investimento na comunicação, acho que foi o mais importante, porque se os ouvisse bem podia ajuda-los melhor”* ^(E13) remetendo-se para três grandes temáticas abordadas na componente teórica: os assuntos direccionados para avaliar e intervir na família foram considerados de importância fulcral, tal como os assuntos que versaram o cuidador e o idoso *“nessa formação aprendi coisas que eu desconhecia e também me permitiu articular a minha intervenção de forma a ser uma intervenção mais adequada....Senti-me muito melhor preparado comparado com alguns profissionais que já trabalhavam há alguns anos”* ^(E26) *“Consegui perceber melhor a dinâmica familiar. A importância do cuidador, toda a sobrecarga a que ele está sujeito, todo o trabalho e todas as dificuldades que ele enfrenta”* ^(E2). Pela narração verifica-se que, além da formação lhes ter facultado conhecimento e preparação para intervir permitiu-lhes a capacidade crítica de que a prática actual, dos cuidados de saúde primários, se foca no paradigma individual, acção a mudar, sentiram que *“Avaliar as famílias é importante, o que nos dava uma vantagem sobre os outros enfermeiros do centro...Acho que a formação foi uma mais valia em muitos aspectos ajudou-nos a organizar as nossas intervenções e direcciona-las para a família. Ficamos sensibilizadas para aproveitar todos os momentos para intervir na família”* ^(E7) *“tudo o que abordamos na formação foi-nos útil”* ^(E15).

Com o desenvolvimento deste estudo, quase experimental, somos levados a concluir que o programa aplicado é pertinente e imprescindível para melhoria da acção prática dos enfermeiros nas famílias. Desta forma, evidencia-se a pertinência da reformulação ou criação de unidades curriculares para a formação inicial dos futuros profissionais de enfermagem.

É nas fases precoces do processo de formação que se torna importante desenvolver competências sociais e profissionais, no sentido de abandonar o modelo biomédico fortemente instituído, focado no paradigma individual. É necessário dotar profissionais de enfermagem com competências que lhes permitam em situação clínica atender à pluralidade e diversidade dos contextos onde a pessoa, a família está inserida. Tendo como referencia Benner (2001), quando defende que as competências se desenvolvem ao longo da vida profissional e nos contextos de trabalho. Definiu cinco graus de competência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Com esta classificação descreve que as competências profissionais desenvolvem-se de forma gradativa, sequencial, temporal, o que nos leva a crer que o desenvolvimento das competências se deve à capacidade de interiorização e reflexão com uma ligação directa às características individuais da pessoa e aos contextos de trabalho onde exerce a actividade profissional.

Na opinião dos estudantes, esta experiência impôs um período inicial de adaptação a uma nova forma de cuidar, num contexto particular onde se confrontaram com várias dificuldades, mas com o acompanhamento e organização traduziu-se num resultado positivo com o reconhecimento de que ***ainda há um longo caminho a percorrer...***

No sentido de validar as opiniões anteriores, dos estudantes de enfermagem, sobre o programa de formação, recolhemos, também, o parecer dos participantes que foram alvo dos cuidados prestados por eles. Recorremos às notas de campo e às entrevistas feitas aos cuidadores.

Dessa análise emerge uma **avaliação positiva** da intervenção *na família* e na *pessoa idosa dependente*. Reflectiu-se satisfação por parte de quem recebeu os cuidados, relacionada com o processo e a forma de intervenção realizada, assim como a frequência dos cuidados. Consideraram-se *“muito satisfeitos com a intervenção dos estudantes”* (C1,3,14,15,16,20), tecendo comentários comparativos com alguns profissionais com quem estavam habituados a trabalhar *“alguns profissionais de saúde não apresentam este nível de profissionalismo, são menos competentes que os estudantes”* (C9)... *“gostei muito da vossa presença ...tem muita mais valia as alunas em dar certas dicas e às vezes certas palavras que fazem com que a gente vá desanuviando”*(C31) *“vinham cá muitas vezes... foi muito bom ...eu gostei até achei que ela faziam muito bem o trabalho”* (C39)

Estes relatos, fortalecem, mais uma vez, a urgência em se promover uma parceria de cuidados, mais efectiva, capaz de ir de encontro às diferentes necessidades das famílias que cuidam de um membro dependente, sustentada por formação específica.

Demonstraram agrado por fazer parte do projecto e de lhes ter sido dada a oportunidade de participar no mesmo. Em diferentes momentos pronunciaram-se verbalmente, noutros, foi traduzido por gestos simbólicos *“estou surpreendida com a vossa vista pois já tinha informado o centro de saúde que a minha mãe estava internada... obrigado pela vossa preocupação mesmo sem a minha mãe estar cá”* (C18). *“Voltem sempre que quiserem...obrigada pelas vossas orientações e colaboração”* (C19,15)...*Foi cheia de entusiasmo avisar o marido que estávamos a chegar* (N4), *Ofereceu-nos uma estrelícia que estava no jardim, planta que trouxe da Madeira quando estive lá em lua-de-mel* (N15).

Pelo acompanhamento que fizemos, e com recurso dos registos das notas de campo, verificamos que as intervenções implementadas procuravam proporcionar um ambiente no sentido de desenvolver a auto-estima de cada membro da família e criar algumas oportunidades de aprendizagem para que cada membro participasse no cuidar do idoso e, por inerência, melhorar a saúde familiar. Assim, procuramos, intencionalmente, a opinião dos cuidadores sobre o tipo de cuidados que os estudantes implementaram. A reflexão e análise da informação permitiram-nos identificar que os cuidadores reconhecem uma intervenção ao nível cognitivo, comportamental e afectivo, em sintonia com a opinião dos estudantes citada anteriormente. O quadro que se segue apresenta a síntese destas categorias identificadas, agora, além de mais pormenorizada surgem na perspectiva da família.

Quadro 65 – Categorias: domínios das intervenções nas famílias com idosos dependentes

Categoria	Sub Categoria	Unidades de Registo
Domínio Cognitivo (C:1,3,5,8,10,12,13,14,16,18,19,21,23,24,25,26,27,29,31,33,39,40,41,42,43,44,45,46,48,49)	Esclarecimentos	"quando precisava perguntava" C4 "explicaram como é que eu devia cuidar dela. Foi muito importante para mim como senta-la aqui na cadeira...explicaram-me muita coisa" C26 "sinto-me muito esclarecido...orientaram-me como é que havia de tratar da minha mãe" C29 "deram-me conselhos que até nem sabia" C44
	Família	"falavam sempre sobre a família" C24 Falamos muito sobre a minha família" C39 "íamos sempre buscar uma conversa sobre a minha mãe e família" C42
	Promoção saúde do cuidador	"diziam, para eu cuidar de mim e eu não fiz nada" C12,27 "diziam para eu sair de casa" C24,42 "orientaram-me como eu devia colocar as minhas pernas quando tinha que posicionar...o que me ajudou muito para a minha coluna" C31 "
	Promoção saúde idoso/família	"sinto-me mais esclarecida com as coisas que me disseram a respeito da família...como havia de tratar da minha mãe...foi uma orientação muito positiva para mim" C29 "conversaram muito sobre a alimentação, sobre a doença do Sr X, a higiene, todas essas coisas que às vezes sabemos mas não sabemos tudo" C41 "estimular a minha mãe a andar e sair da cama" C45
	Orientação e treino de técnicas	"ensinou-me a fazer aspiração...eu aspirava mas não sabia se estava a fazer bem ou a fazer mal...ajudaram-me a passar da cama para a cadeira e o contrário" C5 "dizem-nos vocês fazem isto ou fazem aquilo...por ex para hidrata-lo a gelatina, o espessante...ensinaram a passar da cadeira para a cama...e a posiciona-lo de outra forma...realmente eles às vezes lembra-nos pequenos pormenores...Dizem como a gente deve fazer como não deve..." C19 "falaram-nos da medicação que está a tomar" C25 "explicaram-me muita coisa ...eu sei lá... eles explicaram-me muitas coisas ...como é que eu havia de fazer para fazer melhor os fuminhos ...a aspirar melhor, aspirar metia-me muito obstáculo tinha que meter aquilo até cá baixo...a algália também me explicaram como colocar o adesivo para fixar a sonda da alimentação" C26 "Ensinou-me muitas coisas...a levantar, a dar de comer para lhe tirar a sonda...a por o dispositivo...a falar com ele...ensinou-me muita coisa e também fizeram o que me ensinaram" C48
	Orientação ajudas técnicas	"Ajudaram a arranjar o material para por na cama para os cobertores não lhe fazer peso, para não ganhar mais feridas" C23 "Falaram-me numa cama articulada" C25
	Orientação apoio social	"ajudaram-me a ter descontos em 90% no material que necessito para a colostomia foi uma grande ajuda" C45 "trataram do transporte da ambulância, para mim foi uma grande ajuda" C21
Domínio afectivo (C:2,4,6,10,12,16,21,27,29,31,33,40,41,42,44,45,46,48,49)	Expressão sentimentos	"Para mim as vossas visitas foram muito importante. Se fosse preciso alguma coisa eram capazes de me auxiliarem, não é?... não foi preciso telefonar... andar atrás delas...agradeço muito porque realmente deram-me muita força e coragem, porque eu chego a muitas marés e não tenho coragem, tenho marés que não tenho coragem para nada. (chorou)" 4 "acho que fizeram muito...apoiaram a minha mulher e até a mim. Ficamos muito contentes com as vossas visitas" C6 "as estagiárias quando cá vinham ajudavam...conversamos um bocado, quando iam embora sabe a minha cabeça parecia outra. Fazem-me bem...deram-me muito animo C21 "foi uma orientação muito positiva...não estava á espera disto, que as pessoas viessem ao meu encontro por causa dos meus problemas...fiquei mais, mais não sei como dizer" C29 "foi muito importante (começou a chorar)...tenho boas lembranças (chorou)" C40 "olhe primeiro pela companhia, porque elas são maravilhosas, conversam, olhe enquanto elas estão aqui eu estou bem, parece que não me lembra de nada estou mesmo bem" C42 "deram-me sempre boas palavras para melhor entender o comportamento agressivo da minha mãe" C45
Domínio Comportamental (2,45)	Mudança comportamento	"até as do centro agora são mais atenciosas" C2 "Deram-me algumas orientações para não discutirmos tanto uma com a outra" C45

Estes relatos dos cuidadores foram claros e sugestivos mostrando que a intervenção dos estudantes foi abrangente. Reconhecem que os mesmos procuraram implementar intervenções nos diferentes domínios com a preocupação, não só de ir ao encontro das necessidades do idoso dependente, mas também das do cuidador e sua família.

A intervenção dos estudantes promoveu uma visibilidade dos cuidados de enfermagem, salientando uma grande afectividade através de elogios para com eles: *“olhe o x é para mim muito especial... eu acho que ele já faz parte da nossa família”* ^(C33)... *“foram sempre muito atenciosos, sempre a perguntar se precisávamos de alguma coisa. Foram de cinco estrelas... foram excelentes”* ^(C5), entrevemos, mais uma vez, que os estudantes realizaram uma intervenção profissional concomitantemente com uma relação terapêutica *“são muito dedicados estes estudantes, são muito atenciosos”* ^(C2)... *“foram impecáveis”* ^(C13).

Actualmente, no nosso país, está-se a assistir à reformulação dos cuidados de saúde primários. Os enfermeiros que trabalham nesta área estão a enfrentar enormes desafios, que exigem não só a afirmação das suas competências, mas também, o reconhecimento do seu contributo essencial para a saúde das pessoas, famílias, grupos e comunidade. Os resultados expressos neste trabalho de investigação são uma evidência da necessidade de reestruturação do currículo da Licenciatura em Enfermagem, no que diz respeito à enfermagem de família. Daqui se sugere um currículo adequado às características e necessidades do mercado de trabalho, sendo necessário:

- Criar ou reestruturar unidades curriculares específicas na área da Enfermagem de Família;
- Rever metodologias de aprendizagem utilizadas no curso, ligando os conteúdos teóricos às necessidades da família/comunidade;
- Estabelecer parcerias mais interactivas entre Instituição de Ensino, Unidades de Cuidados de Saúde Primários.

É oportuno, destacamos que o desenvolvimento deste trabalho de doutoramento, nos forneceu directrizes úteis para melhoria da formação de profissionais, dotando-os de competências para dar resposta às novas políticas dos serviços de saúde e em simultâneo respeitar a orientação legislativa educativa para o Curso de Licenciatura em Enfermagem. Estas directrizes vão de encontro ao legislado no D. L. nº 353/99, de 3 de Setembro, publicado no D.R. nº 206, aprova as regras gerais a que fica subordinado o Ensino de Enfermagem, define como objectivo: assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão dos cuidados de enfermagem gerais á pessoa ao longo do ciclo vital, á família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção.

A elaboração e implementação do programa de formação, desenvolvido e aplicado, neste trabalho de investigação, mostrou-se relevante para promover o desenvolvimento de competências nos enfermeiros atenderam às directrizes emanadas na legislação supradita. Indo, ainda, ao encontro da política de saúde vigente uma vez que, são necessários para a organização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, profissionais qualificados para o desenvolvimento de acções adequadas às necessidades da pessoa e sua família.

Em síntese do capítulo, cabe aqui referir que, a interacção do investigador com as famílias conjugada com a triangulação de metodologias, permitiu respondemos às questões de orientação da segunda fase desta investigação.

As 108 famílias, participantes do grupo controlo ou do grupo experimental, de um distrito de uma região norte de Portugal, com um idoso com elevado grau de dependência no autocuidado, em média há quatro anos, são famílias do tipo nuclear ou de três gerações, em que a sua estrutura é reduzida a dois ou três elementos.

Os seus familiares, caracterizaram-se por ser um grupo de pessoas envelhecidas com baixo nível de escolarização e profissionalmente posicionada nos grupos não activos. Destaca-se que os do grupo experimental apresentaram um perfil de pessoas um pouco mais idosas, com menos escolaridade e com menos crianças no seu agregado familiar.

São famílias que estão a viver a fase da partida dos filhos “fase do ninho vazio” ou são idosos a viverem com filhos adultos ou também eles já idosos. Aferimos que a rede e ou apoio social é reduzido, e quem assume a figura de cuidador principal são mulheres, neste caso particular, filhas ou esposas do idoso dependente. Assumem o papel terapêutico em simultâneo com outros.

Apuramos, nos diferentes grupos, que as famílias estão moderadamente adaptadas e são coesas. Tem espaço familiar para comunicar, com fortes crenças religiosas mas com poucas práticas de actividades culturais, sociais ou recreativas. Manifestaram-se com sobrecarga no papel de provedor, dona de casa e terapêutico, no entanto, manifestaram baixas intensidade de sintomas psicológicos.

O efeito da avaliação e intervenção dos estudantes do grupo experimental pela análise de dados quantitativa não é muito notória, mas, os resultados da análise de dados qualitativamente permitiu-nos concluir que houve efeito positivo do programa de formação. No capítulo que se segue descrevemos de forma mais clara e fundamentada das principais conclusões de todo o percurso desta investigação.

CONCLUSÃO

DAS PARTES PARA O TODO:

Processo de Formar para Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente

A experiência humana torna-se útil sempre que sejamos capazes de a reverter a favor do Homem, deste modo, os resultados desta investigação não terão um contributo directo mas poderão ser um potencial no desenvolvimento de futuros enfermeiros pelo reconhecimento das lacunas encontradas, e evidências produzidas que não poderão ficar limitadas a esta tese. Assim, vamos utilizar este momento final para extrair as principais conclusões e fazer referência às limitações do trabalho bem como propor algumas sugestões que poderão contribuir para trabalhos futuros com o sentido de melhor formar para melhor cuidar.

