VOLUME 6

RIAGE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA

Promoção do bem-estar da Família no cuidado ao Idoso Dependente

Maria Fonseca
ORCID: 0000-0002-0318-0161

Sandra Coito
ORCID: 0009-0006-0069-3849

Sofia Quelhas
ORCID: 0009-0001-8169-6489

Ana Gouveia
ORCID: 0009-0004-9947-1423

Ermelinda Marques
ORCID: 0000-0003-3024-8392

Informação do artigo
Recebido: 29/09/2024
Revisto: 16/10/2024
Aceite: 17/11/2024

RESUMO

A Família desempenha um papel fundamental no cuidado à pessoa idosa dependente. A Saúde Familiar constituiu um estado dinâmico de relativo bem-estar físico, psicológico, sociológico e cultural do sistema familiar. O Enfermeiro de família contribui na melhoria do bem-estar das famílias, no papel de prestadora de cuidados durante o processo de envelhecimento/doença. Objetivou-se dar resposta às necessidades familiares no cuidado ao idoso dependente e demonstrar o impacto da intervenção do Enfermeiro de Família. Estudo de caso qualitativo, descritivo exploratório, centrado no processo de intervenção familiar no âmbito dos Cuidados de Saúde Personalizados, utilizando como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Dados colhidos por entrevistas no domicílio e análise de registos no Sistema de Informação. Diagnosticado rendimento insuficiente, edifício residencial não seguro, precaução de segurança não demonstrada, saturação do papel de prestador de cuidados. Realizada referenciação para cuidados continuados integrados para motivação na implementação de estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas, articulação com poder local, redefinição de papéis, promoção do estatuto de cuidador informal, promoção de atividades de lazer, socialização familiar, estimulação da memória e motricidade fina. Obtiveram-se ganhos na saúde da família e diminuição da saturação do prestador. A abordagem diferenciadora do Enfermeiro de Família numa perspetiva de proximidade, focando-se nas áreas de atenção familiar prioritárias e nos diagnósticos de Enfermagem, tem um impacto significativo na melhoria da saúde das famílias no cuidado ao idoso, promove mudanças, apoia a família na resolução de problemas, otimiza o funcionamento familiar, alcançando ganhos em saúde familiares e individuais (idoso).

Palavras-chave: Enfermagem de Família; Avaliação de Enfermagem; Saúde da Família; Idoso; Cuidadores

INTRODUÇÃO

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2020), em 2020 o número de pessoas idosas com 60 anos ou mais a nível mundial era pouco mais de um bilhão - cerca de 13,5% da população global e até 2030 estima-se que 1 em cada 6 pessoas terá 60 anos ou mais. As estimativas populacionais da Organização das Nações Unidas para 2020, que incluíam informações sobre 151.718 pessoas idosas com 60 anos ou mais, sendo 68.456 homens (45%) e 83.262 mulheres (55%), revelaram que para 42 países em estudo, estes tinham uma população de 678,5 milhões de pessoas idosas, equivalente a 16% da população total desses países, e 65% de todas as pessoas idosas do mundo todo.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatistica (2021) em Portugal, a população residente era de 10 343 066, sendo que 2 423 639 tem mais de 65 anos, no entanto em termos territoriais as idades médias mais elevadas situam-se predominantemente no interior Norte e Centro do país, em contraste com o litoral e as Regiões Autónomas. Tendo em com conta os dados sobre o índice de envelhecimento, em 2021 Portugal tinha um índice de 182,07, significativamente superior a 2011 que era de 127,8.

O acelerado envelhecimento populacional, associado a uma proporção crescente de idosos com problemas de saúde complexos de longa duração, está a ampliar a necessidade de serviços de cuidados de longa duração (Costa-Brito et al., 2023).

O processo de aumento de idade é usualmente visto a nível biológico, isto é, uma junção de uma grande diversidade de prejuízos a um grau molecular e celular, que leva a um risco acrescido de contrair múltiplas patologias (Organização Mundial da Saúde, 2020). É importante considerar-se que as transformações não são constantes, contínuas ou mesmo coerentes e podem apenas ser moderadamente associadas à idade da pessoa. Subsistem outras mudanças relevantes, como a alteração dos papéis, funções sociais e o desenvolvimento da capacidade de saber enfrentar perdas de relações próximas.

Mas, se para a pessoa idosa, o cuidado em sua casa prestado pela sua família é o melhor para a sua saúde e bem-estar, em tudo difere do que acontece para o cuidador, pois cuidar de uma pessoa idosa compromete a qualidade de vida de quem cuida, sendo que estes enfrentam uma grande sobrecarga física, psicológica e emocional, com poucos apoios, quer sociais, quer familiares. A maioria dos cuidadores informais apresentam, comummente, depressão e ansiedade (Pereira & Carvalho, 2012).