Após um percurso, de quatro anos, com início na escolha do tema, passando pela revisão da bibliografia, desenho da investigação, escolha de metodologias, elaboração de instrumentos de colheita de dados, determinação dos participantes, preparação do experimento, recolha e análise de dados, chegamos agora, com bastante satisfação, à fase de reflexão final, altura em que gostaríamos de tecer alguns comentários sobre a forma como vimos os nossos objectivos realizados.

Pretendemos, assim, apresentar uma síntese das principais conclusões que se foram configurando no decurso desta investigação.

Principais Conclusões Referentes 1º Fase da Investigação

Entardecer na vida com dependência, mostrou a existência de uma população cada vez mais envelhecida para quem é urgente direccionar a atenção e recursos de forma a permitir-lhes a melhor assistência de vida possível.

Quando ao envelhecimento acrescentamos a dependência e falta de autonomia individual reflecte-se a necessidade dessa intervenção ser, impreterivelmente, em parceria com a família. Compete então às instâncias centrais, não só criar estruturas de resposta ao idoso, sociais, de saúde, políticas... mas, também, em paralelismo, criar recursos profissionais com formação curricular específica na área da avaliação e intervenção de família.

Com o intuito de encontrar as linhas orientadoras para a construção de um currículo que respondesse às necessidades citadas, desenhamos e realizamos um estudo quase experimental com um grupo de estudantes do curso da Licenciatura em Enfermagem.

Os trabalhos de investigação são uma das formas de promoção do desenvolvimento profissional e de contribuição para a melhoria da prestação de cuidados. Uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a optimização de resultados de enfermagem. Investigar sobre os focos de atenção, intervenções e resultados de enfermagem permite nutrir o desenvolvimento da profissão.

Com o desenho deste trabalho de investigação, centramos um tema actual e pertinente com contributos para o desenvolvimento da profissão e em simultâneo para a melhoria da prestação de cuidados.

Aquando do desenho geral da investigação colocaram-se algumas exigências: Ponderar a objectividade, a curiosidade e a necessidade de mudança de paradigma, a passagem do foco de intervenção individual para o foco integral de cuidar da família. Com curiosidade, procuramos uma postura de constante questionamento sobre o fenómeno, contínua nas diferentes fases da investigação, se não sempre durante toda esta caminhada, questionávamo-nos “O que fazer? Quando? Com Quem? Porquê? Onde? Como? De que forma? Para quê?” interrogações impulsionadoras ao surgimento de estratégias contributivas ao desenvolvimento de competências nos enfermeiros para avaliar e intervir em famílias. Estratégias estas, considerando sempre a reestruturação do plano de estudos na vertente do foco de atenção promoção da saúde das famílias.

Com o desenrolar do trabalho, estes questionamentos, foram impondo tolerância, disponibilidade, objectividade para reajustes, mudanças nos referenciais teóricos, nos métodos e técnicas de recolha e na análise de dados. Sublinhamos, que neste percurso, tivemos uma atitude de abertura em relação à diversidade de métodos e técnicas tendo em conta o contexto de desenvolvimento da investigação. Defrontamos avanços e recuos que recolocaram novas questões exploratórias. Podemos dizer que foi neste processo dialéctico de construção e reconstrução que aperfeiçoávamos e conduzíamos a investigação.

Durante esta trajectória foi necessário definirmos um protocolo de colheita de informação. Este resultou, particularmente, da revisão da literatura, sempre sustentada com a inquietação de recolha de informação válida e pertinente tendo em conta os objectivos do estudo, bem como o campo em que ele se iria desenvolver, assim como, os actores participantes. Foi constituído essencialmente por escalas validadas para a população

portuguesa. As mesmas continuam a ser aplicadas em diferentes contextos e tem sido demonstrada a sua validade e consistência.

Salientamos que durante a organização do protocolo de colheita de informação sentimos a necessidade de construir e validar uma escala pormenorizada de avaliação de distribuição de papéis familiares. Isto porque, para que a família sobreviva nas interações de uns com os outros, os diferentes membros desenvolvem expectativas acerca do modo como cada qual se deve comportar. Para isso assumem diferentes papéis e desempenhamos de forma única. Sendo um desafio para a enfermagem a promoção da saúde familiar, a estratégia de (re)orientação na distribuição dos papéis familiares pode-se afirmar como fundamental para o bem-estar da família. Nasceu assim a necessidade de construir e validar um instrumento que avaliasse os diferentes papéis familiares. Para o efeito tivemos em conta procedimentos teóricos, empíricos e analíticos para a elaboração da Escala de Avaliação de Papéis Familiares (EAPF). A fundamentação teórica foi importante, para a definição das dimensões e orientação do conteúdo dos itens a incorporar. A nível empírico respeitamos um plano, etapas e procedimentos a ponderar na aplicação do instrumento nos vários momentos ou fases da sua construção e validação. Com os procedimentos analíticos estatísticos testemunhámos a sensibilidade, precisão e validade do instrumento.

Após sucessivas análises, os resultados apurados permitem concluir que a EAPF reúne critérios de validade e fidelidade. Trata-se de um instrumento bem estruturado, com nomenclatura clara que, apesar de um pouco extenso, revelou boa aceitação por parte dos participantes. No que se refere ao conteúdo dos itens, o estudo de correlações entre as sub escalas não evidenciou quaisquer associações atípicas ou contraditórias. É uma escala de aplicação particularmente simples adequada para populações com nível de instrução baixo, em que a sua aplicação pode ser sob forma de heteropreenchimento.

Ainda, na leitura de resultados encontrados na primeira fase do trabalho, impõe-nos reflectir sobre a influência de um programa de desenvolvimento de competências na área de cuidar de famílias.

A exposição descritiva sobre a forma como foi pensado, agilizado, aplicado e reflectido o programa, “Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente”, mostrou-se eficaz na avaliação efectuada pelos estudantes, que, unanimemente, após a frequência do programa, reconhecem a necessidade de reestruturação dos planos do curso. Esta opinião é reforçada pelo resultado de avaliação final do nível de conhecimentos obtidos pela aplicação do “teste de conhecimento” que funcionou como indicador de pontos de

partida dos grupos de estudantes. O resultado permite-nos concluir que os estudantes do grupo experimental são portadores de mais conhecimentos e habilidades para avaliar e intervir em famílias com um idoso dependente. Com estes dados podemos afirmar que o programa permitiu o desenvolvimento de competências e habilidades específicas o que nos apraz dizer que se revelou de utilidade para a revisão curricular do plano de estudos.

A validar o supracitado estiveram os resultados obtidos pelos discursos dos estudantes após a intervenção nas famílias assim como os relatos destas.

Os estudantes reconheceram ser possuidores de uma formação compatível com as necessidades actuais dos cuidados de saúde. Ficaram com uma visão integral da pessoa, da família e da comunidade. Admitem ter tido uma oportunidade de um desempenho diferente do que tiveram até esta possibilidade de cuidar de famílias. Ficaram conscientes de que foram muito limitadas as intervenções voltadas para a prestação na atenção integral, dirigidas para o foco de atenção saúde familiar. Aperceberam-se da necessidade de um profissional com um determinado perfil para o trabalho nesta área. Comungam da ideia de que o profissional não se pode centrar no cuidar individual, mas deve contemplar a possibilidade de dirigir a atenção à pessoa como um todo, para além do recorte do seu órgão, abrangendo também as diferentes componentes sociais, espirituais e afectivas das famílias.

A mudança no perfil profissional passa obrigatoriamente pela reformulação dos currículos rígidos, tradicionais fundamentados no modelo biomédico desfasados das necessidades reais das famílias.

Pelos discursos dos participantes, estudantes e famílias, foi possível verificar-se que o trabalho apoiado no Modelo de Calgary de avaliação e intervenção em famílias, demonstrando-se este funcional e oportuno para responder aos actuais desafios sociais e profissionais. Assim, a formação de profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros, deve desenrolar-se em consonância com as directrizes da política nacional de saúde, suportado por um modelo que integre técnica, integridade, competências de resolubilidade.

Principais Conclusões Referentes 2º Fase da Investigação

Pensar na segunda fase do estudo, nas particulares dos dados obtidos, consideramos que a maior parte dos resultados evidenciados pela análise da informação, é, por si só, fonte para algumas reflexões e interpretações, não só para reformulação do plano de estudos do curso de Licenciatura em Enfermagem, como podem ser uma mais-valia para os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados de saúde primários, e até para os

que desenvolvem a sua actividade clínica em unidades de cuidados diferenciados, e ainda para outros profissionais que se insiram na equipa multidisciplinar de apoio a famílias e a idosos.

Julgamos pertinente fazer uma apreciação pormenorizada dos resultados, procurando realçar as conclusões mais significativas. Da leitura global dos resultados, sobressaem, desde logo, diferentes aspectos, uns relacionados com o perfil das famílias e idoso dependente e outros directamente relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem, e resultados das intervenções dos estudantes que frequentaram o programa.

Famílias

Trabalhamos com uma amostra intencional de 108 famílias, que tinham um idoso dependente no seu contexto familiar, abrangidas por Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar. Destas, tipologicamente, sobressaiu a família nuclear, composta por um marido e uma mulher em que um deles era o idoso dependente. Seguida da família de três gerações, em que os filhos ficaram a viver com os pais, ou o idoso quando ficou dependente foi incluído no agregado familiar de um filho. A composição do agregado familiar tinha um diminuto número de elementos e com predomínio de pessoas idosas. São famílias que estão a viver a fase do “ninho vazio”, ou vivem com filhos adultos também eles já idosos. Assim, as famílias que acolhem idosos dependentes são também elas idosas e posicionam-se nas últimas etapas do ciclo vital.

São famílias com poucos recursos, humanos, económicos, mas mesmo assim, organizam-se e fazem esforços no sentido de cuidar da melhor forma do idoso, promovendo o conforto físico, emocional e social. Para o efeito constatamos modificações no ambiente familiar, no espaço físico, no interior das casas. Estas foram sujeitas a adaptações com vista a proporcionar mais conforto ao idoso e diminuir as barreiras arquitectónicas das construções mais antigas ou até mesmo as mais recentes. Uma particularidade comum em todas elas são divisões pequenas, quartos improvisados para o idoso. Improvisados, na maioria dos casos, com o objectivo de manter o apoio afectivo. Estes factores vêm demonstrar uma preocupação em manter o conforto através das adaptações físicas mas complementadas pela aproximação afectiva entre o casal.

Constatamos, ainda, que quando o idoso dependente vive só com o cônjuge, geralmente, a curta distância reside pelo menos um filho, que assume a figura de cuidador principal ou secundário. Estas interacções entre eles são importantes e espelham de onde provem o apoio afectivo, instrumental ou material.

Recebem apoio formal e informal de diferentes actores sociais. O apoio informal foi o que mais se evidenciou. São os filhos, os vizinhos e amigos que auxiliam, sendo um apoio regular, espontâneo e constante em contraposição com o apoio formal caracterizado como irregular e de periodicidade muito reduzida, com agendamentos distanciados uns dos outros. Este é fornecido por profissionais de saúde, concretamente pelo médico de família, pelo enfermeiro, por fisioterapeuta e ou farmacêutico. Os cuidados prestados pelos enfermeiros das unidades de saúde reportam-se, fundamentalmente, a cuidados técnicos como ajuda na gestão do regime terapêutico, avaliação de pressão arterial, avaliação de glicemia capilar, tratamento de feridas. Cuidados classificados no nível I ou nível II.

O contacto com estas famílias deu-nos oportunidade de perceber que uma rede de apoio, de cuidados é fundamental para a cooperação no cuidar da pessoa idosa em contexto familiar. Só desta forma é sustentável cuidar no paradigma da desinstitucionalização.

Da nossa vivência com as famílias e do contacto com outros trabalhos de investigação, é evidente que os cuidados ao idoso dependente ficam restringidos a um ou dois elementos da família.

Foi notório o sentimento de obrigação, solidariedade, dever moral e social subjacente à determinação de quem assume a figura de cuidador principal. Este foi, na grande maioria, representada por mulheres, esposas ou filhas, com uma média de idades elevada, algumas delas já consideradas idosas. Apesar do predomínio das mulheres, a participação dos homens foi sentida tanto no papel de cuidadores principais como secundários.

Verificamos que as alterações demográficas, também, produzem transformações na figura dos cuidadores familiares. A modificação da estrutura das famílias, a consequente diminuição do agregado familiar disponível faz emergir a geração de *cuidadores seniores* homens ou mulheres.

O papel de cuidador é aprendido ao longo da vida essencialmente por experiências vividas ou observadas. A habilidade e o conhecimento para a prestação de cuidados são construídos na prática diária destes cuidadores. O acto de cuidar é extensivo, incorporado, às demais funções e papéis familiares aprendidas no convívio de cuidar com outras situações similares, na sua família ou de outras famílias, amigos ou vizinhos, do seu grupo sociocultural. Este facto faz sobressair uma lacuna grave dos cuidados de saúde inerentes a funções de profissionais de saúde.

Esta situação agrava-se se lhe juntarmos as condicionantes supracitadas como: a alteração na estrutura das famílias, a sua longevidade, fase do ciclo vital em que a família se posiciona e o reconhecimento da necessidade de que cada vez mais os idosos

necessitam de mais cuidados e mais complexos. Fazendo emergir várias necessidades/dificuldades, no papel terapêutico.

Evidenciamos, em diferentes fases desta investigação, que o processo de envelhecimento arrasta consigo o aparecimento crescente de pessoas cada vez mais idosas, que, apesar de viverem mais, apresentam patologias crónicas, que estão directamente relacionadas com a incapacidade funcional. O comprometimento funcional do idoso repercute implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para o próprio idoso, uma vez que a incapacidade origina maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar do idoso e toda a família.

Patenteamos com a caracterização dos 108 idosos, abrangidos nesta investigação, com um grau muito elevado de dependência, eram na sua maioria mulheres, com idade média de 80 anos, acamadas com restrições graves na mobilidade, que necessitavam de ajuda total no autocuidado. Dependentes em média há quatro anos. No entanto, salientamos que entrevistamos em famílias com idosos acamados há dez e mais anos. A principal causa da dependência foi determinada por doenças do sistema circulatório, onde o Acidente Vascular Cerebral está incluído.

Podemos concluir que as famílias de uma região Norte de Portugal acolhem idosos com um elevado grau de dependência exigindo uma complexidade de cuidados, assim, a situação de cronicidade e longevidade actual contribui para o aumento de idosos com limitações funcionais o que implica uma necessidade de cuidados continuados, por longos períodos de tempo e cuidados cada vez mais complexos.

A agravar este fenómeno social é o perfil das famílias que acolhem estes idosos. Como já fomos referindo, sobressaíram os agregados familiares, com diminuto número de elementos, e com idades avançadas. Mas, mais se salientou o seu nível de escolaridades baixo, poucas tinham habilitações superiores e evidenciou-se uma percentagem considerável de participantes sem escolaridade. Verificamos que dois terços dos familiares que coabitam com o idoso dependente eram reformados, domésticas ou estavam desempregados.

Esta situação social das famílias, faz emergir a dificuldade económica, que foi mencionada como um problema sério e constante no quotidiano da pluralidade das famílias. Evidenciou-se que os recursos económicos são insuficiente para atender a todas as necessidades básicas do idoso e da família, assim como para assegurar as despesas relacionadas com o regime terapêutico e material de apoio aos cuidados.

Estes dados são significativos no contexto actual de transformações demográficas e da estrutura da família. Alertam para uma necessidade evidente de uma política de apoio às famílias além duma intervenção urgente junto dos cuidadores e família destes idosos.

Salienta-se um interesse especial para os profissionais de saúde, em particular para os enfermeiros, reconhecer o perfil das actuais famílias que acolhem idosos dependentes. Emergem, actualmente, as Unidades de Saúde Familiar, para quem, estes resultados são de especial interesse para a tomada de decisão dos cuidados a prestar não só à pessoa idosa dependente mas também às famílias que são os principais cuidadores na sociedade actual.

Exigem-se serviços sociais e de saúde que intensifiquem a atenção de natureza preventiva e de apoio ao binómio idoso/família como a estratégia mais apropriada. A família tem que ser vista como um parceiro de cuidados e um cliente que também ela merece cuidar da sua própria saúde.

Estes resultados do trabalho prático, em contexto real, são de igual modo importantes para se desenhar unidades curriculares, do curso da Licenciatura em Enfermagem, com o intuito de formar profissionais com competências de intervenção adequadas às necessidades sociais e de saúde contemporâneas.

Os resultados das intervenções do grupo controlo e do grupo experimental não foram muito distintos. Contudo, consideramo-los significativos se ponderamos algumas condicionantes. O período de intervenção nas famílias foi considerado reduzido, tal como foi reconhecido na expressão dos estudantes, estes tiveram dificuldade em reunir a família e a pouca sensibilidade e falta de colaboração dos profissionais das unidades na implementação do projecto.

Mais temos que ponderar que as famílias já tinham enfrentado a crise accidental há pelo menos um ano, sendo a média 4 anos, o que pode reflectir adaptação à situação. Um outro factor com alguma influência nos resultados é o facto de termos trabalhado com famílias com baixa escolaridade, muito idosas, com crenças e valores muito enraizadas. A mudança de comportamentos não é fácil e torna-se mais difícil em ambientes “desfavoráveis” como poucos recursos e intervenções limitadas.

Acrescentamos que em diferentes fases surgiram obstáculos o que originou um trabalho mais moroso, com esforços acrescidos não se podendo controlar alguns fracassos sentidos. Reflexos destas condicionantes foram expressões dos estudantes reportando-se a trabalho não desenvolvido por falta de oportunidade de pôr em prática muito do investimento realizado na primeira fase da investigação.

Conclusões da Intervenção dos estudantes

Até aqui, demonstrámos alguns dos contributos dos resultados desta investigação. O acesso ao perfil das famílias e dos idosos é uma mais-valia tanto para quem programa cuidados como para quem se inquieta em formar profissionais com competências congruentes às necessidades de saúde actuais.

Assim, salientamos que os resultados despertam um interesse especial para o reconhecimento das actuais famílias que acolhem idosos dependentes. Os dados obtidos têm interesse para a tomada de decisão dos cuidados a prestar não só à pessoa idosa dependente mas também à família que é a principal cuidadora.

Urge um olhar, mais atento, para implementar novas propostas de assistência de enfermagem no paradigma da desinstitucionalização. Trabalhar com famílias neste paradigma significa romper com preconceitos e concepções, bem como formular pensamentos pautados na parceria e no cuidado à família com o sentido de desenvolvermos famílias saudáveis e por consequência comunidades saudáveis.

Reflectindo sobre os contributos da implementação do projecto Cuidar da Família com um Idoso Dependente em Contexto Familiar, podemos aferir que os cuidados de enfermagem ao idoso e sua família afiguram-se como uma importante estratégia para responder a grandes desafios do envelhecimento. Para esta, é fundamental que os profissionais estejam preparados para dar respostas às necessidades específicas de cada família.

Neste sentido, foi-nos possível constatar que o trabalho na comunidade, com famílias, é aliciante mas exige das equipas de saúde uma resposta individualizada, onde o foco de atenção é a pessoa e a sua família. O processo de cuidar da família não se pode restringir a algumas intervenções, nem a simples estratégias de actuação, mas deve ser implementado um cuidar integral desempenhado por profissionais com formação específica.

Pela nossa vivência e pelos relatos dos participantes, estudantes e famílias, foi notório a distância entre o que se preconiza e o que se faz, ou seja, o cuidado à família descrito na legislação e na literatura é díspar em relação àquele realizado pelos profissionais de saúde, apesar das evidentes mudanças ocorridas nas políticas dos serviços de saúde.

Este desfasamento, no nosso entender, está directamente relacionado com as lacunas na formação dos profissionais. A partir das considerações acima citadas, a discussão

dos resultados leva-nos a afirmar que é imperativo formar enfermeiros com competências para promover a saúde das famílias para intervirem de forma consentânea, ultrapassando a perspectiva reducionista, centrada na pessoa, apostando numa perspectiva integral, sistémica relacional, centrada na ecologia social da família ou redes complexas em que a família interage, vive e se desenvolve.

As evidências concebidas, através da expressão dos estudantes submetidos ao programa extracurricular e pelos familiares pertencentes ao grupo experimental, espelham que é necessário estar com a família, compreende-la, apoia-la, oferecer-lhe orientações para atenuar as dificuldades que enfrentam no dia-a-dia. A nossa convivência semanal com as mesmas, foi uma mais-valia, deu-nos oportunidade de partilharmos as angústias as dificuldades vividas e sentidas pelas mesmas. Esta possibilidade de os ouvir, de estar mais próximo do seu quotidiano, alargou o conhecimento de como é viver 24 horas com um idoso dependente que necessita de cuidados complexos. Dentro desta perspectiva, o profissional não deve impor formas de cuidar, precisa é de desenvolver um trabalho de parceria com a família recorrendo a intervenções do domínio cognitivo, afectivo e comportamental.

Com a avaliação da família e implementação de intervenções nos diferentes domínios, pode-se capacitar toda a família para lidar da forma mais autónoma e satisfatória com os cuidados a prestar ao idoso. No trabalho com as famílias podem ser reflectidas temáticas específicas, tendo em consideração a sua individualidade, reflectir sobre os valores que as famílias promovem, constatar costumes familiares, estereótipos que suportam as atitudes em relação ao cuidar, perceber como a família se dedica ao trabalho ao lazer...estar com o idoso e com a família em simultâneo.

A pessoa e sua família têm de ser conceptualizados como um todo, como partes, interessando a interacção entre os membros da família, os processos individuais e de grupo, bem como os modelos de organização, funcionamento e evolução dos sistemas, como realidades de um conjunto com a finalidade do bem-estar comum.

É assim necessário que o contexto do cuidar seja visualizado de forma integral, com o desenvolvimento de acções que visem a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos idosos, do cuidador e da sua família, dentro do contexto socioeconómico, cultural e ambiental em que as pessoas estão inseridas.

Pela experiência, única, em contexto real, tivemos oportunidade de fazer um correcto diagnóstico da situação, e assim, compreender a necessidade de alterações no plano curricular de formação dos enfermeiros, pois dele pode depender grande parte da

resolução de problemas que não são mais que verdadeiros desafios. É necessário formar enfermeiros com competências para os vários níveis de intervenção no trabalho com famílias. Só assim se desenvolverá uma dinâmica de interdisciplinaridade no trabalho de parceria com elas.

Este trabalho propõe estimular os docentes da Licenciatura em Enfermagem a formar enfermeiros com competências para avaliar famílias e para ampliar o seu campo de intervenção nas mesmas, pois sendo a família como um sistema uma unidade social, na qual a pessoa necessita de cuidados aos diferentes níveis, está sempre inserida numa família e dela depende, tanto na dimensão física, emocional ou aspectos materiais. Cabe ressaltar que é imperativo que os profissionais aprendam a pensar na família e desenvolvam práticas de promoção, prevenção de tratamento com as mesmas, cuidados adaptados à realidade na qual a família está inserida.

Concluimos assim que os resultados da segunda fase da investigação, de avaliação e intervenção em famílias com um idoso dependente em contexto familiar, fornece diferentes e úteis indicadores para a reestruturação ou criação de novas unidades curriculares ao nível da formação inicial em enfermagem e indirectamente fornece a sugestão para pós-graduações inseridas na formação contínua de profissionais de saúde, em especial para enfermeiros que não foram abrangidos na sua formação base com estes conteúdos teóricos e práticos. Os conteúdos do programa, as metodologias utilizadas mostraram-se pertinentes e adequadas para preparar enfermeiros para avaliar e intervir em famílias.

Como já referenciado nesta tese, a formação tem uma importante influência no desenvolvimento global da pessoa, sobretudo numa época em constante e acelerada mutação como a que se vive actualmente. A tomada de consciência desta realidade leva o profissional a alargar os limites do seu horizonte e a ampliar o seu campo de acção, ainda que, para o conseguir, tenha de desassossegear a pacatez pessoal, interpessoal e institucional.

Os profissionais de saúde que exercem a sua actividade junto de pessoas, grupos, comunidade, devem, regularmente, actualizar os seus conhecimentos e por consequência as suas práticas, apostando nas intervenções autónomas. Todavia, este aperfeiçoamento contínuo só é possível se as Instituições de Ensino se adaptarem, reestruturarem os seus planos curriculares e fornecerem oportunidades de formação ao longo da vida.

Poder-se-á afirmar que, de entre as mais-valias conquistadas pela Enfermagem, talvez a mais importante assente no modo como esta se tem vindo a afirmar em termos académicos, nomeadamente por intermédio da alteração dos seus planos de formação e pelo enriquecimento e actualização dos mesmos.

Pela nossa observação, como participante activo e pelos relatos dos estudantes e das famílias, podemos afirmar que a avaliação e intervenção na família, ainda, é uma actividade incipiente que merece mais investigações para um desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos nesta área, para podermos otimizar os efeitos destas intervenções, estabelecendo critérios de utilização confiáveis e proporcionarmos assim, um melhor atendimento às famílias com um idoso dependente.

Somos da opinião que o trabalho desenvolvido é um pequeno contributo nesta área, pois, a produção de conhecimento sobre a realidade implica a transformação da realidade percebida. Os resultados aqui encontrados colocam o repto aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, de avaliar e planear intervenções dirigidas à família, ou seja, alargarem a área de intervenção a diferentes níveis de cuidadosos. Criar oportunidades, experiências e apoios e, simultaneamente transformar a família num agente dinâmico com protagonismo para a promoção da saúde de todos os seus membros.

Limitações

A investigação que desenvolvemos centrou-se na formação em enfermagem, desenvolvimento de competências para intervir em famílias com um idoso dependente em contexto familiar, com um grupo de estudantes cujo plano de estudos da Licenciatura onde decorreu a investigação não possuía nenhuma unidade curricular específica na área de enfermagem de família. Temos a considerar que se trata de um estudo complexo onde interagem variáveis de natureza diversa implicando necessariamente limitações ao estudo.

As limitações estão directamente relacionadas com os objectivos definidos, com os conteúdos teóricos de suporte, com a metodologia, nomeadamente:

- As características dos instrumentos e a natureza da amostra tornam o estudo limitado e com impossibilidade de generalização, contudo o seu valor fica circunstanciado ao caso particular em apreciação, mas pode constituir uma fonte de desenvolvimento para outros estudos;
- O facto de ser o investigador a personagem que desenvolveu, implementou e avaliou quase todo o programa de formação no grupo experimental, traz algumas limitações ao estudo, pela limitação de interpretações diversificadas;
- A duração da intervenção dos estudantes foi reduzida limitando a mudança de comportamentos das famílias.

Sugestões para Trabalhos Futuros

Na sequência do que temos vindo a referir, convém, salientar mais uma vez que a nossa investigação se direccionou para a formação dos enfermeiros para intervir ao nível da promoção da saúde de famílias com um idoso dependente em contexto familiar. Contudo, podemos afirmar que este poderá ser um ponto de partida para outros estudos tais como:

- Comparar estes resultados com os de outras amostras;
- Aplicar o programa de formação a profissionais de unidades de cuidados de saúde primários e verificar o efeito em actores sociais com experiência prática comunitária;
- Realizar de estudos longitudinais;
- Incluir no protocolo de colheita de informação uma escala de avaliação da satisfação;
- Comparar estes resultados com os de outras instituições de ensino internacionais.

Para terminar, gostaríamos de referir que a temática por nós seleccionada é uma área recente estudada no nosso país. Muitas outras investigações são necessárias para que se possa contribuir de forma mais significativa para a formação de profissionais com competências específicas para avaliar e intervir na família.

Esta experiência por nós vivenciada foi bastante enriquecedora e aliciante, constituindo um importante momento de aprendizagem. Permitiu-nos desenvolver conhecimentos necessários para a elaboração de um trabalho desta natureza e aprofundar conhecimentos a vários níveis, nomeadamente na enfermagem de família para além de ficarmos sensibilizados para continuar a investir na produção de conhecimento nesta área.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, S. G. (2000). *Singularidade das Redes e Redes da Singularidade: Rede Social Pessoal e Saúde Mental: estudo exploratório numa amostra com esquizofrénicos, deprimidos e população geral*. Tese de Mestrado em Psiquiatria. Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho*. Lisboa. Co-edição Formasau e Educa.
- Aires, M., Paz, A. A. (2008). Necessidades de Cuidado aos Idosos no Domicílio no Contexto da Estratégia de Saúde de Família. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 29(1), 83-89.
- Almeida, A. C., Miranda, M., Rodrigues, M., Monetiro, R. (2005). Transição do doente Dependente para a Família. *Revista Sinais Vitais*, 62, 26-31.
- Almeida, J. F. (1994). *Introdução Sociologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Almeida, J. F., Machado, F. L., Capucha, L., Torres, A. C. (1994). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Almeida, L. S., Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Almeida, L. S., Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Alonso, M. L. (1995). Desenvolvimento curricular e Projecto Educativo de Escola. In *Ciências de Educação: Investigação e Acção*. II volume. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.
- Alvarez, A. M., Gonçalves, L. H. T., Scheneider, P. (2002). Grupo de ajuda Mútua de Familiares de Idosos Portadores de Doença de Alzheimer e Doenças Similares do HU/UFSC. *Revista Ciência da Saúde*, 21(2), 54-66.
- Alves, L. C., Lemann, B. C. Q., Vasconcelos, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., Fonseca, T. C. O., et al. (2007). A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. *Cadernos Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930.
- Amâncio, L. (1994). *Masculino e Feminino: A Construção Social da Diferença*. Porto: Afrontamento.
- Amâncio, L. (1997). The importance of being male: ideology and context in gender identities. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 79-94.
- Amâncio, L., Oliveira, L. J. M. (2002). Liberdades condicionais: o conceito de papel sexual revisado. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 40, 45-61.