Em Portugal, a família continua a ser a principal fonte de apoio ao idoso dependente. Deste modo, perspetivando a família como um sistema em que existe uma correlação entre os seus membros, quando a doença atinge um deles, esta confronta-se com a necessidade de definir e redefinir as relações familiares. Neste sentido, é importante que se compreenda, avalie as necessidades e dificuldades sentidas pelo familiar cuidador, uma vez que estas são interpretadas como fatores que limitam a qualidade do cuidado prestado (Martins, 2014).

A prestação de cuidados a idosos representa um encargo significativo para os cuidadores informais, quase sempre familiares, que muitas vezes têm de conciliar as suas responsabilidades de prestação de cuidados com o trabalho e outros compromissos. Estes enfrentam uma série de desafios e problemas, desde emocionais, sociais até questões financeiras, legais e laborais.

Urge, pois, formar e validar as competências dos cuidadores formais e informais para enfrentar os desafios que se avizinham acrescentando, tanto quanto possível, autonomia aos idosos, retardando os declínios cognitivo, físico e

promovendo um envelhecimento saudável. A Família desempenha um papel fundamental no cuidado à pessoa idosa dependente, enquanto prestadora de cuidados informais, enfrentando desafios que afetam tanto o bem-estar físico quanto o emocional dos seus membros, necessitando de gerir a carga emocional inerente à prestação de cuidados e de receber informações sobre os diferentes tipos de apoio disponibilizados por muitas instituições e associações existentes a nível regional, nacional e internacional (Costa-Brito et al., 2023).

Constituindo a saúde familiar um estado dinâmico de relativo bem-estar físico, psicológico, sociológico e cultural do sistema familiar, a enfermagem de família em articulação e parceria com equipas pluridisciplinares como as unidades de cuidados na comunidade destaca-se, também, pelo seu importante contributo na melhoria do bem-estar das famílias, no papel de prestadora de cuidados durante o processo de envelhecimento/doença.

A Enfermagem de Saúde Familiar inclui o indivíduo, a família e a comunidade, tem como objetivo a promoção, manutenção e recuperação da saúde, numa abordagem social complexa. Na prática dos cuidados de enfermagem de família pretende-se promover a mudança, ajudando as famílias a identificar os problemas, as estratégias de coping e os recursos, recorrendo a abordagens sistemáticas da família (Hanson, 2005).

O enfermeiro de família apoia as fases de desenvolvimento da família promovendo a sua autonomia e crescimento, conservando e restabelecendo a saúde familiar (Figueiredo, 2012) e contribui para a promoção da educação e da saúde, prevenção e deteção precoce de doenças, gestão da doença crónica e visita domiciliária, facilitando a capacitação da mesma, face às exigências e particularidades do seu desenvolvimento. O seu papel é de extremo interesse para estabelecer uma ligação entre os serviços de saúde e a família ao possuir competências e conhecimentos essenciais que lhe permitem intervenções focadas no cuidado à família (Decreto-Lei nº 118/2014), constituindo, não raras vezes o elo de ligação entre a família e os outros recursos e parceiros da comunidade, incluindo outros profissionais e especialidades, rede social de apoio e unidades de cuidados na comunidade. Porém, todo este processo só é possível depois de uma cuidada avaliação da família em todas as suas vertentes, embora existam outros modelos, neste estudo utilizou-se como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) resultante duma investigação da Professora Doutora Henriqueta Figueiredo com inicio em 2009, que consiste numa avaliação que tem como objetivo principal satisfazer as necessidades dos utentes e das suas respetivas famílias, mediante a avaliação são elaborados diagnósticos e planeadas intervenções de enfermagem, com o objetivo de solucionar os problemas identificados, alcançando assim ganhos em saúde.

Segundo Figueiredo (2012). o MDAIF é um orientador da prática de enfermagem no contexto da saúde familiar que tem em conta três dimensões e as respetivas áreas de atenção: estrutural (rendimento Familiar, edifício Residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico), de desenvolvimento (satisfação conjugal; planeamento familiar; adaptação à gravidez; papel parental) e funcional (papel do prestador de cuidados; processo familiar).

Este modelo concetual constituiu um referencial teórico orientador da prática dos enfermeiros de família, não afastando a responsabilidade do enfermeiro na tomada de decisão das áreas em que deverá intervir, atendendo sempre à complexidade única de cada família.