- Anatasi, A. (1990). *Psychological Testing*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Anderson, K. (2000). The Family Health System Approach to Family Systems Nursing. *Journal of Family Nursing*, 6 (2), pp. 103-119.
- Andrch, R., Porqueddu, B., Educazione (1990). *All'autonomia*. Lisboa: Minerva Medica.
- Ângelo, M. (2000). O contexto familiar. In Y. A. Duarte e M. J. Diogo (eds), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*, (pp. 27-31). São Paulo: Atheneu.
- Ângelo, M., Bousso, R (2008). *A enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. Manual de Enfermagem*. Obtido em 22 de Maio de 2008 de Programa de Saúde de Família: www.ids-saude.org.br/enfermagem.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Araújo, I. (2004). *Aprendem Doença, Educam para a Saúde*. Tese Mestrado em Educação: Especialização em Educação para Saúde. Universidade do Minho, Braga.
- Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. (2008). Cuidar das Famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à Comunidade – Um desafio. *Referência*, II Série(7), 43-53.
- Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: Desabafos de quem cuida. *Ciência Cuidado e Saúde*, 8(2), 191-197.
- Arends, R. J. (1995). *Aprender a ensinar*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Areosa, S. V. C., Areosa, A. L. (2008). Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Revista Textos & Contextos*, 7(1), 138-150.
- Arruda, M. C., Avarez, A., M., Gonçalves, L. H. T. (2008). O Familiar Cuidador de Portador de Doença de Alzheimer Participante de um Grupo de Ajuda Mútua. *Ciência Cuidado e Saúde*, 7(3), 339-345.
- Augusto, B. M. (2002). *Cuidados Continuados: Família Centro de saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Barber, C. (1999). *Family caregiver characteristics*. Acedido a 3 de Dezembro 2008, Disponível em: www.ext.colostate.edu/pubs/consumer/10231.pdf .
- Barbieri, M. C. (2004). A Avaliação Familiar pelo Enfermeiro de Família. Proposta de um Instrumento de Recolha de Dados Baseado em Wright & Leahey. *Revista Sinais Vitais*, 55, 23-30.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Belo, A. P. (2003). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: perspectiva dos alunos*. Tese de Mestrado em Didáctica e Tecnologia Educativa. Universidade de Aveiro - Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Aveiro.

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benzein, E., Jonhansson, P., Årestedt, K., Saveman, B. (2008). Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14, pp. 162-180.
- Berg, A., Fleischer, S., Behrens, J. (2005). Development of tow search strategies for literature in MEDLINE-PubMed: nursing diagnosis in the context of evidence-based nursing. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16(2), 26-32.
- Berger, L. M., Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bertand, Y., Guillemet, P. (1994). *Organizações: Uma Abordagem Sistémica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bireaud, A. (1995). *Os Métodos Pedagógicos no Ensino Superior*. Porto: Porto Editora.
- Botelho, M. A. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Laboratórios Bial.
- Bourdieu, P. (1999). *A Dominação Masculina*. Oeiras: Celta Editora.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes: Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40, 706-717.
- Brereton, L. & Nolan, M. (2000). You do know he's had a stroke, don't you? Preparation for family care-giving – the neglected dimension. *Journal of clinical Nursing*, 9, 498-506.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brito, L. (2003). *A Saúde Mental dos Prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Burke, M. M., Walsh, M. B. (2008). *Enfermería Gerontológica: Cuidados integrals del adulto mayor*. Madrid: Harcourt Brace.
- Burr, V. (1998). *The Social Psychology of Gender*. Londres: Routledge.
- Burs, N., Grove, S. K. (2003). *Understanding Nursing Research*. Philadelphia: Saunders Company.
- Cabanas, J. M. Q. (1999). *Teoria da Educação*. Porto: Edições ASA.
- Cabrita, M. J. S. N. (2009). Saúde e Bem-estar subjectivo dos idosos em programa de cuidados continuados no concelho de Lisboa. In *Resumo de comunicações: Encontro de Enfermagem – Os Mais Adultos da urgência aos cuidados domiciliários*, (pp.37-39). Coimbra: Formassau.

- Caldas, C. P. (2001). Cuidando do Idoso que Vivência uma Síndrome Demencial: A Família como Cliente da Enfermagem. *Texto Contextos Enfermagem*, 10(2), 68-93.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781.
- Camelo, S. H. H., Angerami, E. L. S. (2008). Formação de recursos Humanos para a Estratégia de Saúde de Família. *Ciência Cuidado e Saúde*, 7(1), 045-052.
- Campbell, P., Wright, J., Oyebode, D., Job, D., Crome, P., Bentham, P., et al. (2008). Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(10), 1078-1085. Acedido a 1 Julho de 2009, Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Cantera, I. R. (2000). Escalas de Valoración en Contextos Geriátricos. In R. Fernández – Ballesteros, *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carreira, L., Rodrigues, R. A. P. (2006). Estratégias da Família Utilizadas no Cuidado ao Idoso com condição Crónica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5, 119-126.
- Carrilho, M. J. (2008). A situação Demográfica Recente em Portugal, *Revista de Estudos Demográficos*, 44, 35-80.
- Carrilho, M. J., Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 1991 e 2001. *Revista Estudos Demográficos*, 36, 175-191. Consultado a 25 Novembro de 2008, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- Carrilho, M. J., Gonçalves, C. (2006). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento. Análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. Consultado a 20 Novembro de 2006, disponível em: www.advita.pt
- Carrilho, M. J., Patrício, L. (2006). A situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 40, 39-76.
- Carrilho, M. J., Patrício, L. (2007). A situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 42, 109-147.
- Cerqueira, M., Figueiredo, D., Sousa, L. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.
- Chavarro, P. S. (2004). Programa de promoción y prevención con enfoque en salud familiar. In J Suárez, *Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: Enfoque en salud familiar*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Chinn, P. L. (2001). Where is the nursing in nursing education?. *Advances in Nursing Science*, 23(3), 5-6.
- Christoffel, M. M., Pacheco, S. T. A., Reis, C. S. C. (2008) Modelo Calgary de Avaliação da Família de Recém- Nascidos: Estratégia Pedagógica para Alunos de Enfermagem. *Revista Enfermagem*, 12(1), 160-165.

- Chumbler, et al. (2004). The Sense of Coherence, Burden, and Depressive Symptoms in Informal Caregivers During the first Month After Stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 944-953.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão Beta* (2002). Lisboa: IGIF/APE.
- Cobo Domingo, J. C. (2000). *Geriatría y Gerontología: Atención Integral al Anciano*. Jaén: Formación Integrada Logoss.
- Conover, W. J. (1999). *Practical Nonparametric Statistics*. 3ª ed.. Nova Iorque: John Wiley and Sons.
- Conselho da Europa (1998). Recomendação nº98 (9) relativa a dependência, adoptada em 18 de Setembro de 1998. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (1999). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: Associação Internacional Portuguesa de Enfermeiros.
- Correia, C. I. S., Teixeira, R. A. J., Marques, S. C. L. (2005). A família do Doente dependente. *Servir*, 53(3), 126-131.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista de Saúde Pública*, 2, 75-82.
- Correia, M. C. B. (2004). *A Construção do Currículo no Ensino de Enfermagem: Um estudo caso*. Loures: Lusociência.
- Costa, A. (2002). *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Costa, M. E. (1994). *Intervenções Psicológicas em transições familiares: Divórcio, monoparentalidade e recasamento*. Porto: Asa.
- Costa, M. M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa. Fim de Século Edições Lda.
- Crespo, J. (2007). Intervenciones com cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Revista Psicothema*, 19(1), 72-80.
- Cruz, D., Pimenta, C., Kurita, G. & Oliveira, A. (2004). Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(1), 5-14.
- Curral, R., Dourado, F., Torres, R., Barros, H., Pilha, P., Almeida, L. (1999). Coesão e Adaptabilidade Familiares numa amostra Portuguesa: Estudo com o FACES III. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), pp. 213-217.

- Cutsem, C. (2004). *A Família Recompota Entre o Desafio e a Incerteza*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dale, A. E. (2005). Evidence-basead practice: compatibility with nursing. *Nursing Standard*, 19(40), 48-53.
- Decesaro, M. N., Ferraz, C. A. (2006). Famílias de Pessoas Dependentes de Cuidado: Aspectos das Mudanças na Vivência do Cotidiano. *Ciência Cuidado e Saúde*, 5, 149-157.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008. *Diário da República nº 38/2008 - I Série A*. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Delores, J. (2003). *Educação um Tesouro a descobrir*. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. Porto: Edições ASA.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. (2008). Brief Sympton Inventory (BSI) [on-line]. Website: <http://www.iprc.unc.edu/longscan/pages/measures/Ages5T011/Brief%20>. (4 Agosto 2008)
- Desu, M. M. & Raghavarao, D. (2004). *Nonparametric Statistical Methods for Complete and Censored Data*. Boca Raton, FA: Chapman and Hall/CRC.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?*. Loures: Lusociência.
- Dias, J. R. (1988). Para o estudo das antropologias com maior influência na história de educação em Portugal. In *1º Encontro de História da Educação em Portugal: Comunicações*, (pp.279-291). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias, J. R. (1993). Filosofia da Educação Pressupostos, funções, métodos, estatuto. In *Revista Portuguesa de Filosofia*, (Tomo XLIX, pp.3-28). Braga: Universidade Católica.
- Dias, J. R., et al. (1996). *Educação e utopia*. Braga: CEEP – Edições.
- Dilts, R. (2001). Valores Partilhados pela comunidade de PNL. *Publicado no golfinho impresso*, 78, 1-5.
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004 – 2010. (Vol I e II)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde. *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. (2006). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Docheterman, J. M., Bulechek, G. M. (2008). *Classificação da Intervenção de Enfermagem (NIC)*. Porto Alegre: Artmed.
- Domingues, A. C. (2009). Validação dos Índices de Barthel e Lawton. Para amostra de indivíduos com doença psíquica e internamento numa unidade de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 17, 29-32.

- Drennan, J., Treacy, M., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K., et al. (2008). Support networks of older people living in the community. *International Journal of older People Nursing*, 3(4), 234-242. Acedido a 1 Julho de 2009, Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Duvall, E. (1977). *Marriage and family development*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Ekwall, A. K., Hallberg, I. R. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of clinical Nursing*, 16(5), 832-844. Acedido a 1 Julho de 2009, Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Elsen, I. (1994). Desafios da Enfermagem no cuidado de famílias. In Bub Lir. (coord), *Marcos para a prática de Enfermagem*, (pp.61-77). Florianópolis: UFSC.
- Elsen, I. (2002). Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In I. Elsen, S. S. Marcon, M. R. Santos, *O viver em famílias e sua interface com a saúde e a doença*, (pp.19-28). Maringa: Eduem.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundation of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- EUROSTAT, *Statistics in Focus – Population and Social Conditions*, 15/2005, Luxembourg
- Faber, M. (1995). *Penser la formation*. Paris: PUF.
- Falceto, O. G., Busnello, E. D., Bozzetti, E. M. C. (2000). Validation of diagnostic scales of family functioning for use in primary health care services. *Revista panamericana de salud pública*, 7(4), 255-263. Consultado a 6 Agosto de 2009, Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/paho/pajph.jsessionid=ahq982p2en8om.alice>
- Falceto, O. G., Busnello, E. D., Bozzetti, M. (2000). Validação de escalas diagnóstica do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Panamericana Salud Publica*, 7(4), 255-263.
- Felicíssimo, A. R., Sequeira, P. M. D. (2007). A Família como Unidade de Intervenção em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 71, 31-34.
- Fernandes, E. M., Almeida, L. S. (2001). *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Universidade do Minho Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Fernandes, J. D., Xavier, I. M., Ceribelli, M. I. P. F., Bianco, M. H. C., Maeda, D., Rodrigues, M. V. C. (2005). Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39(4), 443-449.

- Fernandes, M. C., Pereira, M. L. S., Ferreira, M. A., Machado, R. F., Martins, T. (2002). Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de Doentes com AVC. *Revista Sinais Vitais*, 43, 31-35.
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e Emigração*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação - Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação, Coimbra.
- Ferreira, M. A., Oliveira, G. R. B., Porto, I. S., Anborn, C. G., Castro, J. B. A. (2007). O significado do Profae segundo os alunos: Contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(3), 445-452.
- Ferreira, P. T. (2007). *Guia do Animador na formação de adultos*. Barcarena: Editorial Presença.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D., Sousa, L. (2001). Easycare: Um Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida e Bem-estar do Idoso. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, XIV(130), 41-47.
- Figueiredo, D., Sousa, L. (2002). Cuide – Cuidadores de idosos na Europa: Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. *Geriatrics*, 15(144), 15-19.
- Figueiredo, M. H. J.S., Martins, M. M. F. P. S. (2009). Dos contextos da prática à (Co) Construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 43(3), 615-21.
- Filizola, C. L. A., Ribeiro, M. C., Paravarini, S. C. I. (2003). A história da família de Rubi e seu filho Leão: Trabalho com famílias de usuários com transtorno mental grave através do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na família. *Textos e Contextos Enfermagem*, 12(2), 182-190.
- Floriani, C. (2004). Cuidador familiar: sobrecarga e protecção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), 341-345.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franklin, C., Streeter, C. L., Springer, D. W. (2001). Validity of the faces IV family assessment measure. *Research on social work practice*, 11(5), 576-596. Consultado a 6 Agosto de 2009, Disponível em: <http://online.sagepub.com/>
- Freire, T., Leandro, L. S. (2001). Escalas de avaliação: construção e validação. In E. Fernandes & L. S. Almeida (eds.) (2001). *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: CEEP, Universidade do Minho.

- Friedman, M. M. (1992). *Family Nursing. Theory and Practice*. Norwalk Connecticut: Appleton Lange.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., Jones, E. G. (2003). *Family nursing: reserch, theory, and pratice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Fuster, E. G. & Musitu, G. O. (1991). *El maltrato infantil: un analisis ecologico de los factores de risco*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade de Valência - Faculdade de Psicologia, Valência.
- Giddens, A. (2008). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Jimeno Collado, A. (2003). *A família: o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Jimeno, A. (2003). *A Família o Desafio da Diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget
- Goffman, E. (1993). *Estratégias de Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Goldani, A. M. (2004). *Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil?* Brasil: APEP/ Associação Brasileira de Estudos populacionais. Acedido a 3 de Junho 2007, Disponível em www.a pep.org.br .
- Goldrick, M., Gerson, R. (2003). *Genogramas en la evaluacion Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Gomes, B. P. (2009). *Enfermagem de reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Gómez, S. C., Ferrer, G. J., Rigla, F. R., López, V. S. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicossocial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gonçalves, C. M. (1997). *A influência da família no desenvolvimento vocacional de adolescentes e jovens*. Tese Mestrado em Ciências da Educação. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Gonçalves, C. M., Coimbra, J. L. (2003). Significados construídos em torno da experiência profissional trabalho. In Actas do IV Congresso Internacional de Norte de Portugal/ Galiza, *Integração das políticas e sistemas de educação e formação: Perspectivas e Desafios*, (pp.28-29). Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Vicente, F. R. (2006). Perfil da Família Cuidadora de Idosos Doentes/Fragilizados no Contexto Sócio-cultural de Florianópolis, SC. *Textos e Contextos Enfermagem*, 15(4), 570-577.
- Góngora, J. N. (2002). Família y enfermedad: problemas y tecnicas de intervención. *Psychologica*, 31, 63-83.

- Grande, N. (2000). Ética e investigação. *Revista investigação em Enfermagem*, 2, 49-53.
- Grimmer, K., Moss, J. & Gill, T. (2001). Discharge Planning Quality From the Carer Perspective. *Quality of Life Research*, 9, 100-113.
- Guimarães, P. (2002). *Guia para intervenção com Maiores em situação de incapacidade*. Lisboa: MSST – IDS.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Hennessy, D., Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. Obtido em 15 de Maio de 2008, de OMS: <http://www.who.int/en/>
- Hicks, M. C. (2006). *Métodos de Investigação para terapeutas clínicos: Concepção de projectos de aplicação e análise*. Loures: Lusociência.
- Holtzlander, L. (2005). Clinical Application of the 15-Minute Family Interview: Addressing the Needs of Postpartum Families. *Journal of Family Nursing*, 11, pp. 5-11.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.
- Hunter, L. (1993). Aplicação do modelo de Orem em doentes com problemas cutâneos. *Nursing*, 67, 20-22.
- IEFP (2008). Índice Nacional das profissões [On-line]. Website: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx> (28 Nov. 2008).
- Imagínario, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Imagínario, C. M. I. (2002). *O idoso Dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- INE (1999). *As Gerações Mais Idosas. Série Estudos nº83*. Instituto Nacional de Estatística – Gabinete de Estudos e Conjuntura. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- INE (2002). *Censos 2001: Resultados Provisórios, Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2002). *O envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2002, Abril 8). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208.
- INE (2003). Estimativas Provisórias de População Residente, 1991-2000, Portugal e NUTS II; NUTS III e Municípios. Instituto Nacional de Estatística. Departamento de Estatísticas Censitárias da População [On-line]. <http://www.ine.pt/>. (17 Fev. 2009)

- INE (2003). Estudos demográficos. *Revista de Estudos Demográficos*, 33. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- INE (2004). Projecções de População Residente, Portugal e NUTS II, 2000-2050. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- INE (2006). Estatísticas Demográficas, Informação à Comunicação Social. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- INE (2007). *Dia Internacional da Família Destaque Informação à Comunicação Social*. Acedido a 16 de Setembro 2009, Disponível em: www.ine.pt
- INE (2007). Dia Internacional do Idoso: Destaque Informação à Comunicação Social. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- INE (2007). Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens. Destaque – Dia Internacional do Idoso, Informação à Comunicação Social. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- INE (2008). Estimativas Provisórias de População Residente, 2007, Portugal e NUTS II; NUTS III e Municípios. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- INE/INSRJ (2000). Esperanças de Vida sem Incapacidade Física de Longa duração.
- Instituto Nacional para a Reabilitação (INR) (2008). *Ajudas Técnicas*. Acedido a 4 de Fevereiro 2009, Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas/>
- International Council of Nurses (1999). *ICN Position Statement* on Nursing Research.
- International Council of Nurses (1999). *Nursing Matters*; Nursing Research: A Tool for Action.
- Jackson, P. W. (1992). *Handbook of Research on Curriculum*. U.S.A: American Educational Research Association.
- Jacques, M. E. (2004). Ser Idoso: Abordagem Psicossomática no contexto Institucional e Familiar. *Revista Sinais Vitais*, 55, 34-37.
- Januário, C. (1988). *O Currículo e a Reforma do Ensino: Um modelo sistémico de elaboração dos programas escolares*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Januário, C. (1996). *Do Pensamento do Professor à Sala de Aula*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Járegui, C. A., Suárez, P. (2004) *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: enfoque en salud familiar*. Madrid: panamericana.
- Jorgenson, J. (1996). Donde está la “familia” en la comunicacion familiar? Una exploracion de las definiciones que las familias hacen de si mismas. In M. Packman (ed.), *Construcciones de la experiencia humana*, (vol. I; 261-278). Barcelona: Gedisa.

- Karch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Kinihs, N. S., Franco, S. C. (2005). A Família Vivenciando o Cuidado do Paciente Neurocirúrgico: Necessidades e Expectativas Frente a esse Cuidado. *Ciência Cuidado e Saúde*, 4(2), 139-148.
- Kinnear, P. R., GRAY, C. (2000). *SPSS for windows: make simple* – release 10. UK: Psychology Press.
- Kodama, H., Suda, Y., Takahashi, R., Nishimura, M., Izumo, Y., Watanabe, M., e tal. (2007). Family relationships for self-care-dependent older people at home. *Geriatrics & Gerontology International*, 7(3), 252-257. Acedido a 1 de Julho de 2009, Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Kozier, B. (1993). *Enfermaria fundamental*. New York: Interamericana.
- Kuehl, B. P., Schumm, W. R., Russell, C. S., Jurich, A. P. (1988). How do Subjects Interpret Items in Olson's Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES). *Educational and Psychological Measurement*, 48(1), 247-253. Consultado a 6 Agosto de 2009, Disponível em: <http://online.sagepub.com/>
- Kuuppelomäki, M., Sasaki, A., Yamada, K., Asakawa, N., Shimanouchi, S. (2004). Coping strategies family carers for older relatives in Finland. *Journal of clinical Nursing*, 13(6), 697-706. Acedido a 1 Julho de 2009, Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Lage, I. (2007). Cuidados ao Doente Idosos Dependentes em Contexto Familiar. *Nursing*, 217, 40-43.
- Lage, I. (2007). Questões de Género e Cuidados Familiares a Idosos. *Nursing*, 217, 40-43.
- Lage, M. I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*, (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lage, M. I. G. S. (2007). *Avaliação dos Cuidados Informais aos idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador Informal*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Lage, M. I. G. S. (2009). O impacto do cuidado no cuidador informal de idosos não dementes. In Resumo de comunicações: Encontro de Enfermagem – Os Mais Adultos da urgência aos cuidados domiciliários, (pp.42-44). Coimbra: Formasau.
- Lakatos, E. M., et al. (1991). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Lavinnsky, A. E., Vieira, T. T. (2004). Processos de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: Sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum: Health Sciences*, 26(1), 41-45.

- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer publishers.
- LeGrow, K., Rossen, B. (2005). Development of Professional Practice Based on a Family Systems Nursing Framework: Nurses' and Families' Experiences. *Journal of Family Nursing*, 11, pp. 38 - 58.
- Leite, S. (2004). Famílias em Portugal: breve caracterização sóciodemográfica com base nos censos 1991 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 23-38. Acedido a 17 de Junho de 2008, Disponível em [www: <URL: http://www.ine.pt>](http://www.ine.pt).
- Leite, S. (2004). Famílias em Portugal: breve caracterização sóciodemográfica com base nos censos 1991 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 23-38. Disponível em [www: <URL: http://www.ine.pt>](http://www.ine.pt).
- Levine, C., et al. (2006). This case is closed: Family caregivers and the termination of home health care services for stroke patients. *The Milbank Quarterly*, 84(2), 305-331.
- Lobiondo-Wood, G., Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Lobo, A., Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência*, IIª Série(4), 61-68.
- Loureiro, L. M. J., Dias, C. A. A., Ferreira, P. J. S. (2006). ICDM – Um Inventário de Crenças acerca da Doença Mental. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 14, 36-44.
- Loveland-Cherry, C. (1999). Riscos de Saúde Familiar. In M. Stanhope, J. Lancaster, *Enfermagem Comunitária: promoção de saúde dos grupos, famílias e indivíduos*, (pp. 519-542). Loures: Lusociência.
- Loveland-Cherry, C. (2006). Where Is the Family in Family Interventions? *Journal of Family Nursing*, 12(1), pp. 4-6.
- Madeira, R., Lopes, V. (2007). Necessidades de formação de Enfermagem ao nível das competências relacionais e de continuidade de cuidados. In A. Rodrigues, *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados*. Loures: Lusociência.
- Magalhães, M. G., Peixoto, J. (2008). O impacto de diferentes cenários migratórios no envelhecimento demográfico em Portugal, 2009-2060. *Nota e Documentos*, 44(2), 95-115. Consultado a 17 Fevereiro de 2009, Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- Magnusson, L. & Hanson, E. (2005). Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 645-657.
- Marchand, H. (2001). *Temas de Desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Marcon, S. S., Sassá, A. H., Soares, N. T. I., Molina, R. C. M. (2007). Dificuldades e Conflitos Enfrentados pela Família no Cuidado Cotidiano a uma Criança com Doença Crônica. *Ciência, cuidado e Saúde*, 6(2), 411-419.
- Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (2006). *Metodologia do trabalho científico* (6ªed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. 3ª ed.. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paul, A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*, (pp. 179-202). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martinez, A. D., Rennick, J. (2007). Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice. *Journal of Family Nursi* , 13, pp. 157-178.
- Martínez-Otero, V. (2003). *Teoría y Práctica de la Educación*. Madrid: Editorial CCS.
- Martins, C. F., Thofehrn, M. B., Amestoy, S. C., Assunção, A. N., Meincke, S. M. K. (2008). Saúde da Família: uma realidade presente na equipe multiprofissional. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(1), 132-137.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62-66.
- Martins, M. (2003). A família, um suporte ao cuidar. *Revista Sinais Vitais*, 50, pp. 52-56.
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com "AVC"*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., Garrett, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI): Reavaliação das propriedades Psicométricas. *Revista Referência*, 11, 17-31.
- Martins, T., Ribeiro, J., Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Revista Psicologia, Saúde e Doença*, 4(1), 131-148.
- Mcbride, K., White, C., Sourial, R. & Mayo, N. (2004). Post discharge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 192-200.
- McGoldrick, M., Gerson, R. (2005). *Genogramas en la Evaluacion Familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Meira, E. C., Gonçalves, L. H. T., Xavier, J. C. M. (2007). Relatos Oraís de Cuidadores de Idosos Doentes e Fragilizados Acerca dos Factores de Risco para a Violência Intrafamiliar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(1), 171-180.

- Meirelles, B. H. S., Erdmann, A. L. (2006). Redes sociais, complexidade, vida e saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(1), 67-74.
- Mello, D. F., Vieira, C. S., Simpionato, E., Biasoli-Alves, Z. M. M., Nascimento, L. C. (2005). Genograma e Ecomapa: Possibilidades de utilização na estratégia da saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 79-89.
- Meneses, M. T. P. C. (2004). Autonomia do Enfermeiro Realidade ou Utopia?. *Pensar Enfermagem*, 8(2), 38-41.
- Michelson, W., Tepperman, L. (2000). What time-use data can tell about caregiving to adults. Apresentado na conferencia do European Network for Housing Research, Gavle, Suécia 2000.
- Ministério da Saúde. (2006). Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. London: Tavistock.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S., Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minunchim, S., Wai-Yung, L., Simon, G. M. (2008). *Dominando a Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Mioto, R. C. T. (1998). Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. *Revista Katálisis*, 2, 20-26.
- Moniz, J. M. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A Prática de Cuidados como Experiência Formativa*. Loures: Lusociência.
- Montefusco, S. R. A., Bachion, M. M., Nakatani, A. Y. K. (2008). Avaliação de Famílias no Contexto Hospitalar: Uma aproximação entre o Modelo de Calgary e a Taxonomia da Nanda. *Textos e Contextos Enfermagem*, 17(1), 72-80.
- Montezuma, C. A., Freitas, M. C., Monteiro, A. R. M. (2008). A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo caso. *Revista Electrónica e Enfermagem*, 10(2), 395-404.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale manual*. Polo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moreira, I. M. P. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Mulder, C. H., Cooke, T. J. (2009). Family ties and residential locations: *Population, Space and Place*, 15(4), 299-304. Acedido a 1 Julho de 2009, Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.

- Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J. & Pimenta, C. (2007). *Introdução à Estatística*. 2ª ed.. Lisboa: McGraw- Hill.
- Nardi, E. F. R., Oliveira, M. L. F. (2008). Conhecendo o Apoio Social ao Cuidador Familiar do Idoso Dependente. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 29(1), 47-53.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras Chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Neto, M. P., Ponte, J. (2000). Envelhecimento: desafio na transição do século. In Neto, M. P. (ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, (pp. 116-132). São Paulo: Atheneu.
- Neufeld, A., Kushner, K. E. (2009). Men family caregivers Experience of Nonsupportive Interactions. *Journal of family Nursing*, 15(02), 171-197. Acedido a 1 Julho de 2009, disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Nitschke, R. G., Elsen, I. (2000). Saúde da família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós-modernidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 35-48.
- Nunes, I., Alves, P. (2003). As dificuldades sentidas pelas famílias do doente com AVC no domicílio: contributos para melhor cuidar. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, XV(153), 10-19.
- Nunes, L. A. (1995). As dimensões formativas dos contextos de trabalho. In *Inovação* (vol.8, pp. 233-249).Lisboa: Instituto de Inovação Educacional
- Nunes, L. A. S. (1999). *O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influência a saúde mental e a qualidade de vida*. Tese de Mestrado Psiquiatria. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Publica, Lisboa.
- Oliveira, R. G., Marcon, S. S. (2007). Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família. *Revista Latino-am Enfermagem*, 15(3). Acedido a 3 de Outubro de 2009, Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae .
- Oliver, J. M., Handal, L. P. J., Enos, D. M., & May, M. J. (1988). Factor structure of the family environment scale: factores basead on the itens and scales. *Educational and Psychological Masurement*, 48, 469-477.
- Olson, D. H. (1986). *Circumplexo model VII: validation studies and FACES III*. *Universidade de Minnesota*, 25, 338-351.
- Olson, D. H. (1988). Family types, family stress, and family sastifaction: A Family Development Perpective. In *Family Transicions: continuity and change over the life cycle*. New York: Guilford Press.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22, 144-167.

- Olson, D. H., Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital & family systems. In F. Walsh (ed.), *Normal family processes* (pp. 514-547). New York: Guilford.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Acedido a 7 de Dezembro de 2009. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: OE.
- Orem, D. (1991). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson.
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Classificação Estatística Internacional de Doenças* (10ªed.). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial de saúde. (2001). *The World health report*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crónicas: Relatório Mundial*. Geneva: World Health Organization.
- Osorio, L. C., Valle, M. E. P. (2009). *Manual de Terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Pacheco, J. A. (2001). *Currículo: Teoria e Práxis*. Porto: Porto Editora.
- Pacheco, J. A. (org). (2000). *Políticas de Integração Curricular*. Porto: Porto Editora.
- Paixão, C. M., Rechenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19.
- Park, Y. H. (2007). Day healthcare services for family caregivers of older people with stroke: needs and satisfaction. *Journal Advanced Nursing*, 61(6), 619-630. Acedido a 1 de Julho de 2009, Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Parreira, P., Jesus, S., Barraca, J., Nave, F. (2006). Escala de satisfação familiar por adjectivos: tradução e adaptação para a população portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 45-54.
- Paul, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Climepsi Editores.
- Paul, C., Fonseca, A. M., Martín, I., Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 75-108). Lisboa: Climepsi.
- Paul, M. C., Fonseca, A. F. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi editores.
- Pereira, A. O., Bellizzoti, R. B. (2004). A consideração dos encargos familiares na busca da reabilitação psicossocial. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 25(3), 306-313.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau.

- Pettengill, M. A. M., Angelo, M. (2006). Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40(2), 280-285.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, L. M. G. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinazo, S. (2006). Relações sociais. In Triadó, C. & Villar, F. (Coord.). *Psicologia de la vejez*, (pp.253-282). Madrid: Alianza Editorial.
- Pinhel, I., Kurcgant, P. (2007). Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41(4), 711-716.
- Pinto, C. F. C. S. (2009). O prestador de cuidados: Como promover a sua proficiência? In Resumo de comunicações: Encontro de Enfermagem – Os Mais Adultos da urgência aos cuidados domiciliários, (pp.101 – 103). Coimbra: Formasau.
- Pinto, J. L. G., Garcia, A. C. O., Bocchi, S. C. M., Carvalhares, M. A. B. L. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Colectiva*, 11(3), 753-64.
- Pinto, V. L. C. M. (2000). Participação da família no processo terapêutico do doente idoso internado no serviço de medicina. *Servir*, 48(4), 162-171.
- Polít, D., Hungler, B. (1997). *Investigação científica en ciencias de la salud*. Mexico: McGraw-Hill
- Preto, L. S. R. (2003). O desenvolvimento da autonomia como factor de adaptação ao ensino superior, *Revista Referência*, 10, 63-71.
- Programa Nacional para Saúde das Pessoas Idosas. (2006). Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Consultado a 12 Novembro de 2008, Disponível em: www.dgs.pt.
- Queirós, A. A. (1999). *Empatia e Respeito*. Coimbra: Quarteto.
- Queirós, A. A., Silva, L. C. C., Santos, E. M. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Queiroz, A. A. (2009). Enfermeiros e Famílias: abordagem sobre a enfermagem de família e o enfermeiro (de saúde) da família. *Revista Sinais Vitais*, 85, 11-20.
- Queiroz, A. M. C. A. (2007). *Famílias Multigeracionais y Envejecimiento Positivo*. Tese de Doutoramento em Psicologia e Antropologia. Universidade de Extremadura - Departamento de Psicologia y Antropologia, Badajoz.