Concomitantemente a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar psicológico e emocional da família, particularmente em contextos onde múltiplas gerações convivem e enfrentam os desafios do cuidado e atua diretamente na mitigação dos impactos emocionais e psicológicos decorrentes do cuidado prolongado, promovendo estratégias que visam melhorar a qualidade de vida de toda a família.

Estes profissionais enfatizam a importância de intervenções que abordem tanto o bem-estar individual quanto o coletivo da família cuidadora. Segundo Sequeira (2018), é essencial reconhecer os sinais de burnout e stress emocional entre os cuidadores e implementar estratégias de apoio psicológico e emocional de forma contínua. O mesmo autor destaca que a terapia familiar pode ser transformadora ao proporcionar um espaço seguro para a expressão de sentimentos e resolução de conflitos, fortalecendo os laços familiares e promovendo um ambiente de apoio mútuo.

Uma avaliação abrangente da dinâmica familiar pelo enfermeiro especialista em saúde mental é essencial para identificar fontes de stress, conflitos e necessidades emocionais de cada membro da família. Este processo permite que o enfermeiro desenvolva intervenções personalizadas que atendam tanto às necessidades individuais como às do núcleo familiar como um todo. A compreensão dos fatores emocionais e relacionais no ambiente familiar é crucial para o planeamento de cuidados que promovam a coesão familiar e o bem-estar psicológico, potencializando a capacidade de enfrentamento e resiliência (Loureiro, 2014). De uma forma ampla e global a psicoeducação, a terapia familiar, o suporte psicológico continuo, a promoção de grupos de apoio e intervenções de relaxamento e bem estar são intervenções terapêuticas que o enfermeiro especialista em saúde mental, pode incluir no plano de cuidados de uma família que tenha ao seu cuidado um idoso/pessoa dependente.

Também os profissionais de Enfermagem de Reabilitação podem apoiar em qualquer e distinto momento do ciclo de vida, concretamente na fase de desenvolvimento na infância, na juventude, na idade adulta e na velhice. É recomendada a sua intervenção nas transições saúde/doença, numa enorme proximidade com a pessoa cuidada e o seu cuidador. Meleis (2012) por sua vez enuncia que o momento que deverá ter maior foco de atenção é a velhice, pois neste momento do ciclo de vida o plano de cuidados centra-se num processo de intervenção que atrase as perdas, potencie ganhos e capacite para a adaptação.

Guerreiro (2019) refere a importância que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem na melhoria imperativa da autonomia da pessoa fragilizada, nomeadamente nos autocuidados, promovendo a sua qualidade de vida e readaptação à nova condição adquirida. O processo de reaquisição e adaptação a uma incapacidade possibilita que a pessoa se ajuste a um novo sentido de vida e a um corpo que sofreu modificações. Quer seja em contexto hospitalar ou na comunidade são referidos ganhos na autonomia da pessoa aquando da intervenção do EEER.

O trabalho em equipe torna-se essencial para enfrentar a complexidade crescente das necessidades de saúde e a organização dos serviços de saúde o que se atribui às mudanças demográficas, como o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população e o crescimento das doenças crónicas, que exigem um acompanhamento a longo prazo. A organização dos serviços de saúde em equipes melhora por isso a resposta a essas demandas (Peduzzi et al., 2020).

Este estudo surge com o objetivo de dar resposta às necessidades da família no cuidado ao idoso dependente, elaborar um plano de intervenção e demonstrar o impacto da intervenção de enfermagem na saúde da família cuidadora.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de caso qualitativo, descritivo e exploratório, centrado no processo de intervenção familiar no âmbito da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em estreita articulação com a Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) parte integrante da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Foi utilizado o Referencial Teórico de Figueiredo (2012), o Modelo dinâmico de Avaliação e intervenção familiar. Os dados foram colhidos pelo método de observação e entrevista no domicílio, utilizando como guia orientador a matriz operativa do modelo, e através análise do processo de enfermagem no sistema de informação (SI) sclínico.

Após o preenchimento do consentimento informado pelo representante da família em estudo, realizaram-se seis entrevistas no domicílio no período compreendido entre maio e junho de 2023. No decorrer do estudo, a família foi designada por "T", bem como os nomes de todos os elementos da família foram representados por letras do alfabeto, aleatórias e em maiúsculas.