- Ramalho, A. (2005). *Redacção de Estudos e Projectos de revisão sistemática com e sem metaanálise*. Coimbra: Formasau.
- Ramos, L. R. (2001). Epidemiologia do envelhecimento. In Freitas et al, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 72-78). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio. Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stress*. Porto: Âmbar.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Decreto-lei nº161/96 de 4 de Setembro. Diário da República, 1ª Série, 205, 2959-2962.
- Reina, & Chavarro (2004). Marco operacional. In Suárez, & Jáuregui (2004). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: enfoque en salud familiar* (pp. 32-108). Madri: Panamericana Editorial Medica.
- Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, A. C. (1990). *Desenvolvimento curricular*. Lisboa: Texto Editora.
- Ribeiro, A. C. (1991). *Formar professores: elementos para uma teoria e prática de formação*. Lisboa: Texto Editora.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa – Formação, SEP.
- Ribeiro, P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos cuidados domiciliários: Conceitos e aplicações*. Loures: Lusociência.
- Roach, S. (2001). *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rodrigues, A. (2007). Da teoria à Prática: Necessidades de Formação dos Formadores. In A. Rodrigues, et al., *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, A., Esteves, M. (1993). *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Rodríguez, P. (1998). El problema de la dependência en las personas mayores. *Documentación Social*, 112, 33-63.
- Rosa, M. J. V., Vieira, C. (2003). *A população Portuguesa no Sec. XX*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Rueda, G. S. (1999). Dorothea E. Orem: Aproximación a su teoría. *Revista Enfermería Rol*, 22, 301-311.

- Santos, A. T. V. M. F. (2004). Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Santos, M. I. O. F. (2009). Análise da adequação do modelo de Calgary de Avaliação Familiar. *Revista Sinais Vitais*, 85, 21-27.
- São José, J., Wall, K., Correia, S. V. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e Soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Saraceno, C., Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. Lisboa: Estampa.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idoso dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Seraceno, C., Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. Lisboa: Estampa
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e as redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10, 243-253.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.
- Shyu, Y. L., Chen, M., Chen, S., Wang, H., Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of clinical Nursing*, 17(18), 2497-2508. Acedido a 1 Julho de 2009, Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Silva, A. M. C. (2003). *Formação, Percursos e Identidades*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, I. R., Gunther, I. A. (2000). Papéis Sociais e Envelhecimento em uma Perspectiva de Curso de Vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 031-040.
- Silva, J. F. (2006). *Quando a vida chegar ao fim*. Loures: Lusociência.
- Silva, L. W. S., Gonçalves, L. H. T., Costa, M. A. S. M. C. (2006). Abordagem Sistémica de Enfermagem à Família: Considerações Reflexivas. *Servir*, 54(5), 214-223.
- Silva, L., Gonçalves, L., Costa, M. (2007). Abordagem Sistémica de Enfermagem à Família – Considerações Reflexivas. *Servir*, 54(5), pp. 214-223.
- Silveira, T. M., Caldas, C. P., Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos Saúde Publica*, 22(8), 1629-1638.
- Silvestre, C. A. (2003). *Educação/Formação de Adultos como dimensão dinamizadora do sistema educativo/formativo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Simões, A. (1990). A investigação-acção: Natureza e validade. *Revista de Pedagogia*, XXIV, 39-51.

- Simonetti, J., Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista Escola de Enfermagem*, 42(1), 19-25.
- Simpson, P., Tarrant, M. (2006). Development of the Family Nursing Practice Scale. *Journal of Family Nursing*, 12(4), pp. 413-425.
- Sit, J. et al. (2004). Stroke care in the home: The impact of social support on the General Health of Family Caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 816-824.
- Sluzki, C. (2003). *A Rede Social na Prática Sistémica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soares, C. B., Munari, D. B. (2007). Considerações sobre Sobrecarga em Familiares de Pessoas com Transtornos mentais. *Ciência Cuidado e Saúde*, 6(3), 357-362.
- Sobral, R. (2006). Dependência: care, cure [On-line]. Disponível em: www.advita.pt. (20 Nov. 2006).
- Sousa, L. (2006). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Psicologia*, 33, 109-122.
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-71.
- Spar, J. E., La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem estar para Pessoas Idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Stamm, M., Miotto, R. C. T. (2003). Família e Cuidado: Uma Leitura para além do óbvio. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2(2), 161-168.
- Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção de saúde dos grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Stoltz, P., Udén, J. & Willan, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home: a systematic literature review. *Journal of caring Sciences*, 18, 111-119.
- Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência.
- Sullivan, E. M. (1993). The importance of the human spirit in self-care for older adults. In *The importance of the human spirit*. *Generations*, 17(3), 33-36.
- Tanner, C. (1990). Reflections on the curriculum revolution. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 295-299.

- Tavares, J., Alarcão, I. (1985). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Taylor, C.M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrico*. 13ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Thober, E., Creutzberg, M., Veigas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Revista Brasileira em Enfermagem*, 58(4), 438-443.
- Thompson, C. (2003). Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 230-237.
- Thompson, I., Melia, K., Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Triadó, C., Villar, F. (2006). *Psicologia de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Turner, B., et al. (2007). The Transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: A literature Review and Research Recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 27, 1-24.
- Vandvick, I. H., Eckblad, G. F. (2004). FACES III and the Kvebaek Family Sculpture Technique as Measures of Cohesion and Closeness. *Family Process*, 32(2), 221-233. Consultado a 6 Agosto de 2009, Disponível em: www3.intersciencedirect.wiley.com
- Vicente, P., Reis E. (2001). *Sondagens: a amostragem como factor decisivo de qualidade*. Lisboa: Sílabo.
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções do pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 21(2), pp. 181-186.
- Waidman, M. A. P. (2004). O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização. Tese de Doutorado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Waidman, M. A. P., Elsen, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5, 107-112.
- Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal Percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais.
- Webber, P. (2002). A curriculum framework for nursing. *Journal of Nursing Education*, 41,(1), 18-22.
- Wernet, M., Ângelo, M. (2003). Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 37(1), pp. 19-25.
- Whiston, S. C. (1996). The relationship among family interaction patterns and career indecision and career decision-making self-efficacy. *Journal of Career Development*, 23, 137-149.

- WHO MINISTERIAL CONFERENCE ON NURSING AND MIDWIFERY IN EUROPE, 2. (2000, June 17). *Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen: WHO.
- Whyte, D. (1997). *Family Nursing: a systemic approach to nursing work in Whyte, D. (ed): Explorations in Family Nursing*. London: Routledge.
- Wong, D., Whaley & Wong (1999). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Wright, L. M., Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Jornal of Advanced Nursing*, 15, 148-154.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Roca
- Wright, L. M., Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervencion*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Editora Roca.
- Xavier, M., Pereira, M. G., Corrêa, B. B., Almeida, J. M. C. (2002). Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação de Sobrecarga Familiar. *Psicologia, Saúde & Doença*, 3(2), 165-177.
- Young, R. A., Friesen, J. D., & Borycki (1994). Narrative structure and parental influence in career development. *Jornal of adolescence*, 17, 173-191.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Anexo I

QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO
DA FORMAÇÃO EXTRA CURRICULAR



Questionário Avaliação da Formação

O preenchimento desta ficha visa a avaliação pedagógica da formação: Promoção da saúde de famílias com idoso dependente em contexto familiar.

Assinale com uma cruz (X), o quadro correspondente à sua apreciação.

O 1 corresponde ao nível mais baixo e o 5 ao mais alto.

Conteúdo da Formação					
Os conteúdos abordados já eram do seu conhecimento	1	2	3	4	5
Os conteúdos focados foram importantes para as funções que vai desempenhar	1	2	3	4	5
Como avalia, para si, a necessidade desta formação	1	2	3	4	5
Durante a formação os conteúdos despertaram-lhe interesse	1	2	3	4	5
Os objectivos da formação foram atingidos	1	2	3	4	5
As suas expectativas foram satisfeitas	1	2	3	4	5
Aspectos Pedagógicos					
Considerou os métodos pedagógicos utilizados pelos formadores adequados	1	2	3	4	5
Como classifica a dinâmica dos formadores	1	2	3	4	5
Os assuntos foram abordados de forma clara	1	2	3	4	5
Durante a formação esteve a vontade para colocar questões	1	2	3	4	5
Como avalia a interacção formandos formadores	1	2	3	4	5
Como classifica a organização desta formação	1	2	3	4	5
Como classifica a formação em termos de trocas de experiências entre os formandos	1	2	3	4	5
O ritmo de trabalho	1	2	3	4	5
O tempo destinado a esta formação foi adequado	1	2	3	4	5
Como classifica aos espaços físicos onde decorreu a formação	1	2	3	4	5
Participação dos formandos	1	2	3	4	5
Interesse da documentação fornecida	1	2	3	4	5
Na sua opinião, considera que deveria existir uma unidade curricular (ao longo da licenciatura) com conteúdos e dinâmica pedagógica semelhantes a esta formação	1	2	3	4	5
O que mais lhe agradou:					
O que menos agradou:					
Que sugestões gostaria de dar:					

Muito Obrigada pela colaboração

Anexo II

TESTE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Teste os seus conhecimentos de enfermagem de família

De acordo com a sua opinião, nas afirmações que se seguem, marque **sim** se concorda com a afirmação, **Não** se discorda, e **Não sei** se não sabe ou não tem opinião.

	Sim	Não	Não sei
Processo familiar é um tipo de fenómeno de enfermagem com características específicas: interações positivas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família.			
Composição familiar é um tipo de fenómeno de enfermagem da família com características específicas: legítima composição de uma família segundo os costumes ou a lei.			
Para avaliar o funcionamento familiar podemos utilizar a escala de Barthel.			
No genograma representamos graficamente a estrutura e relações familiares.			
O ecomapa avalia a interação interna da família.			
Os momentos do ciclo vital da família são caracterizados por crises acidentais.			
Na enfermagem de família o mais importante é avaliação de cada uma das pessoas que a constitui.			
O enfermeiro desenvolve intervenções apenas instrumentais ao cuidar da família.			
O enfermeiro de família deve desenvolver intervenções do domínio afectivo, cognitivo e comportamental.			
O modelo de Calgary não é específico para intervenção em famílias.			
No modelo de Calgary avaliamos a estrutura o desenvolvimento e funcionalidade.			
A estrutura externa da família caracteriza-se pela etnia, raça, classe social região e ambiente.			
Na avaliação familiar as actividades de vida diárias, fazem parte dos elementos instrumentais da família.			
Uma família com um idoso dependente pode ter como foco de intervenção o cuidador informal. Para este apenas temos que desenvolver ensinamentos para cuidar do idoso.			
O papel da sexualidade não necessita de ser trabalhado numa família com idoso dependente.			
O papel terapêutico nas famílias com idosos dependentes é feito pela enfermeira do centro de saúde.			
As actividades de lazer e recreativas não são incluídas nos papéis familiares em famílias com idosos dependentes.			
A única intervenção no domínio com idosos dependentes é a visita domiciliária.			
Todos os membros de uma família devem colaborar nos cuidados ao idoso dependente.			
Na consulta de enfermagem à família a avaliação familiar é o primeiro passo a ser desenvolvido.			
O APGAR é um instrumento de avaliação familiar.			

Muito obrigada pela colaboração

Anexo III

PROTOCOLO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO



Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar

Instrumento de Colheita de Dados

Família: Código 	Centro de saúde Código 	Grupo: Controlo ☐ Experimental ☐	Fase Investigação 1ª Fase ☐ 2ª Fase ☐

A - Dados da Família em Estudo

1 -Resumo da Família

1. 1 - Composição Familiar, vínculos familiares (Genograma)

1.2 - Rede social extra familiar (Ecomapa)

Família: Código 	Centro de saúde Código 	Grupo: Controlo ☐ Experimental ☐	Fase Investigação 1ª Fase ☐ 2ª Fase ☐

B - Dados Idoso Dependente

2 – Avaliação Grau de Dependência do Indivíduo Idoso Dependente

(Adaptado da Escala de Barthel, 1989)

Higiene pessoal	
1 – O doente está impossibilitado de colaborar na higiene pessoal e é dependente em todos os aspectos	
2 – É necessário requerer ajuda em todos os passos da higiene pessoal.....	
3 – É requerida alguma ajuda em um ou mais momentos da higiene pessoal	
4 – O doente pode fazer a sua higiene pessoal mas necessita de colaboração mínima antes ou depois da higiene	
5 – O doente lavar a cara, pentear o cabelo, lavar os dentes barbear-se, faz a maquiagem, é independente	

Tomar banho	
1 – É totalmente dependente para tomar banho	
2 – Requer ajuda para todos os aspectos do banho	
3 – Requer ajuda para se transferir para o banho ou para se secar ou ainda para completar outra tarefa devido à sua condição física	
4 – Requer supervisão para segurança, ou para ajustar a temperatura da água ou ainda na deambulação para o local do banho	
5 – O doente é independente para o banho no chuveiro, na banheira ou para outro tipo de banho	

Alimentação	
1 – É totalmente dependente e necessita de ser alimentado	
2 – Pode manipular um talher, normalmente uma colher, mas alguém tem que ajudar activamente durante a refeição	
3 – Alimenta-se com supervisão. Requer ajuda em colocar açúcar, leite ou outros aditivos, em barrar o pão com manteiga ou mesmo virar o prato	
4 – Independente na alimentação desde que o tabuleiro esteja preparado, excluindo o cortar a carne abrir pacotes ou garrafas ou tirar a tampa da caneca. A presença de outra pessoa não é requerida	
5 – O doente é independente, mesmo que o tabuleiro esteja numa mesa	

Arranjar-se dentro e fora da casa de banho	
1 – É totalmente dependente no arranjo pessoal	
2 – Requer ajuda em todos os aspectos do arranjo pessoal	
3 – Pode requer ajuda para vestir-se ou para transferir-se ou para lavar as mão	
4 – Necessita de supervisão como medida de segurança e pode requer ajuda para esvaziar ou limpar alguns instrumentos em especial durante a noite	
5 – O doente é independente, mesmo que use alguns dispositivos , urinol ou outros	

Subir escadas	
1 – O doente está impossibilitado de descer ou subir degraus	
2 – É requerida ajudar para descer e subir escadas, inclusive com ajuda de canadianas ou outros dispositivos	
3 – O doente é capaz de subir e descer mesmo que use canadianas mas necessita de supervisão e ou ajuda	
4 – Geralmente não requer nenhuma ajuda, por vezes requer supervisão para segurança	
5 – O doente sobe e desce lanços de escadas sem ajuda ou supervisão, embora possa utilizar dispositivos de compensação	

Vestir-se	
1 – O doente é totalmente dependente para se vestir e está impossibilitado de participar	
2 – O doente é dependente para se vestir mas consegue participar em certos passos	
3 – É necessário ajuda para vestir-se e ou despir-se	
4 – Necessita de ajuda no mínimo, requer ajuda para apertar botões fechados ou sapatos	
5 – O doente é independente para se vestir	

Função intestinal	
1 – O doente é incontinente na eliminação intestinal	
2 – O doente tem necessidade de ajuda para assumir a posição apropriada e necessita de técnicas facilitadoras para evacuar	
3 – O doente pode assumir a posição apropriada, mas necessita de ajuda para o uso de técnicas facilitadoras e tem acidentes com frequência . A assistência é requerida com ajuda em partes	
4 – O doente pode requerer supervisão como o uso de supositórios ou enemas e pode ter acidentes ocasionais	
5 – O doente controla o intestino e coloca os supositórios, ou leva um enema quando necessário	

Função urinária	
1 – O doente é totalmente dependente, ou é incontinente, ou está algaliado	
2 – O doente é incontinente mas pode ajudar com um dispositivo interno ou externo	
3 – O doente controla de dia, mas requer ajuda de noite e precisa de um dispositivo	
4 – O doente controla de dia e de noite, mas tem ocasionalmente acidentes requerendo ajuda mínima para dispositivos internos ou externos	
5 – O doente é independente mesmo que use dispositivos internos ou externos	

Transferências da cadeira e cama	
1.– Impossibilitado em participar em transferências. São necessárias duas pessoas para o fazer, com ou sem auxílios a meios mecânicos	
2 – O doente é capaz de participar mas necessita da ajuda de uma pessoa para todos os aspectos da transferência	
3 – O doente transfere-se mas requer ajuda de outra pessoa para algum aspecto da transferência	
4 – O doente transfere-se, só requer ajuda de outra pessoa como medida de confiança ou para promover a supervisão para segurança	
5 – O doente é independente em todas as fases da transferência, mesmo que use cadeira de rodas	

Mobilidade	
1 – O doente é totalmente dependente na mobilidade	
2 – O doente necessita de uma ou duas pessoas para ser mover	
3 – O doente requer ajuda a uma pessoa para alcançar a posição desejada	
4 – O doente é independente em deambular mas está impossibilitado de andar mais de 50 metros sem ajuda, ou de supervisão para confiança ou segurança	
5 – O doente é independente assume a posição de pé, senta-se e sabe colocar as ajudas nas posições de uso	

Alternativas à deambulação (só responder se o doente não se mobilizar)	
1 – Dependente para deambular em da cadeira de rodas	
2 – O doente tem capacidade para propulsar a cadeira de rodas em pequenas distâncias de pisos lisos , mas necessita de ajuda para todo o restante	
3 – O doente necessita da presença de uma pessoa constantemente para manipular a cadeira de rodas, para a mesa para a cama etc	
4 – O doente pode propulsar sozinho a cadeira de rodas por uma duração razoável em cima de terreno regular, pode necessitar de ajuda mínima em locais particulares	
5 – O doente deambula em cadeira de rodas de forma independente e contorna obstáculos e anda pelo menos 50 metros	

2.2 Dados Sociodemográficos do idoso dependente

2.2.1. Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

2.2.2 Idade_____

2.2.3. Etiologia da dependência_____

2.2.5. Estado Civil:

- ☐ Casado/União de Facto
☐ Solteiro
☐ Divorciado/Separado
☐ Viúvo

2.2.4. Dependente há _____Meses/Ano

2.2.6. Se Casado/União facto a idade do cônjuge_____

C – Inquérito aos familiares

Sou enfermeira da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, encontro-me neste momento a realizar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Estou a realizar um estudo sobre “Cuidar da Família com um idoso dependente em contexto familiar”.

Venho solicitar a sua colaboração e autorização para participar no estudo e para tal responder a este inquérito.

A sinceridade das suas respostas é fundamental na realização deste estudo. Não existem respostas certas ou erradas. As respostas que irá dar são confidenciais e os resultados serão anónimos.

Na primeira parte deste inquérito responda às perguntas que lhe irão ser colocadas colocando **X** na quadrícula correspondente. Nos grupos seguintes serão dadas as respectivas instruções de preenchimento.

Antecipadamente agradeço a colaboração e disponibilidade.

Família: Código 	Centro de saúde Código 	Grupo: Controlo ☐ Experimental ☐	Fase Investigação 1ª Fase ☐ 2ª Fase ☐

1. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino 2. Idade ____ anos	3. Estado Civil: ☐ Casado/União de Facto ☐ Solteiro ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo
4. Habilitações Literárias: ☐ Sem escolaridade ☐ 1º Ciclo ☐ 2º Ciclo ☐ 3º Ciclo ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento 5. Profissão: _____	6. Grau de Parentesco com idoso: 6.1- Qual o grau de parentesco para com o elemento dependente da sua família? ☐ Pai/Mãe ☐ Filho/Filha ☐ Marido/Esposa ☐ Tio/Tia ☐ Nora/Genro ☐ Neto/Neta ☐ Sobrinho/a ☐ Outro _____ ☐ Sem parentesco

3 - Dinâmica familiar

(Dinâmica familiar – Adaptação e coesão: FACES III – Olson, 1987)

No quadro que se segue irá encontrar 20 frases sobre a família. Leia cada uma delas cuidadosamente e responda de acordo com a opinião que tem acerca da sua própria família. Para isso, assinale com uma cruz ou um círculo o número que correspondente à sua resposta. Assinale apenas UMA resposta para cada frase. Exemplo:

	Quase nunca	Uma vez por outra	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
	1	2	3	4	5
Os membros da sua família pedem ajuda uns aos outros				X	

Descreva a sua família:		Quase nunca	Uma vez por outra	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
		1	2	3	4	5
1	Os membros da sua família pedem ajuda uns aos outros					
2	Para resolver os problemas são seguidas as sugestões dos filhos					
3	Aprovamos os amigos de cada um dos membros da família					
4	Os filhos têm uma palavra a dizer no que diz respeito à sua educação					
5	Gostamos de fazer as coisas com a nossa família mais chegada					
6	Na nossa família pessoas diferentes agem como líderes (que toma as decisões)					
7	Os membros da família sentem-se mais próximos de outros membros da família do que das pessoas de fora					
8	A nossa família pode mudar a maneira de executar as tarefas					
9	Os membros da família gostam de ocupar o tempo livre uns com os outros					
10	Os pais e filhos discutem os castigos conjuntamente					
11	Os membros da família sentem-se muito próximos uns dos outros					
12	Na nossa família são os filhos que tomam as decisões					
13	Quando a nossa família se junta para alguma actividade toda a gente está presente					
14	As regras podem mudar a nossa família					
15	Podemos facilmente pensar sobre coisas que a família possa fazer em conjunto					
16	Podemos trocar a responsabilidade das tarefas domésticas de uma pessoa para a outra					
17	Os membros da família consultam outros membros da família sobre as suas decisões					
18	É difícil identificar quem manda na nossa família					
19	A união familiar é muito importante					
20	É difícil dizer quem faz cada uma das tarefas domésticas					

Idealmente, como gostaria que sua família fosse:		Quase nunca	Uma vez por outra	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
		1	2	3	4	5
21	Os membros da sua família pedem ajuda uns aos outros					
22	Para resolver os problemas são seguidas as sugestões dos filhos					
23	Aprovamos os amigos de cada um dos membros da família					
24	Os filhos têm uma palavra a dizer no que diz respeito à sua educação					
25	Gostamos de fazer as coisas com a nossa família mais chegada					
26	Na nossa família pessoas diferentes agem como líderes (que toma as decisões)					
27	Os membros da família sentem-se mais próximos de outros membros da família do que das pessoas de fora					
28	A nossa família pode mudar a maneira de executar as tarefas					
29	Os membros da família gostam de ocupar o tempo livre uns com os outros					
30	Os pais e filhos discutem os castigos conjuntamente					
31	Os membros da família sentem-se muito próximos uns dos outros					
32	Na nossa família são os filhos que tomam as decisões					
33	Quando a nossa família se junta para alguma actividade toda a gente está presente					
34	As regras podem mudar a nossa família					
35	Podemos facilmente pensar sobre coisas que a família possa fazer em conjunto					
36	Podemos trocar a responsabilidade das tarefas domésticas de uma pessoa para a outra					
37	Os membros da família consultam outros membros da família sobre as suas decisões					
38	É difícil identificar quem manda na nossa família					
39	A união familiar é muito importante					
40	É difícil dizer quem faz cada uma das tarefas domésticas					

4 - Ambiente familiar

Escala do Ambiente Familiar EAF (Gonçalves e Coimbra, 2003)

Nas folhas que se seguem irá encontrar 54 frases sobre a família. Leia cada uma delas cuidadosamente e responda de acordo com a opinião que tem acerca da sua própria família. Não responda segundo o que as outras pessoas da sua família responderiam; queremos conhecer apenas a sua opinião. Para isso, assinale com uma cruz ou um círculo o número que correspondente à sua resposta. Assinale apenas UMA resposta para cada frase. Tem uma escala de 1 a 6 em que 1 significa **Discordar sempre** e 6 **Concordar sempre**, os outros valores são intermédios entre estes valores. Tem de escolher um número para cada afirmação.

Discordo sempre				Concordo sempre			
1	2	3	4	5	6		

1	Na minha família ajudamo-nos uns aos outros	1	2	3	4	5	6
2	Existem muitas regras na minha família	1	2	3	4	5	6
3	Na minha família costumamos discutir questões políticas e culturais	1	2	3	4	5	6

Discordo sempre				Concordo sempre			
1	2	3	4	5	6		

4	A minha família habitualmente vai à missa ao Domingo	1	2	3	4	5	6
5	Na minha família é importante sermos os melhores em tudo o que fazemos	1	2	3	4	5	6
6	Na minha família gostamos de fazer festas e de conviver com outras pessoas	1	2	3	4	5	6
7	Na minha família podemos falar abertamente de tudo que queremos	1	2	3	4	5	6
8	Ser pontual é muito importante na minha família	1	2	3	4	5	6
9	Na minha família costumamos assistir a conferências, peças de teatro e concertos	1	2	3	4	5	6
10	Na minha família costumamos rezar	1	2	3	4	5	6
11	Ter sucesso é muito importante para a minha família	1	2	3	4	5	6
12	Quando não estão a trabalhar, as pessoas da minha família gostam de se entreter com alguma coisa para se distraírem	1	2	3	4	5	6
13	Gostamos bastante de fazer coisas em família	1	2	3	4	5	6
14	Obedecer às regras é muito importante na minha família	1	2	3	4	5	6
15	Na minha casa, os programas de televisão com maior audiência são os de interesse cultural e artístico	1	2	3	4	5	6
16	Na minha família valoriza-se a celebração religiosa do Natal, Páscoa e outras festas	1	2	3	4	5	6
17	Na minha família acreditamos que para vencer na vida na vida temos que ser muito bons e competentes no que fazemos	1	2	3	4	5	6
18	Na minha família vamos com frequência ao cinema, a acontecimentos desportivos, festas...	1	2	3	4	5	6
19	Na minha família planeamos e organizamos o que é importante para todos com muito cuidado	1	2	3	4	5	6
20	Na minha família somos normalmente muito cuidadosos e organizados	1	2	3	4	5	6
21	As pessoas da minha família gostam de comprar livros, semanários e obras de arte	1	2	3	4	5	6
22	Na minha família acredita-se na vida para além da morte	1	2	3	4	5	6
23	Na minha família luta-se muito para subir na vida	1	2	3	4	5	6

24	Na minha família procuramos realizar actividades diversas nos tempos livres	1	2	3	4	5	6
25	Sentimo-nos muito unidos na minha família	1	2	3	4	5	6
26	As pessoas da minha família procuram manter os seus quartos arrumados	1	2	3	4	5	6
27	Na minha família costumamos ir visitar museus ou exposições	1	2	3	4	5	6
28	As pessoas da minha família orientam-se por princípios e normas religiosas	1	2	3	4	5	6
29	Na minha família procuramos fazer tudo para sermos os melhores	1	2	3	4	5	6
30	As pessoas da minha família costumam sair e ir passear	1	2	3	4	5	6
31	Na minha família falamos abertamente uns aos outros dos nossos problemas pessoais	1	2	3	4	5	6
32	Em minha casa as coisas são feitas sempre com cuidado para sermos competentes	1	2	3	4	5	6
33	Em minha casa gostamos muito de música , arte e literatura	1	2	3	4	5	6
34	Na minha família acredita-se em Deus	1	2	3	4	5	6
35	Os membros da minha família esforçam-se para serem os primeiros na escola e no trabalho/emprego	1	2	3	4	5	6
36	Podemos realmente contar uns com os outros na minha família	1	2	3	4	5	6
37	Primeiro o trabalho, depois a diversão "é o que se diz na minha família.",	1	2	3	4	5	6
38	Em minha casa gostamos mais de ler do que ver televisão	1	2	3	4	5	6
39	A Bíblia é um livro muito importante e sagrado para a minha família	1	2	3	4	5	6
40	Na minha família damo-nos mesmo bem uns com os outros	1	2	3	4	5	6
41	Na minha casa as regras estabelecidas são para se cumprir	1	2	3	4	5	6
42	As questões culturais, políticas e económicas são debatidas, com interesse, na minha casa	1	2	3	4	5	6
43	Na minha família acreditamos que se pecarmos seremos perdoados por Deus	1	2	3	4	5	6
44	Na minha família dedicamos muito tempo e atenção uns aos outros	1	2	3	4	5	6
45	Na minha família, as tarefas que cada um tem a realizar estão muito bem organizadas e definidas	1	2	3	4	5	6
46	Há pelo menos um elemento da minha família que se dedica a uma actividade cultural ou artística como: estudar piano, ballet, pintura...	1	2	3	4	5	6
47	Na minha família conversamos sobre várias coisas	1	2	3	4	5	6
48	Na minha casa quem define as regras básicas do funcionamento da família são os meus pais	1	2	3	4	5	6
49	Na minha família valoriza-se muito a leitura de livros científicos e de interesse cultural	1	2	3	4	5	6
50	A minha família conversa sobre as opções de cada um relativas à política e à religião	1	2	3	4	5	6
51	Na minha casa somos muito organizados no modo como gastamos o dinheiro	1	2	3	4	5	6
52	As pessoas da minha família valorizam-se mutuamente	1	2	3	4	5	6
53	Na minha família existe um grande controle sobre os compromissos que cada um tem de realizar	1	2	3	4	5	6
54	Na minha família geralmente arruma-se a cozinha a seguir às refeições	1	2	3	4	5	6

5 - Stress dos membros da família

(Brief Symptom Inventory -BSI – Derogatis; Spencer, 1997)

Em seguida estão listados alguns problemas que as pessoas por vezes têm. Por favor, leia atentamente cada um deles e assinale a alternativa de resposta que melhor descreve **EM QUE MEDIDA ESSE PROBLEMA LHE PROVOCOU STRESSE OU INCOMODOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Assinale apenas uma resposta para cada problema, e não deixe nenhum deles sem resposta.