A Família que designamos por T, foi referenciada para ECCI/UCC pela Equipa de Família após vários internamentos hospitalares prévios da pessoa mais idosa do agregado. Para a avaliação das estruturas interna e externa da família recorreu-se ao genograma e ao ecomapa como instrumentos de avaliação familiar e para a avaliação sócio-económica da família, foi aplicada a Escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001), permitindo qualificar a sua classe social, antecipando contextos de risco. A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe foi usada para identificação de eventos familiares geradores de stresse, facilitando a identificação da "relação entre os níveis de stresse decorrentes de transições familiares e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas num ou em vários membros da família" (Figueiredo, 2012, p. 96). Utilizou-se o instrumento APGAR Familiar para avaliar a perceção dos elementos da família sobre a sua funcionalidade. A Escala de Faces II (versão portuguesa de Otília Fernandes (1995) permitiu avaliar duas dimensões do funcionamento familiar, a coesão e adaptabilidade familiares e classificar o tipo de família. A utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal ou Escala de Zarit (2010), validada para a população portuguesa é fundamental no contexto da intervenção em saúde mental e permitiu quantificar o nível de stress e exaustão do prestador de cuidados, fornecendo dados objetivos para direcionar intervenções específicas.

Atendendo às áreas de atenção avaliadas e consideradas prioritárias na família em estudo, a enfermeira de família em estreita articulação com as enfermeiras da UCC, realizaram uma abordagem colaborativa e estabeleceram intervenções com vista à capacitação e maximização do estado de saúde da família, de modo a contribuir para a manutenção do seu funcionamento familiar e simultaneamente responder às necessidades individuais década um dos seus membros.

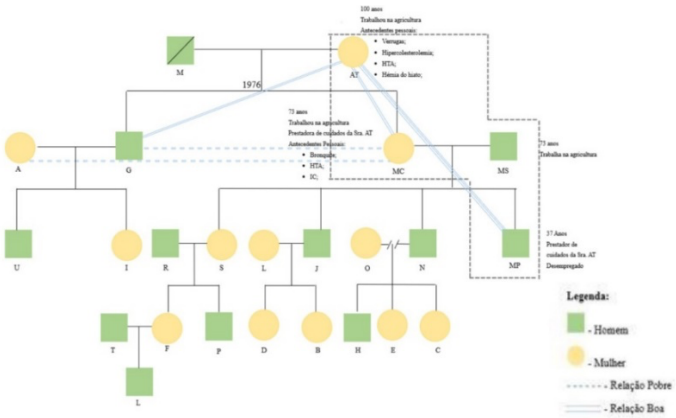
RESULTADOS

O presente estudo foca-se numa família alargada, uma vez que era constituída por quatro elementos, de nacionalidade portuguesa, raça caucasiana e residentes num meio rural, num concelho da beira interior.

Formavam esta família a Sra. AT do sexo feminino, nascida em 1922, apresentando 100 anos de idade e sem escolaridade. Não cumpria o esquema vacinal conforme o Programa Nacional de Vacinação (PNV), antecedentes pessoais de hipercolesteremia, hipertensão arterial, hérnia do hiato e verrugas; a Sra. MC, do género feminino, nascida em 1950 e apresentando 73 anos, filha da Sra. AT prestadora de cuidados principal da mãe, reformada, com o terceiro ano de escolaridade, cumpria o PNV e tinha como antecedentes pessoais bronquite, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca; o Sr. MS cônjuge da Sra. MC, nascido em 1950, apresentando 73 anos, reformado, com o terceiro ano de escolaridade, cumpria o PNV e não apresentava antecedentes pessoais de doença; o Sr.MP nascido em 1986 com 37 anos de idade, filho mais novo do casal, possuía o nono ano de escolaridade, desempregado, apoiava a mãe nos cuidados à avô, cumpria o PNV e não apresentava antecedentes pessoais de doença.

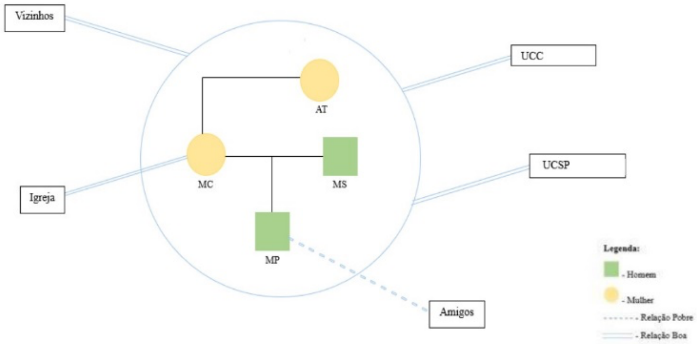
Para melhor compreensão da Família T recorreu-se à elaboração do genograma (Figura 2)

Figura 2



Genograma da Família T

Para analisar as interações da família T com o meio externo (sistemas mais amplos), elaborou-se o ecomapa (Figura 3) que esquematiza as ligações da família a pessoas e estruturas sociais mais ou



menos significativas, incluindo a rede de suporte social e comunitária do meio em que se insere.

Figura 3

Ecomapa da Família T

No que concerne à avaliação estrutural, constatamos que, segundo a escala de Graffar Adaptado a família insere-se na classe média baixa, coabitam em habitação própria de grau III com existência de barreiras arquitetónicas, com abastecimento de água e saneamento da rede pública, em bom estado de conservação, com eletrodomésticos essenciais, com boa ventilação e luz natural. Como animal doméstico tinham um cão e um gato, que se encontravam no exterior da habitação, vacinados e desparasitados. A idosa de 102 constituía o único elemento que não apresentava o Plano Nacional de Vacinação atualizado.

A família em estudo não apresenta precauções de segurança em relação à existência de barreiras arquitetónicas e não demostra conhecimento acerca de estratégias de adaptação às mesmas,

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.293

uma vez que a residência apresenta degraus sem proteção e um piso desnivelado e sem corrimão. Em relação ao aquecimento da habitação, o mesmo é realizado através do uso de lareira que se encontra com a proteção adequada, assim como, através de termoventiladores, a habitação apresentava alguma humidade, mas a casa era arejada frequentemente. Relativamente à higienização da habitação a mesma é cumprida, quer ao nível de organização, quer ao nível de limpeza, no entanto esta tarefa é maioritariamente da Sra.MC e do Sr. MP.

Relativamente à dimensão do desenvolvimento verificou-se que a satisfação conjugal se mantinha e o papel parental era adequado.

Na dimensão funcional começou-se por abordar a existência de um membro da família dependente, a Sra. AT, cuja prestadora de cuidados era a Sra. MC. A centenária era dependente em todos os autocuidados (higiene, vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, atividades de lazer, atividade física, gestão do regime terapêutico, autovigilância e autoadministração de medicamentos). A prestadora de cuidados apresentava comportamentos de adesão, no entanto, detetaram-se conhecimentos insuficientes no que respeitava aos autocuidados vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, atividade recreativa, atividade física e autovigilância. Em relação ao papel de prestador de cuidados não existia conflito de papel, havendo consenso, mas constatou-se saturação deste papel, por sobrecarga.

O processo familiar de acordo com Figueiredo (2012) foca-se nos esquemas de correlação familiares, dentro destes podem destacar-se cinco extensões funcionais que são a comunicação familiar, as interações entre os membros da família, a relação dinâmica, as crenças da família e o coping familiar, tudo com o propósito de detetar as necessidades de alteração no funcionamento familiar, o que possibilita estudar a família como sistema co-evolutivo que é um complexo único e multidimensional.

Através da utilização da escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe podemos afirmar que a família em estudo apresenta uma baixa probabilidade de incidência de doença, obtendo um score de 124 pontos.

Observou-se uma boa interação de papéis e inexistência de conflitos quanto aos papéis de provedor, de gestão financeira, de parente e recreativo e averiguou-se a existência de uma comunicação familiar eficaz entre os seus membros. Relativamente à funcionalidade familiar através da aplicação do questionário de Apgar familiar verificamos que esta família se perceciona como sendo uma família altamente funcional. Com a aplicação da Escala de Faces II concluiu-se que são uma família muito ligada quanto à coesão e uma família muito flexível em relação à adaptabilidade, inferindo que estávamos perante uma família equilibrada.

Utilizando a escala de Zarit, verificou-se que o cuidador principal apresentava uma sobrecarga intensa (com um score de 70), tendo sido diagnosticada exaustão emocional, sintomas de depressão entre cuidadores, sentimento de isolamento e sobrecarga psicológica.

De acordo com Figueiredo (2012) as crenças familiares englobam as expectativas e objetivos da família face aos problemas identificados, as crenças sobre os mesmos problemas e as crenças sobre mudança, integrando, também, os pontos fortes e preocupações relacionadas com o problema de saúde atual. Relativamente às crenças religiosas da família em estudo constatou-se que a mesma tem uma ligação forte com a igreja principalmente a Sra. AT e a Sra. MC que apresenta a igreja e a religião como uma grande fonte de apoio. Pode-se concluir que todos os elementos do agregado familiar são católicos praticantes, exceto o Sr. MP. Em termos espirituais, a família tem

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.293

esperança num futuro melhor, sendo que na base das suas escolhas e ações são igualmente ponderadas as suas experiências anteriores. Quanto à existência de crenças sobre a família, a família T diz acreditar na família enquanto unidade e na sua harmonia. Seguem os padrões da cultura portuguesa no que concerne a hábitos e costumes. Quanto à intervenção dos profissionais de saúde, a família valoriza a sua intervenção e acredita que os cuidados que lhe são prestados vão trazer ganhos à sua saúde, demostrando uma boa recetividade e revelando comportamentos de adesão. Consideram-se satisfeitos com a colaboração de ambas as equipas e mantêm a expectativa de que esta minimizará as suas necessidades.

Em relação à família em estudo e tendo em conta os dados recolhidos e compilados durante as consultas realizadas, foram elaborados os seguintes diagnóstico e propostas de intervenções que se encontram presentes nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Propostas de intervenção relativas à dimensão estrutural

Diagnósticos	Intervenções
Rendimento Familiar Insuficiente	• Orientar para os Serviços Sociais (Segurança Social e Município) • Promover o requerimento de Apoio à dependência • Promover o requerimento do estatuto do cuidador informal • Promover a gestão do rendimento familiar
Edifício residencial não seguro • Precaução de segurança não demonstrada: ✓ Existência de Barreiras arquitetónicas. ✓ Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas não demonstrado.	• Ensinar/Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas • Aconselhar a colocação de rampas para adaptação das barreiras arquitetónicas • Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas nas divisões mais usadas (Retirar obstáculos, tapetes e carpetes, etc.) Orientar para apoios da junta de freguesia para adaptação do acesso à residência

Tabela 2 - Propostas de intervenção relativas à dimensão funcional

Diagnósticos	Intervenções
Papel do prestador de cuidados não adequado <u>Conhecimento do Papel do prestador de cuidados não demonstrado</u> Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre o autocuidado Vestuário, Comer, Beber, Ir ao sanitário, Atividade recreativa e Atividade física não demonstrado	Estimular a independência no/a: - Autocuidado do vestuário; - Ensinar PC sobre adequação do vestuário ao clima; - Ensinar/ Instruir/ Treinar PC sobre técnica para vestir e despir - Autocuidado Comer (planear dieta); - Ensinar PC sobre padrão alimentar adequado; - Planear dieta com o PC; - Ensinar/ Instruir/ Treinar PC sobre técnica de alimentação (oral). - Autocuidado beber (promover a ingestão de líquidos); - Ensinar PC sobre padrão de ingestão de líquidos; - Planear estratégias de ingestão de líquidos com o PC; - Ensinar/ Instruir/ Treinar PC sobre técnica de administração de líquidos - Autocuidado ir ao sanitário - Ensinar/ Instruir/ Treinar PC sobre equipamentos adaptativos - Autocuidado atividade recreativa (Ensinar PC sobre promover atividades de lazer do dependente – rituais em família) – Socialização Familiar; - Autocuidado atividade física (mobilização e equipamentos adaptativos); - Ensinar / Instruir / Treinar PC sobre técnicas de mobilização, treino de marcha e levante; - Promover a Auto vigilância - Explicar ao PC sobre a importância de marcação e comparência a consultas - Ensinar métodos de marcação de consulta e pedido de renovação de receitas de medicação crónica - Ensinar sobre estimulação cognitiva/memória através de jogos; - Ensinar sobre estimulação e preservação da motricidade fina;
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar a saturação do papel; Promover estratégias de coping para o papel; Motivar para a redefinição de papeis pelos membros da família (Neto assume o papel de cuidador principal); Explicar/ promover/ motivar o requerimento do estatuto de cuidador informal;

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.293

Saturação do papel de prestador de cuidados	Ensinar PC a importância de manter atividades de lazer; Ensinar técnicas de relaxamento e bem-estar Promoção de passeios em Família (Tempo de Qualidade) Rituais em Família Referenciar para apoio psicológico e promover integração de grupos de apoio

DISCUSSÃO

Figueiredo (2007) evidência que muitos cuidadores manifestam dificuldade em enunciar e conceber as suas dificuldades, sobretudo quando desconhecem as respostas formais existentes. Da mesma forma no presente estudo foi possível constatar a falta de conhecimento sobre a existência de respostas formais, nomeadamente do estatuto do cuidador informal e do complemento de dependência, daí que "a ação dos profissionais de saúde é fundamental para dotar os cuidadores com competências cognitivas (informação), competências instrumentais (saber fazer) e competências pessoais (saber lidar com)". Torna-se de extrema importância a avaliação das dificuldades do cuidador, pois tal avaliação possibilita a adequação das respostas e apoios sociais (Sequeira, 2010).

Por sua vez, também Martins (2014) na sua investigação considera que o suporte ao familiar cuidador é fundamental, pelo papel preponderante no cuidado ao idoso dependente.

O Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de seis de setembro, atualizada a oito de fevereiro de 2024 (lei nº 28, 2024), constituindo um conjunto de normas que regulam os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada estabelecendo as respetivas medidas de apoio, assim como o Decreto Regulamentar nº 1/2022, de 10 de janeiro que estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto do cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas surgem para responder a algumas dessas necessidades conferindo visibilidade ao seu desempenho na sociedade atual.

Tal como este estudo, outras investigações têm evidenciado que os familiares cuidadores do idoso dependente no domicílio demonstram que são várias e diferentes as necessidades com que se deparam no seu quotidiano, como suporte formal e informal, formação/conhecimento sobre os cuidados, ajudas técnicas, disponibilidade financeira e de tempo para si, rede de apoio e acompanhamento, reconhecimento do papel de cuidador informal através de políticas sociais e dificuldades como conciliação das atividades profissionais e sociais ou a falta de motivação, tornando o cuidador familiar num alvo dos cuidados de Enfermagem (Martins,2014; Pereira, 2018; Soares & Sousa, 2021). Este caso em estudo vem confirmar estas pesquisas, pois foi notória a falta de informação sobre os recursos e benefícios existentes, considerando que as dificuldades se focam particularmente ao nível do autocuidado. Da mesma forma este estudo vem corroborar Martins (2014) ao afirmar que, com o desenvolver da dependência do idoso há necessidade de adotar a estratégia de procura de adaptação de utensílios e do espaço arquitetónico da habitação de acordo com as necessidades e que os espaços físicos reduzidos, a par com as barreiras arquitetónicas, os difíceis acessos e escadas, condicionam a família na adaptação a esta nova situação.

O presente estudo veio também corroborar os resultados de um estudo com 78 cuidadores que concluiu que as dificuldades dos cuidadores informais assentam no cansaço físico e psíquico pelo acumular de funções (Ricarte, 2009), pois constatou-se que o prestador de cuidados apresentava saturação do papel o que levou à redefinição do papel de cuidador principal fundamentando a intervenção da Enfermagem de

família e de um trabalho de parceria entre unidades e profissionais, pois como afirmava Viegas e Rodrigues (2022), prevenir ou minimizar o risco de sobrecarga, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento, as atividades de autocuidado são estratégias que a enfermagem usa para cuidar e apoiar as pessoas e as famílias a elaborar os processos de transição de forma mais saudável.

Obtiveram-se, com a intervenção colaborativa das enfermeiras de ambas as unidades funcionais, ganhos em saúde familiar, apesar da família em estudo continuar a apresentar um rendimento insuficiente, já que tendo obtido o complemento por segunda dependência decidiu não requerer o estatuto de cuidador informal, mesmo preenchendo todos os requisitos para o efeito e estando devidamente informada sobre a sua existência. Consideramos, no entanto, que a obtenção de ganhos se observaram sobretudo no aumento da literacia desta família que pode assim tomar as suas decisões de forma esclarecida e informada. Adquiriu, ainda, conhecimentos significativos sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e habilidades que a capacitaram para um melhor cuidado e com maior segurança e conforto à pessoa idosa dependente, resultando num papel de prestador de cuidados adequado, bem como num aumento de conhecimento acerca da existência dos recursos da comunidade e outros benefícios sociais registados.

Salienta-se um dos maiores ganhos obtidos com a intervenção de Enfermagem nesta família que se consubstanciou na redefinição de papéis com a transição do papel de cuidador principal da filha para o neto, que se encontrava desempregado, reduzindo a saturação do papel do prestador de cuidados que transitou para secundário.

Outros ganhos promovidos com a intervenção de Enfermagem interdisciplinar nesta família prendem-se com a estimulação cognitiva e da motricidade fina que se traduziram numa melhoria do bem-estar da utente dependente e, ainda, com um maior tempo de qualidade em família e melhor interação entre os seus membros. Pode-se afirmar que foi possível alcançar o empoderamento desta família sobre estratégias de readaptação familiar, produzir mudanças positivas e melhorar o seu bem estar, apoiando-a nos seus problemas e mantendo a sua funcionalidade, através de uma Intervenção de Enfermagem centrada na família como um todo e não apenas em cada um dos seus membros, numa perspetiva sistémica e ação colaborativa em equipa, interdisciplinar com a família.

Apesar deste tipo de estudo se reportar a um único caso considera-se que o mesmo vem aprofundar conhecimento sobre as dificuldades e necessidades das famílias que têm idosos dependentes ao seu cuidado, com limitações, particularidades e alterações decorrentes do envelhecimento e aumento da esperança média de vida, podendo ser um ponto de partida para a realização de estudos e análises de outras famílias em condições semelhantes, utilizando a mesma metodologia e promovendo ganhos em saúde. Pese embora essas limitações, acredita-se que este estudo ao abordar uma problemática tão premente e atual, indicando pistas para estudos futuros vem contribuir para a melhoria da prática de enfermagem e comprovar o impacto positivo no bem-estar da família em estudo.

CONCLUSÃO

A abordagem diferenciadora da Enfermagem de Saúde Familiar numa perspetiva sistémica e de proximidade focando-se nas áreas de atenção prioritárias e nos diagnósticos, tem um impacto significativo na melhoria da saúde das famílias no cuidado ao idoso, promove mudanças, apoia e orienta a família na resolução de problemas, resultando em ganhos em saúde familiar.

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.293

A articulação entre as Unidades Funcionais e interprofissional mediada pelo Enfermeiro de família promove: melhoria continua na qualidade dos cuidados prestados; resposta atempada às necessidades da família, maior sentimento de segurança e conforto nos cuidados prestados. O acompanhamento ao utente/família/cuidadores em rede e no seu contexto domiciliário possibilita a promoção da autonomia, melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação, reinserção familiar e social e maximização da qualidade de vida da família resultando numa diminuição dos internamentos/institucionalização e consequentemente em menores gastos em saúde e numa maior satisfação e funcionalidade familiar.

REFERÊNCIAS

Brito, A. R.; Bovoloni, A..; Lopes, A.V.,Ferencz, A., Suchánková, B., Angélico, B., Vaz, C, Albrecht, D., Freitas, E., Marques, E., Gonçalves, E., MacourKova, E., Margallo, F.M.S., Pánková, J., Carrasco, J.B.P., Morán, J.F.O., Berner-Juhos, K., Kostyál, L.A., Zanker, M., …. Vila-Chã, C. (2023). Cuidador, o seu papel na promoção do envelhecimento saudável. Livro Branco Digital (Portugal). Instituto Politécnico da Guarda. https://educage-project.eu/pt/elementor-2271/

Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, n° 149/2014. https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561

Decreto Regulamentar n.º 1/2022 da Presidência de Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: I Série, n° 6/2022. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar/1-2022-177363476

Figueiredo, D. M. P. de. (2007). Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência: abordagem multidimensional das (dis)semelhanças [Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro] Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. http://hdl.handle.net/10773/4664

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusodidacta

Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação.(2a ed.). Phyladelphia: Lusociência

Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I série, n.º 171/2019. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714

Lei n.º 20/2024, da Assembleia da República. (2024). Diário da República: I série, n.º 28/2024. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/28-2024-840689102

Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Leal, V., & Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: Sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. Cadernos De Saúde, 3(2), 13-19. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2806

Guerreiro, M. I. Q. (2019). A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para os Autocuidados [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Setúbal http://hdl.handle.net/10400.26/28681.

Instituto Nacional de Estatística (2022). Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos.
https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079

Martins, O. S. P. (2014). A família do idoso dependente: análise das

necessidades/dificuldades no cuidar no domicílio. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositorio.ipvc.pt. http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1291

Meleis, A. (2012) Theoretical Nursing Development & Progress (5ª edition). Philadelphia: Wolteres Kleimen

Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. da ., & Souza, H. S. de . (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trabalho, Educação E Saúde, 18, e0024678. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246

Pereira, M. S. M. (2018). Cuidadores informais: Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Portalegre. http://hdl.handle.net/10400.26/28267

Ricarte, L. F. C. S. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Institucional da Universidade do Porto https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf

Rodrigues, F., & Viegas, L. (2022). Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. Revista De Investigação & Inovação Em Saúde, 5(1), 97–111. https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.197

Sequeira, C. A. C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental (2ºed): Lidel – Edições Técnicas.

Silva, M. J. P. (2018). Cuidar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Guanabara Koogan.

Soares, P. & Sousa, S.M.(2021, ago.). Crónica Importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa – Função do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23654/ago-2021.pdf

World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/338677

Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L. M. M. d., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação na idade adulta e velhice. In O. Ribeiro (Ed.), Enfermagem de reabilitação conceções e práticas (pp. 154-163). Lidel- Edições técnicas, Lda. https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/33630

Sousa, L. M. M., Martins, M. M., & Novo, André. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3(1), 64-69.https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

A(s) autor(as) declara(m) que não há conflito de interesse.