As alternativas de resposta são:

0 = Nada 1 = Pouco 2 = Moderadamente 3 = Bastante 4 = Muito

Em que medida estes problemas lhe causaram stress ou incómodo:

1	Sentir nervosismo ou inquietação interior	0	1	2	3	4
2	Ter desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4

0 = Nada 1 = Pouco 2 = Moderadamente 3 = Bastante 4 = Muito

3	Ter a ideia de que os seus pensamentos podem ser controlados por Outra pessoa	0	1	2	3	4
4	Ter a sensação de que os outros são culpados da maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
5	Sentir dificuldade em recordar coisas	0	1	2	3	4
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
7	Ter dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
8	Ter medo de espaços abertos ou estar na rua	0	1	2	3	4
9	Ter pensamentos de pôr termo à vida	0	1	2	3	4
10	Ter a sensação de que não se pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
11	Ter pouco apetite	0	1	2	3	4
12	Assustar-se repentinamente sem qualquer razão	0	1	2	3	4
13	Ter ataques de fúria que não pode controlar	0	1	2	3	4
14	Sentir-se só, mesmo que esteja com outras pessoas	0	1	2	3	4
15	Ficar bloqueado quando está a fazer qualquer coisa	0	1	2	3	4
16	Sentir-se só	0	1	2	3	4
17	Sentir-se triste	0	1	2	3	4
18	Não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
19	Sentir-se atemorizado	0	1	2	3	4
20	Sentir os seus sentimentos feridos com facilidade	0	1	2	3	4
21	Sentir que as pessoas não são amáveis consigo ou que você não é bem aceite por elas	0	1	2	3	4
22	Sentir-se inferior a toda a gente	0	1	2	3	4
23	Ter náuseas ou mau estar no estômago	0	1	2	3	4
24	Sentir que os outros o observam ou falam de si	0	1	2	3	4
25	Ter problemas em adormecer	0	1	2	3	4
26	Ter de comprovar por várias vezes as coisas que faz	0	1	2	3	4
27	Ter dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28	Ter medo de viajar em autocarro, metro ou comboio	0	1	2	3	4
29	Sentir dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
30	Sentir ondas de calor ou de frio	0	1	2	3	4

31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque lhe metem medo	0	1	2	3	4
32	Sentir a “cabeça vazia”	0	1	2	3	4
33	Ter sensações de inchaço ou formigueiro em algumas partes do corpo	0	1	2	3	4
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35	Sentir-se sem esperança face ao futuro	0	1	2	3	4
36	Ter dificuldade de concentração	0	1	2	3	4
37	Sentir debilidade em alguma parte do corpo	0	1	2	3	4
38	Sentir-se tenso ou com os “nervos à flor da pele”	0	1	2	3	4
39	Pensar na morte ou em morrer	0	1	2	3	4
40	Sentir o impulso de bater, magoar ou prejudicar alguém	0	1	2	3	4
41	Sentir o impulso de estragar ou destruir coisa	0	1	2	3	4
42	Sentir-se constrangido pelas pessoas	0	1	2	3	4
43	Sentir-se incomodado em lugares concorridos, como no cinema ou quando vaias compras	0	1	2	3	4
44	Nunca se sentir ligado a ninguém	0	1	2	3	4
45	Sofrer de ataques de medo ou pânico	0	1	2	3	4
46	Envolver-se frequentemente em discussões	0	1	2	3	4
47	Sentir-se nervoso quando o deixam sozinho	0	1	2	3	4
48	Sentir que os outros não valorizam suficientemente os seus êxitos	0	1	2	3	4
49	Sentir-se tão inquieto que não consegue sequer permanecer sentado	0	1	2	3	4
50	Sentir-se inútil	0	1	2	3	4
51	Sentir que os outros se aproveitam de si, se lhes fosse permitido	0	1	2	3	4
52	Ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53	Ter a ideia de que algo não funciona bem na sua mente	0	1	2	3	4

6 - Escala de avaliação dos papéis familiares

Por ultimo no quadro que se segue vai encontrar frases sobre papéis familiares. Leia atentamente e responda com sinceridade de forma a preencher todas as perguntas efectuadas.

Exemplo de preenchimento:

Papéis Familiares	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Sempre	Não se aplica
1- Costuma tratar da manutenção da casa		X			
2- Liga para casa quando prevê chegar mais tarde				X	

Papéis Familiares	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Sempre	Não se aplica
1. Provedor ou Chefe de Família					
1-Quando necessita tomar decisões, consulta outros elementos da família					
2- Sente-se representante da sua família					
3- Em situações de conflito toma a defesa da sua família					
4- Costuma verificar ruídos suspeitos a meio da noite					
5- Numa multidão protege os membros da sua família					
6- Liga para casa quando prevê chegar mais tarde					
2. Dona de Casa					
7- Costuma tratar da manutenção da casa					
8-Costuma ajudar nas tarefas domésticas					
9-Costuma participar na confecção da comida					
10-Costuma ajudar na limpeza da casa					
11-Costuma fazer as compras para casa					
12-Costuma levar o lixo para a rua					
13-Costuma lavar a loiça/meter a loiça na máquina					
14-Costuma substituir o rolo de papel higiénico					
15-Costuma fazer a cama					
16-Costuma passar a roupa a ferro					
17-Costuma lavar roupa / colocar a roupa na máquina de lavar					
3. Cuidados externos à casa					
18-Costuma lavar o carro					
19-Costuma tratar do jardim					
20-Costuma fazer trabalhos de bricolage					
4. Prestador de cuidados à criança					
21- Tem tempo para cuidar dos seus filho (s) /neto (s)					
22- Costuma levar o seu filho /netos à escola					
23- Tem ajuda nos cuidados básicos dos seus filhos/netos					
24- Costuma dar banho aos seus filhos/netos					
25- Costuma dar de comer aos seus filhos/netos					
26- Costuma vestir os seus filhos/netos					

Papéis Familiares	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre	Se aplicável
27- Costuma ajudar os seus filhos/netos a ir ao WC ou mudar a fralda					
28- Costuma deitar os filhos/netos na cama					
29- Consegue ter tempo para brincar com os seus filhos/netos					
30- Consegue conciliar a sua profissão com os cuidados à criança					
31-Acompanha os seus filhos/netos a locais de interesse para eles (cinema, teatro, parque, ou outros)					
32-Acompanha os seus filhos/netos em actividades fora de casa					
33-Faz com os seus filhos/netos discussão sobre problemas sociais					
34-Costuma levar os seus filhos/netos à vacina					
5. Socializador					
35- Os vários membros da família relacionam-se com os vizinhos					
36- Você mantém relacionamentos próximos com vizinhos					
37- Os vizinhos costumam frequentar a sua casa					
38- Frequenta com assiduidade a igreja/religião					
6. Papel Sexual					
39- Mantém interesse pela sua vida sexual					
40- Desempenha um papel activo na satisfação sexual do seu parceiro					
41-O ambiente da família afecta o seu papel sexual					
42- Mantém afectividade com o seu parceiro					
43- Oferece ao seu cônjuge presentes					
44-Tem tempo para ouvir o seu companheiro quando ele tem um problema de saúde					
7. Terapeuta					
45-Costuma fazer consultas de rotina e exames de rastreio					
46-Costuma ser você comprar os medicamentos					
47- Preocupa-se com estado de saúde dos outros membros da família					
48-Costuma sugerir aos seus familiares para fazerem vigilância de saúde					
49-Quando alguém se magoa em casa presta os primeiros socorros					
50-Quando alguém está doente prepara os medicamentos tendo em conta a hora					
51-Quando alguém se queixa de alguns sintomas dá conselhos para ir ao médico					
52- Quando alguém se queixa de má disposição faz um chá					
53- Quando há alguém com cuidados em casa costuma ser você a fazê-los					
54- Quando algum familiar vai ao médico costuma acompanhá-lo					
55- Discute os problemas em família					
8. Organizador de actividades recreativas					
56- Costuma organizar festas em sua casa					
57- Tem tempo para actividades lúdicas/lazer com a família					
58- A família envolve-se nessas actividades					
59- Tem por hábito conversar ao telefone com familiares					
60- Tem por hábito ir de férias com a família					
61- Tem por hábito ver televisão com a família					
62- Tem por hábito organizar actividades de fim-de-semana					
63- Fazem actividades com amigos					
64- Tem por hábito criar momentos e conversas em família					
65-Durante o ano fazem festas em que convidam tios e primos					
66-Os parentes mais próximos costumam frequentar a sua casa					
67-Costuma manter contacto com os seus parentes					
68-Os seus familiares costumam ajudar quando a sua família necessita					
69-Mantém convívio com primos e segundos tios					

O meu sincero agradecimento pela atenção dispensada.

Anexo IV

ENTREVISTA AO CUIDADOR PRINCIPAL

ENTREVISTA AO CUIDADOR

- 1 – O que aconteceu de mais importante, no último mês, para o ajudar a cuidar do seu familiar?
- 2 – Mudou alguma coisa na sua vida familiar no último mês? Se sim o que aconteceu?
- 3 – Conte-me como é que se organiza a sua família para prestar cuidados ao idoso?
- 4 – Que cuidados presta ao seu familiar?
- 5 – Tem outros familiares que a ajudam a cuidar do idoso? Quem é que ajuda? Em que é que ajuda?
- 6 – Tem disponibilizado tempo para cuidar de si? No último mês mudou rotinas de trabalho para ter mais tempo para si?
- 7 – Conta com a ajuda de alguém para resolver os problemas do seu familiar?
- 8 – No último mês teve visita dos estagiários de enfermagem, em que medida é que eles contribuíram para melhorar o funcionamento da sua família?
 - 8.1 – De que lhe falaram?
 - 8.2 – O que lhe ajudaram a fazer?
 - 8.3 – O que é que lhe ensinaram?
- 9 – Quer-nos contar um acontecimento importante que surgiu no último mês?

Anexo V

ENTREVISTA ESTUDANTES

ENTREVISTA COM ESTUDANTES

- 1 – Descreva especificamente o que foi para si o estágio de saúde comunitária e tente organizar a sua resposta com os pontos fortes e os pontos fracos.
- 2 – Recorda-se de uma família que o tenha marcado durante esse estágio. Fale-nos dessa experiência.
- 3 – No início do estágio foi-lhe pedido para avaliar uma família com o instrumento A, B, C. Diga que dificuldades teve na sua aplicação e aponte aspectos positivos da sua utilização.
- 4 – Esteve integrado em equipas de saúde comunitária. É capaz de descrever lacunas que os serviços tem na assistência a famílias com idoso dependente ?
- 5 – Na equipa onde esteve integrado sentiu que os enfermeiros centravam as suas intervenções na família ou num ou vários elementos da família. Porque?
- 6 – Esteve integrado num programa de intervenção em famílias com idoso dependente. Do que foi abordado, o que é que conseguiu pôr em prática?
- 7 – Face á sua aprendizagem que dificuldades encontrou para implementar os conhecimentos adquiridos na formação extra curricular?
- 8 – Tem alguma proposta que poderia melhorar a construção das suas competências para intervir em famílias com idosos dependentes?

Anexo VI
PEDIDOS COLHEITA DE DADOS



Ministério da Saúde
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA

Largo Paulo Orósio – 4700 - 036 BRAGA - Tel. 253209200 / Fax 253615401 - E.mail srsbraga@srsbraga.min-saude.pt



Ex.mª Senhora
Enfermeira Isabel Maria Batista de Araújo
Escola Superior de Saúde de Vale do Ave
Rua José António Vidal, 81
4760-409 VILA NOVA DE FAMALICÃO

Sua Referência
carta

Data
Janeiro/2007

Nossa Referência
CSRS/DSS

Data

009616 2007 MAR 02

Assunto: **Recolha de dados**
“ Cuidar da Família com um idoso dependente em contexto familiar”

Na sequência da solicitação efectuada, através da carta acima referenciada, informa-se V.ª Ex.ª. que foi autorizada superiormente a implementação do instrumento de colheita de dados relativo ao estudo subordinado ao tema “ Cuidar da Família com um idoso dependente em contexto familiar”.

Com os melhores cumprimentos.

O DIRECTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE


José Garcia

/AP

SRS – 03/00.02

**Exmo. Sr. Presidente do Conselho Directivo da
Escola Superior de Saúde e Vale do Ave**

Assunto: Formação extracurricular a um grupo de alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem

Eu, Isabel Maria Batista de Araújo, enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Mestre em Ciências de Educação: Especialidade Educação para a Saúde, a exercer funções na Escola Superior de Saúde de Vale do Ave como Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, em nomeação provisória, encontro-me neste momento a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. No âmbito desta formação propus-me realizar um estudo subordinado ao tema: "Cuidar da Família com um idoso dependente em contexto familiar".

Com a realização deste estudo pretendo desenvolver um programa de treino de competências na área de enfermagem de família: Educação para a Saúde dirigido a famílias com idoso dependente no domicílio.

Para o desenvolvimento do experimento do estudo necessito de implementar uma formação. Considerando o meu envolvimento Institucional e como docente do curso de Licenciatura em Enfermagem, entendo constituir uma mais valia na formação dos alunos desta escola, a criação de uma formação extracurricular dirigida a um grupo de alunos voluntários do 3º ano durante Abril – Junho 2007 e Setembro – Outubro 2007.

Solicito, assim, junto de Vª Ex.ª a oportunidade de concretizar este projecto, assumindo o compromisso de respeitar as normas éticas inerentes ao processo de investigação.

O meu sincero agradecimento pela atenção dispensada.

Peço deferimento.

Isabel Araújo

V. N. Famalicão, Janeiro, 2007

*É de todo o interesse
para a ESSVA o
desenvolvimento deste
tipo de actividades.
Após consulta a Directora
do Departamento de Enfermagem
ujo o parecer também e positivo,
a ESSVA dará o apoio possível
para o sucesso deste trabalho
Assinado
17-1-2007*

Anexo VII

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO ESTUDANTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Sou estudante de Doutorado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, estando a realizar um estudo subordinado ao tema: “Cuidar da Família com um idoso dependente em contexto familiar”.

Para a elaboração deste estudo preciso de implementar um programa de treino de competências na área da intervenção de enfermagem de família: Educação para a Saúde dirigido a famílias com idosos dependentes no domicílio. Para tal solicito a colaboração para formação extracurricular de aproximadamente 45 horas a realizar em Abril – Junho 2007 e Setembro - Outubro 2007.

Desde de já agradeço a disponibilidade e colaboração

Investigador (Isabel Araújo)

Consentimento

Eu, _____ (nome completo), fui esclarecido sobre o estudo supracitado, e concordo em colaborar de forma livre e espontânea, responsabilizando-me pelo trabalho solicitado.

V. N. Famalicão, Janeiro 2007

Anexo VIII

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO FAMÍLIAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Sou estudante de Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, estou a realizar um estudo subordinado ao tema: “Cuidar da Família com um idoso dependente em contexto familiar”. Para a elaboração deste estudo a sua participação é importante para podermos analisar a realidade de famílias com idosos dependentes, as suas dificuldades e capacidade de lidar com os problemas que surgem.

Os dados recolhidos serão guardados de forma confidencial e nenhuma informação será comunicada com a sua identificação pessoal, em todos os questionaria será atribuído um código para garantir o anonimato.

Desde de já agradeço a disponibilidade e colaboração

Investigador (Isabel Araújo)

Consentimento Pós Informação

Eu, (*nome completo*) _____,
fui esclarecido/a sobre o estudo supracitado, e concordo em colaborar de forma livre e espontânea e permito que a informação recolhida seja utilizada estritamente para a realização deste estudo.

_____, ____ de _____ 200__

Assinatura: _____

ou impressão digital:

