



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**A RESILIÊNCIA FAMILIAR: O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO PROCESSO
DE CUIDAR A FAMÍLIA E A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA**

Verónica Fernandes Raposo

Leiria, abril de 2020



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**A RESILIÊNCIA FAMILIAR: O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO
PROCESSO DE CUIDAR A FAMÍLIA E A PESSOA COM DOENÇA
CRÓNICA**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Verónica Fernandes Raposo nº 5170000

Dissertação orientada pela Professora Doutora Helena da Conceição Borges Catarino

Leiria, abril de 2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino, por estar sempre disposta a ajudar-me, por toda a paciência, no fim de todos os contratemplos e todo o carinho com que sempre me recebeu.

Agradeço à Naturidade por toda a disponibilidade e amor com que me tratam. Principalmente a todos os meus colegas queridos, que me aturam, que me mimam e fazem de mim a enfermeira que sou hoje.

Agradeço, em particular, à minha colega e amiga Célia Leal. Sem dúvida que sem ela esta caminhada tinha sido muito menos divertida.

Agradeço à minha família, ao meu namorado e aos meus amigos por nunca me deixarem desistir, acreditando nas capacidades que eu julgo, algumas vezes, não existirem. O amor tem destas coisas.

Agradeço ainda, a todos os utentes que trabalho diariamente. Sem eles seria impossível a realização deste estudo. Todos os dias convivo com pessoas com histórias e doenças difíceis que me ensinam o que resiliência quer dizer. Eles sim são reais exemplos de vida que ajudam a conhecer-me como ser humano, que me obrigam a crescer e a repensar o que é isto de ser enfermeira. É por todos eles que este trabalho faz sentido, é por eles que me esforço em dar o melhor que há em mim, sem nunca esquecer que tudo o que sei é muito pouco para aquilo que eles me irão, sempre, ensinar.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DP	Desvio Padrão
FRAS	Family Resilience Assessment Scale
M	Média
N	Amostra
n°	Frequência Absoluta
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
UCC	United Nations Childrens Fund
Xmin.	Valor Mínimo
Xmax.	Valor Máximo
%	Frequência Relativa

RESUMO

O conceito de resiliência familiar menciona que uma família se pode tornar mais resiliente através de experiências vividas no decorrer do ciclo vital, em interação com o meio envolvente. Em todas as famílias são vivenciadas situações de stress e momentos de crise, como a descoberta da doença crónica. O convívio familiar com a doença crónica pode tornar-se desgastante para os membros da família, principalmente para o cuidador informal. Torna-se essencial os enfermeiros de saúde familiar adotarem cuidados que visem ao aumento da resiliência familiar, potenciando a família a ultrapassar a crise, readaptando-se.

Este estudo teve como objetivos: conhecer o perfil de resiliência familiar de uma amostra de cuidadores informais em doentes com doença crónica; identificar quais os recursos comunidade que promovem a resiliência da família; avaliar a relação entre os fatores sociodemográficos familiares e a resiliência familiar.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, de carácter descritivo, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 26 cuidadores informais de utentes institucionalizados nas Unidades de Cuidados Continuados, pertencentes ao grupo Naturidade. Foi aplicado um questionário relativo à caracterização sociodemográfica e um questionário que avalia a resiliência familiar, denominado de Family Resilience Assessment Scale, adaptado para a população portuguesa.

Verificou-se que a amostra apresentava um elevado nível de resiliência familiar ($M=170,23$; $DP=14,49$). Apesar 92,3% dos questionados referirem não recorrerem a ninguém perante a dificuldade, os mesmos assinalam em 65,4% recorrer aos vizinhos, em 57,7% aos sistemas de saúde, em 50% a outros familiares e em 96,2% à igreja. Foi verificado que não existe correlação estatisticamente significativa entre a resiliência familiar e a idade do inquirido ($p>0,005$). Da mesma forma, foi possível observar que não existe correlação estatisticamente significativa entre a resiliência familiar e o género da amostra ($p>0,005$).

Palavras-chave: Enfermagem; Família; Resiliência; Resiliência Familiar

ABSTRACT

Familiar resilience is defined as the ability of one family to become more resilient, through the experiences occurred in its vital cycle, interacting with the environment. All families experience crisis moments and stress situations, like a chronic disease. Coexisting with it can be exhausting for the family members, specially to the informal caregiver. It is essential that family health nurses can care them on a way that their family resilience can increase, so they can overtake crisis, readapting themselves.

This study's goal: to understand the family resilience profile of a sample of informal caregivers, containing chronic disease patients; to identify which community resources available can improve the family resilience; to evaluate the relation between family social demographic factors with family resilience.

A quantitative, transversal and descriptive study was done, in a non-probabilistic for convenience sample, with 26 informal caregivers of institutionalized patients of long-term care units, belonging to the group Naturidade. A questionnaire was done, related to the sociodemographic characterization and a questionnaire that evaluates the family resilience, named Family Resilience Assessment Scale, adapted to the Portuguese population.

It was verified that the sample presented a high level of family resilience ($A=170,23$; $SD=14,49$). Although 92,3% of the questioned refer not to ask anyone for help, 65,4% of them refer to ask to the neighbors, 57,7% to the health systems, 50% to other related family and 96,2% to the church. No statistically significant correlation between the family resilience and the age of the questioned caregivers was verified ($p>0,005$). The same way, it was possible to verify that no statistically significant correlation exists, relating family resilience and caregiver's gender ($p>0,005$).

Key words: Nursery; Family; Resilience; Family Resilience

ÍNDICE

	ÍNDICE DE TABELAS	xiii
	ÍNDICE DE QUADROS	xv
	INTRODUÇÃO	17
1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1.	A RESILIÊNCIA FAMILIAR	19
1.2.	O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR E A VISITA DOMICILIÁRIA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	25
2.	METODOLOGIA	35
2.1.	TIPO DE ESTUDO	35
2.2.	PROBLEMÁTICA DO ESTUDO E OBJETIVOS	35
2.3.	POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
2.4.	INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	36
2.5.	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	37
2.6.	TRATAMENTO DE DADOS	38
3.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	40
3.1.	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	40
3.2.	CARACTERIZAÇÃO DA RESILIÊNCIA FAMILIAR	41
3.3.	TESTE DE HIPÓTESES	42
3.4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
4.	CONCLUSÃO	49
	BIBLIOGRAFIA	52
	APÊNDICES	
	APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	

APÊNDICE II - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EM QUE SE
REALIZOU O TRABALHO E AUTORIZAÇÃO AUTORA DA ESCALA
FRAS

APÊNDICE III- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPL

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Resultados da Aplicação do Teste de Normalidade	
Tabela 2	Caracterização Sociodemográfica da amostra	
Tabela 3	Medidas de tendência central, dispersão e variabilidade das variáveis de controlo na escala FRAS	
Tabela 4	Matriz de correlação de Spearman entre a resiliência familiar e a idade dos inquiridos	
Tabela 5	Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre a resiliência familiar e o sexo dos inquiridos	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Resumo dos processos-chave de resiliência familiar de Walsh 1998
----------	--

INTRODUÇÃO

Todas as famílias são únicas e possuem ambiguidades e problemas que nenhuma outra experiência da mesma forma. Se, por um lado, há famílias que se desmoronam com a crise, por outro, existem outras que se fortificam. Assim, o papel do enfermeiro de saúde familiar é crucial para transformar a crise numa oportunidade de mudança e aprendizagem.

Recentemente surgiu o conceito de resiliência familiar, onde é abordada a ideia de que uma família se torna mais resiliente através das experiências vividas ao longo do seu ciclo vital, que irão potenciar a família a ultrapassar a crise, readaptando-se.

Cardoso et al. (2011), indicam que sem suporte e a devida orientação à prestação de cuidados, o cuidador é sobrecarregado. Uma vez que o presente trabalho irá ser aplicado numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) tornou-se importante considerar a família parte integrante e essencial ao processo de cuidados, tendo em consideração que as atitudes que os enfermeiros adotam face às famílias são de extrema importância para a sua capacitação, condicionando o processo de cuidar (Oliveira et al., 2011).

O convívio com a doença crónica é desgastante para o cuidador principal e para toda a família, no entanto estes conseguem ver alguns aspetos positivos decorrentes desta vivência (Ferreira et al, 2012). Um estudo realizado no interior de Portugal em cuidadores da pessoa com doença avançada, em contexto comunitário revelou que estes referem que os mecanismos de coping utilizados são a espiritualidade, a interação social, recursos comunitários, a necessidade de informação e a negação (Ferreira et al, 2016). Podemos admitir que as famílias, através de mecanismos de coping, são mais ou menos resilientes. Torna-se, assim importante estudar a resiliência familiar, compreendendo quais os fatores que a influenciam.

Este estudo pretende avaliar a resiliência familiar em cuidadores de pessoas com doença crónica. Deste modo, foram definidos os seguintes objetivos: conhecer o perfil de resiliência familiar de uma amostra de cuidadores informais em doentes com doença crónica; identificar quais os recursos comunidade que promovem a resiliência da família; avaliar a relação entre os fatores sociodemográficos familiares e a resiliência familiar.

A partir da problemática definida e dos objetivos delineados foram elaboradas duas hipóteses “Existem correlações estatisticamente significativas entre a resiliência familiar e a idade dos inquiridos” e “Existem diferenças estatisticamente significativas entre a resiliência familiar e o sexo.”

Este estudo visa a contribuir para a área de enfermagem de saúde familiar e, deste modo, capacitar os enfermeiros a uma melhoria contínua dos cuidados, centrados na família, ao longo do seu ciclo vital.

Foi desenvolvido um estudo transversal de caráter quantitativo e correlacional através da aplicação de um questionário a uma amostra de 26 cuidadores informais de utentes com doença crónica, internados nas UCC Naturidade de Rio Maior e de Porto de Mós. A amostra resulta de uma amostragem não probabilística de conveniência.

O trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro é relativo ao enquadramento teórico e aborda as seguintes temáticas: a resiliência familiar (conceitos, ciclo vital, abordagens centradas na família); O enfermeiro de família e a sua intervenção na promoção da resiliência familiar no contexto de cuidar em enfermagem (doença crónica e cuidador informal, aplicações da resiliência familiar em enfermagem, importância do conhecimento científico na área de saúde familiar). Do segundo capítulo, faz parte a metodologia, sendo descrito: o tipo de estudo; problemática e objetivos; a população e amostra; o instrumento de colheita de dados; procedimentos éticos e formais; o tratamento de dados. No terceiro capítulo é feita a análise e discussão dos resultados, relativamente à caracterização demográfica e da resiliência familiar, assim como teste de hipóteses. Por fim, no quarto capítulo são apresentadas as conclusões resultantes do estudo realizado e que dão pertinência à problemática de investigação. Em apêndice constam os documentos utilizados para o desenvolvimento do estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A relação familiar influencia o processo de doença crónica, pois aborda aspetos do nível social, familiar e económico, que apresentam um grande peso na dinâmica e bem-estar da família. A não adesão ao tratamento, por parte do doente crónico, seja na descoberta ou abandono, influencia drasticamente quem o rodeia, em primeira instância a família (Mano et al., 2005; Pais-Ribeiro, 2007; Machado, 2009).

Guedes e Guedes (2012) e Oliveira et al. (2016) referem que, na maioria das vezes, a família é quem fornece suporte, e é também diretamente afetada pelo processo da doença, desde a descoberta da doença, às modificações e alterações no quotidiano, até às resoluções e descobertas do funcionamento da doença.

As situações de stress e adversidades são uma oportunidade para promover o desenvolvimento da capacidade de adaptação familiar, conduzindo a um maior nível de homeostase. A família resiliente é capaz de repor o equilíbrio familiar, quando confrontada com estas situações, fortalecendo os seus membros e capacitando-os para o futuro (Jones & Schoon 2008). O conceito e o modelo da resiliência familiar fazem cada vez mais sentido numa dimensão em que cada vez existem mais complexidades e adversidades no decorrer do ciclo vital.

O enfermeiro de saúde familiar acompanha a família em todas as fases do ciclo vital, sendo potenciador da resiliência no ceio familiar. Assim, o papel deste, é auxiliar a adaptação/superação das situações geradoras de stress, como a doença crónica, que afetam o sistema familiar, tendo em conta as especificidades e necessidades de cada família (Santos, 2011).

1.1. A RESILIÊNCIA FAMILIAR

A família é um conceito que evoca diferentes imagens para cada indivíduo ou grupo, mas é considerada, por consenso, uma entidade que estabelece relações entre os seus membros com uma organização, estrutura e funcionalidade específica (Figueiredo, 2012). Na sociedade atual é necessário afastar o mito da família “normal” e feliz. As famílias saudáveis, aquelas apresentam um correto funcionamento, lutam com problemas, que não são necessariamente sintoma ou causa de disfuncionalidade; o que é relevante é a forma como os problemas são enfrentados e a competência para os resolver, isto é, o que mais importa para o funcionamento familiar saudável e para a resiliência são os processos familiares (Walsh, 2005). Partindo do

princípio de que a família se encontra em constante mudança, envolvendo-se com o meio circundante, foi dado enfoque ao modelo sistémico.

Para Alarcão (2002), o modelo sistémico, ao contrário do modelo médico, faz uma avaliação relacional, deixando a patologia de ser vista como individual, sem influência do meio cultural ou social. O objetivo de cura muda para a premissa de mudança, o alvo que era o indivíduo passa a ser a família no seu todo e, por fim, a metodologia utilizada passa a ser a circularidade e a entrevista familiar conjunta. O sintoma passa a ser visto como uma oportunidade de alcançar um novo estado, um nível mais complexo de organização familiar.

Segundo Relvas (2016), no seu funcionamento, a família integra as influências internas e externas, num jogo de equilíbrios dinâmicos. Podemos, então, considerar a família como um todo, um sistema autorregulado cuja abertura varia com a sua organização. Esta possui um dinamismo que lhe confere individualidade, autonomia e capacidade auto-organizativa no decorrer das diferentes fases do ciclo vital. A autora considera que as fases do ciclo vital da família são: formação do casal; família com filhos pequenos; famílias com filhos na escola; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos (Relvas,2016). Durante este ciclo, existem transições respetivas aos mesmos, derivando daí mudanças que, por sua vez, geram stress e crises familiares. Crise pode significar mal-estar, como pode significar abertura à mudança, apesar da dificuldade em mudar os seus hábitos. Segundo Alarcão (2002), a diferença está na forma como a família reage à crise: podendo convertê-la numa oportunidade de transformação e crescimento ou risco de bloqueio.

Nem todas as famílias que experienciam elevados níveis de stress sofrem de perturbação, existem muitas que permanecem funcionais. É verificada uma elevada flexibilidade nas regras, nos papéis e na resolução de problemas destas famílias, observando-se uma forte capacidade de adaptação à mudança, existindo uma negociação contínua entre as pressões e as manifestações de apoio dentro da família e na relação existente com a comunidade em que está inserida (Boss, 2002).

De forma geral, os estudos realizados sobre a família tendem a enfatizar problemas, patologias, fragilidades e aspetos negativos da convivência familiar (Yunes,2003; Sousa & Eusébio, 2005), enquanto as suas forças e o seu possível potencial ficam à margem, sendo desvalorizados (Walsh, 2005). Uma das explicações para esse facto, decorre na dificuldade em valorizar competências e aspetos positivos em famílias que vivem em situações de vulnerabilidade, principalmente por elementos externos, como profissionais de saúde. Estes, ao estarem

saturados de problemas, não conseguem visualizar soluções, e em vez de facilitarem a mudança funcionam em sentido contrário. (Hepworth, Rooney, Ronney, Strom- Gottfried & Larsen, 2009; Sousa & Ribeiro, 2005; Sousa, et al, 2007).

Mas, a perspetiva das forças não é eficiente se os profissionais se esconderem por trás do papel de especialistas e se distanciarem dos clientes (Sousa, 2008). Nos últimos anos, este novo paradigma fundamentado para a competência e orientado para a força, tornou-se o novo enfoque. Este paradigma afirma o potencial da família para se “auto repararem” e para o crescimento a partir da crise (Walsh, 1998;2005). Apesar de existirem abordagens centradas em competências, relativamente consistentes de um ponto de vista teórico e conceptual, não são postas em prática (Sousa, et al, 2007), estando longe de constituir práticas dominantes nos serviços sociais portugueses, embora disponibilizassem à família melhores recursos para transformar o risco/crise em oportunidades de expansão das suas forças (Bernard,2006; Walsh, 1998, 2002).

Este paradigma não ignora os problemas simplesmente contrabalançados com as competências que existem são postos numa função menor. Desta forma, os profissionais gastarão menos tempo na tentativa de tentar compreender a causa dos problemas ou a tentar defini-los, e apostarão mais na identificação das forças e recursos, havendo uma mobilização dos mesmos para a resolução dos problemas (Early & GlenMaye, 2000).

As abordagens centradas na família e nas suas forças são essenciais para combater a desesperança e a descrença, dificultadoras da mudança, aumentando conseqüentemente com cada insucesso, com possível prejuízo para a família, para profissionais e para a comunidade em geral (Melo, 2011). Se for adotada pelos profissionais esta prática baseada no *empowerment* e na noção de que o crescimento e a mudança são possíveis, estarão a ajudar a melhorarem as suas vidas (Early & GlenMaye, 2000).

As famílias denominadas como disfuncionais estão apenas parcialmente bloqueadas em padrões de organização que não funcionam, mas que utilizam porque são habituais ou aceites. Algumas vezes, os sistemas não sabem utilizar as suas competências, em algumas situações porque não as possuem, outras porque não as conseguem reconhecer ou até mesmo porque estão impedidos de as usar. Assim, nestas circunstâncias, há necessidade de educar as famílias para utilizarem as suas mesmas forças, identificando e valorizando as forças inerentes ao sistema familiar, requerendo o esforço de todos os membros (Hepworth, et al, 2009).

As forças familiares são demonstradas através da capacidade de estas criarem redes de suporte, de interagir com a sociedade e de lidar com transições geradores de stress (Hepworth, et al, 2009). No entanto, são escassos os instrumentos que permitam construir índices de força familiar, para que estes sejam utilizados quer na investigação, quer na prática (Melo & Alarcão, 2011).

Nos últimos anos, e a partir da realização de variados estudos, acentuou-se o interesse de diversos investigadores pelo conceito resiliência. Para se poder entender este conceito é necessário ter em consideração a existência do ciclo de vida familiar, já abordado anteriormente (Walsh, 2005). Aumentaram de forma gradual os estudos e publicações sobre esta temática que pretendiam estudar as famílias que, vivendo em situações de elevado risco de pobreza, abuso, com pais mentalmente doentes, negligentes, abusivos ou criminosos, não desenvolveram qualquer patologia e se tornaram bem-sucedidos. Os primeiros trabalhos com base no conceito de resiliência, nas áreas da psicologia e da psicopatologia, surgiram nos países anglo-saxónicos e norte-americano, no início dos anos 80. Este conceito engloba contributos de teorias psicanalíticas, desenvolvimentais e comportamentais, apresentando abordagens clínicas, psicopatológicas e socioeducativas contemporâneas (Anaut, 2005).

Rutter (1987) defendeu que a resiliência é um produto final de um processo, não eliminando os riscos mas, encorajando o indivíduo a encarar os riscos com maior sucesso. Este investigador, conceptualiza a resiliência como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam levar uma vida saudável num ambiente pouco saudável, sendo que estes se realizam através do tempo. Assim, a resiliência não deve ser vista como um atributo intrínseco ao indivíduo, tratando-se de um processo interativo entre o indivíduo e o seu meio (Martins, 2014).

Uma vez que o indivíduo está em desenvolvimento constante ao longo da sua vida, e sendo as estruturas ambientais variáveis, a resiliência e o seu funcionamento é também flutuante (Anaut, 2005). Do ponto de vista operacional, uma das dificuldades para o estudo da resiliência é a seleção de indicadores mensuráveis deste fenómeno multideterminado (Silva, et al, 2003). Segundo Luthar et al (2000), relativamente à subjetividade do estudo, ele responde que a definição dos indicadores de resiliência está sujeita aos mesmos limites e possibilidades de qualquer pesquisa que envolva comportamentos humanos. De modo a operacionalizar o estudo deste conceito, diferentes escalas foram construídas, determinando os critérios de funcionamento resiliente a fim de avaliar a resiliência (Anaut, 2005).

Do conceito de resiliência e das suas aplicações surgiu a formalização, relativamente recente, do conceito resiliência familiar, surgiu em meados do século oitenta, defendido por Rutter (1987) e Walsh (2003). Ambos partilharam a ideia de que uma família resiliente se constrói através de uma rede de relações e de experiências vividas ao longo do ciclo vital, capacitando a família de reagir positivamente a situações provocadoras de crises, referidas anteriormente, superando essas mesmas dificuldades e promovendo a sua readaptação, de forma positiva (Martins, 2014).

Neste conceito, a família é vista como um todo, não se restringindo apenas a um indivíduo, embora existam muitos aspetos estudados na resiliência individual tenham sido utilizados adaptados à construção do termo família resiliente, tais como a resiliência como um processo em desenvolvimento e não como fenómeno estático; a importância da etapa do desenvolvimento em que a família se encontra quando se depara com a adversidade e o papel desempenhado pelos membros da mesma (Walsh, 2003; 2007) podendo este conceito ser aplicado a qualquer tipo de família.

Segundo Szymanski (2007), podemos encontrar famílias nucleares (constituídas por mãe, pai e filho ou filhos), famílias monoparentais, de pais solteiros, divorciados ou viúvos, famílias reconstituídas por um segundo casamento, famílias que coabitam no mesmo espaço, mas sem união matrimonial ou ainda famílias de casais homossexuais. Qualquer um deste tipo de família experiencia a crise familiar no decorrer do ciclo vital.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (International Council of Nurses, 2011, p.47) define crise familiar como:

“(...) Desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz.”

Face a esta descrição, podemos compreender que existem interações e padrões de relacionamentos entre os membros da família no reconhecimento e mobilização das suas forças e recursos, tendo em vista a adaptação. Tendo em vista esta perspetiva, os enfermeiros e os próprios membros da família têm oportunidade de extraírem as competências e o potencial de cada família e encorajarem o processo ativo de reestruturação e crescimento (Walsh, 2005).

A família resiliente tem a capacidade de repor o equilíbrio familiar face às situações de stresse, fortalecendo os seus membros e dando-lhes capacidade para enfrentar adversidades futuras (Jones e Schoon, 2008). Estas situações geradoras de stress surgem como uma oportunidade de promover o desenvolver da capacidade de adaptação familiar (Connor & Davidson, 2003).

McCubbin e Patterson (1983), citados por Martins (2014) publicaram um dos primeiros trabalhos sobre o stress. Para a autora, os autores optam por ampliar o “modelo ABC-X”, desenvolvido por Hill em 1950, criando o “modelo duplo ABC-X”, que passa a referir que o agente de stress engloba não apenas os acontecimentos normativos (aqueles que correspondem apenas às transições entre os estádios do ciclo vital, os que são previsíveis e de curta duração) e os não normativos (aqueles que podem acontecer em qualquer momento, como a presença de uma criança deficiente, uma doença, aqueles que são inantecipáveis e incontrolláveis no seu aparecimento). Ambos os acontecimentos podem alterar o funcionamento do sistema familiar, pelas exigências e tensões a eles associadas.

McCubbin e McCubbin (1993), citados por Martins (2014), desenvolveram o “Modelo de Ajustamento e Adaptação Familiar” (Family Adjustment and Adaptation Response – FAAR Model) com o objetivo de fazer perceber o potencial familiar para lidar com situações de crise e compreender fatores de ajustamento e adaptação relacionados com a mesma. A avaliação feita pela família ao evento stressor influencia: a interpretação sobre a intensidade do evento, o grau, a mudança que é esperada pelo sistema familiar, a sua capacidade de resposta, a sua capacidade/forma de lidar com a situação e os recursos que valorizam (Peixoto & Martins, 2012).

Este modelo fundamenta-se em cinco pressupostos: ao longo do ciclo vital as famílias experimentam stresse e dificuldades como um aspeto previsível da vida familiar; possuem forças e desenvolvem competências para proteger e apoiar os seus membros na recuperação; beneficiam de uma rede de relações e suporte social na sua comunidade, particularmente durante períodos de stress que lhes dará um sentido, que lhes permitirá funcionar como grupo; e as famílias face a situações de stress e crises significativas procuram restaurar a ordem, equilíbrio e harmonia (Peixoto & Martins, 2012). Assim, aquando de um problema de saúde na família, toda a unidade familiar é levada a avaliar o passado e futuro, realizando esforços para dar um sentido à situação de doença, daí irá resultar mudança no sistema familiar, resultando numa fase de ajustamento.

A fase de ajustamento tem a ver com as reações da família perante os fatores de stress temporários, representantes de um impacto mínimo na unidade familiar. Por outro lado, só podemos referir-nos a adaptação efetiva ou resiliência familiar quando a família responde positivamente às exigências que lhes estão a ser impostas (ex: doenças agudas ou crónicas graves, que podem pôr em risco a saúde de componentes das famílias), mobilizando recursos e desenvolvendo as mudanças necessárias para recuperar a funcionalidade familiar, juntamente com as mudanças nos papéis e nos padrões de funcionamento necessários (McCubbin & McCubbin, 1993; McCubbin et al., 2001; Rutter, 2007; 2012;2013).

Tendo em conta que um familiar com dependência funcional se torna um evento stressor para a família, a determinação do perfil de resiliência da família demonstra a sobrecarga e o nível de bem-estar do familiar cuidador. O suporte familiar e as estratégias que esta utiliza no seu funcionamento, podem ser compreendidos como fatores influenciadores para o resultado, que vai ser traduzido pelo bem ou mau estar da família e a sobrecarga ou não do familiar cuidador (Peixoto & Martins, 2012). Os enfermeiros de saúde familiar trabalham para um cuidado direcionado a cada família, de forma a serem um suporte familiar.

1.2. O enfermeiro de família e a intervenção na promoção da resiliência familiar no contexto de cuidar em enfermagem

No âmbito da disciplina e da profissão de enfermagem, existe um interesse crescente no aumento do foco da prática clínica numa perspetiva baseada na contextualização dos significados dos problemas e na apreciação das forças e recursos da família (Gottlieb, 2013) podendo o profissional de saúde exercer um papel fundamental aquando da existência de fatores stressantes na família.

Quando diagnosticada doença em algum membro da família, toda é envolvida na problemática. Com a existência de doença crónica torna-se imperativo cuidar. Este cuidado é dado por parte dos membros da família, sendo necessária uma readaptação de papéis e significados.

Entende-se por doença crónica, a doença de longo prazo, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente, incapacitantes, que afetem as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas (Machado, 2009). Em muitos destes casos existe um cuidado, no seio familiar, que se torna responsável por o doente portador de doença crónica.

Citando Ferreira (2013 p.32), “O cuidador informal, é qualquer pessoa, familiar ou não, que se responsabiliza pela assistência da pessoa dependente no seu dia-a-dia, na promoção da sua

qualidade de vida, garantindo que as suas necessidades diárias são satisfeitas. São pessoas que desempenham esta função numa base informal, sem formação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual e sem qualquer tipo de remuneração”.

Lage (2005), citado por Sequeira (2010, p.159) afirma que “A função do cuidar ao longo do tempo tem estado vinculada essencialmente à família.” Assim, com o aumento da esperança média de vida e doenças crónicas, a família tem vindo a desempenhar um papel de extrema importância na prestação de cuidados. Pereira (2011) refere que os cuidadores informais preenchem as lacunas dos serviços oficiais de saúde, providenciando, no contexto Europeu, cerca de 80% de todos os cuidados prestados à pessoa dependente. No que diz respeito ao nível de sobrecarga do cuidador, está diretamente relacionado com as necessidades da pessoa dependente, o estado físico e psicológico do cuidador, assim como a capacidade do mesmo e da família para se adaptarem às situações propostas.

As orientações e suporte são prestados, em muitos casos, pela equipa de enfermagem. Em todas as suas ações, o enfermeiro baseia-se em modelos teóricos. A importância dos mesmos emerge na orientação, apreciação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados. Meleis (1994), diz-nos que as ações de enfermagem surgem como facilitadoras dos processos de transição, visando o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa/ família. Fazendo ainda referência às transições Ferreira (2013) diz-nos que “A transição pode ocorrer de forma saudável surgindo como uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, criação de novas escolhas, ou por outro lado, como deterioração, quando a pessoa não se consegue reorganizar, mantém expectativas irrealistas, agarra-se a rotinas antigas, evita novos conhecimentos, limita as suas escolhas. “

O papel do enfermeiro torna-se essencial à pessoa dependente, ao cuidador e a toda a sua família, que vivenciam um processo de transição, permitindo-lhes a segurança e confiança necessária para ultrapassar a crise, determinando a resiliência da família.

A família resiliente apresenta, neste sentido, elevados níveis de coesão, flexibilidade e vínculo familiar, sendo os mecanismos para a ativar os seguintes: reduzir as exigências familiares, aumentar as capacidades da família e alterar as apreciações cognitivas e significados familiares (Martins,2014).

Inspirando-se no modelo apresentado por McCubbin e McCubbin, Walsh (2005) operacionaliza a teoria da resiliência familiar, como “o foco em resiliência na família deve procurar identificar e implementar os processos-chave que possibilitem as famílias não só lidem mais

eficientemente com as situações de crise ou stresse permanente, mas saiam delas fortalecidas, não importando se a fonte de stress é interna ou externa. Assim, a unidade funcional da família estaria fortalecida e possibilitada a resiliência de todos os membros”. Segundo esta autora, a adaptação à crise, e posterior resiliência, é influenciada pelo sentido que é dado à experiência, e desta forma, esta construção familiar dá-se, em primeiro lugar, no seio familiar. Podemos também supor que a resiliência familiar pode variar de contexto para contexto, sendo esta determinada pela cultura que o indivíduo está inserido.

Walsh (2007) propõe três domínios que fundamentam as propriedades que devem ser promovidas para a resiliência, nomeadamente: o sistema de crenças familiares, os padrões organizacionais e os processos de comunicação apresentado na tabela seguinte (Tabela 1).

PROCESSOS- CHAVE DE RESILIÊNCIA FAMILIAR
Sistema de Crenças (o coração e a alma da resiliência)
<p>1. Atribuir sentido à adversidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorização das relações interpessoais (senso de pertença) • Contextualização dos stressores como parte do ciclo de vida familiar • Sentido de coerência das crises: como desafios administráveis • Perceção da situação de crise: crenças facilitadoras ou constrangedoras <p>2. Olhar positivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa (ação) e perseverança • Coragem e encorajamento (foco no potencial) • Esperança e otimismo: confiança na superação das adversidades • Confrontar o que é possível: aceitar o que não pode ser mudado <p>3. Transcendência e espiritualidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores, propostas e objetivos de vida • Espiritualidade: fé, comunhão e rituais • Inspiração: criatividade e visualização de novas possibilidades • Transformação: aprender e crescer através das adversidades
Padrões de Organização
<p>4. Flexibilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade para mudanças: reformulação, reorganização e adaptação • Estabilidade: sentido de continuidade e rotinas <p>5. Coesão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio mútuo, colaboração e compromisso • Respeito às diferenças, necessidades e limites individuais

<ul style="list-style-type: none"> • Forte liderança: prover, proteger e guiar crianças vulneráveis • Busca de reconciliação e reunião em casos de relacionamentos problemáticos <p>6. Recursos sociais e económicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização da família extensa e da rede de apoio social • Construção de uma rede de trabalho comunitário: família a trabalhar em conjunto • Construção de segurança financeira: equilíbrio entre trabalho e exigências profissionais
Processos de Comunicação
<p>7. Clareza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mensagens claras e consistentes (palavras e ações) • Esclarecimento de informações ambíguas <p>8. Expressões emocionais “abertas”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partilha de sentimentos variados (alegria e tristeza: esperança e medo) • Empatia nas relações: tolerância das diferenças • Responsabilidade pelos próprios sentimentos e comportamentos, sem busca do “culpado” • Interações prazerosas e bem-humoradas <p>9. Colaboração na solução de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas, stressores, opções • “Explosão de ideias” com criatividade • Tomada de decisões compartilhada: negociação, reciprocidade e justiça • Foco nos objetivos: dar passos concretos, aprender com os erros • Postura pró-ativa: prevenção de problemas, resolução de crises, preparação para futuros desafios.

Fonte: Adaptado de Yunes (2013)

No entanto, são escassos os instrumentos que permitam avaliar, de uma forma integrada, diferentes processos de resiliência familiar e que possam ser utilizados na investigação e na prática clínica (Melo e Alarcão, 2011).

A Family Resilience Assessment Scale (FRAS) foi desenvolvida por Sixbey (2005), tendo como objetivo avaliar a capacidade da família para ultrapassar as adversidades, tendo por base o conceptual o modelo de Resiliência de Froma Walsh. A escala mede a resiliência da família em seis fatores: a Comunicação Familiar e Resolução de problemas, a Utilização dos Recursos Sociais e Económicos, a Manutenção de uma Perspetiva, as Ligações Familiares, a Espiritualidade Familiar e a Capacidade de dar Sentido à Adversidade (Sixbey, 2005).

São escassos ainda os estudos que utilizam a FRAS como instrumento a nível nacional, de forma avaliarem a resiliência familiar das famílias portuguesas.

Ferreira (2013) realizou um estudo com o objetivo geral de analisar a resiliência, coparentalidade, coesão e adaptabilidade familiar em pais e mães de crianças com necessidades educativas especiais. Participaram neste estudo, 54 sujeitos, sendo 28 pais e 26 mães, com idades compreendidas entre os 24 e os 69 anos ($M = 37,65$; $DP = 6,39$). Os resultados mostram que os pais apresentam elevada resiliência, comprovando que a mesma se encontra correlacionado com a adaptabilidade e coesão. Neste estudo o não foram encontradas diferenças significativas entre pais e mães (entre género). Na FRAS, o item que teve a pontuação média mais baixa foi o “Procuramos ajuda de conselheiros religiosos” ($M=2,06$; $DP=0,94$), enquanto o que teve a média mais alta foi o primeiro item “Todas as famílias têm problemas” ($M=3,57$; $DP=0,66$). Ao nível das médias para cada uma das dimensões, é possível observar que a dimensão com média mais baixa é a relativa à Espiritualidade Familiar (FS: $M=2,37$), seguida da Utilização de Recursos Económicos e Sociais (USER: $M=2,63$) e a média. Verifica-se uma correlação negativa entre a Espiritualidade Familiar (FS) e a idade ($r=-,309$; $p=,023$) e as habilitações académicas ($r=-,270$; $p=,048$). No entanto, a correlação da espiritualidade com a profissão é positiva ($r=,372$; $p=,006$). Verifica-se ainda uma correlação positiva baixa entre as Ligações Familiares (FC) e as habilitações académicas ($r=,270$; $p=,048$), e negativa moderada com a profissão ($r=-,357$; $p=,009$).

Teixeira (2014), com objetivo geral de analisar o stress em pais e mães de crianças e jovens com perturbações do espectro do autismo desenvolveu um estudo em que participaram 32 sujeitos, sendo 16 pais e 16 mães, com idades compreendidas entre os 36 e os 66 anos ($M = 49,13$; $DP = 8,67$). Constatou que os pais destas crianças apresentam baixo nível de resiliência individual, mas um elevado nível de resiliência familiar, quando comparado. O item que obteve a pontuação média mais baixa foi “Procuramos ajuda de conselheiros religiosos” ($M=1,91$; $DP=0,77$), enquanto a média mais alta foi apresentada pelo item 10 “Aceitamos que os problemas podem surgir sem estarmos à espera” ($M=3,56$; $DP=0,50$). Relativamente às médias de cada uma das dimensões da escala a dimensão com a média mais baixa é relativa à Espiritualidade Familiar (FS: $M=7,32$), seguida da Capacidade de dar Significado à Adversidade (AMMA: $M=7,78$) e a média mais elevada diz respeito à Comunicação Familiar e Resolução de Problemas (FCPS: $M=82,24$) e à Utilização de Recursos Económicos e Sociais ($M=18,49$). Os resultados mostraram que existem diferenças significativas ao nível da escala Manter uma Perspetiva Positiva, sendo que os homens apresentam resultados médios mais elevados do que as mulheres. Quando analisadas as dimensões relativas à resiliência familiar, verifica-se uma correlação moderada muito significativa entre a resiliência familiar total e as

habilitações académicas ($r = .491$; $p = .004$), negativa moderada com a idade do sujeito ($r = -.415$; $p = .018$) e a idade da criança ou jovem com perturbações do espectro do autismo ($r = -.395$; $p = .025$).

Assunção (2014), com o objetivo de analisar os benefícios da implementação de um programa de promoção e desenvolvimento da resiliência em jovens adolescentes em situação de risco desenvolveu um estudo em que participaram 11 jovens ($N = 11$) com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos ($M = 14,45$; $DP = 1,13$). Da avaliação da resiliência familiar foi possível verificar-se a existência de alterações significativas na escala completa FRAS ($M = 105.5/134$; $DP = 18.96/15.36$) [$Z = -2.10$; $p = .036$]; e na dimensão Manutenção das Expetativas Positivas (MPO) ($M = 8.91/7.55$; $DP = 2.11/1.13$) [$Z = -1.975$; $p = .048$] e na dimensão Ligações Familiares (FC) ($M = 9.60/12.73$; $DP = 2.50/1.79$) [$Z = -2.501$; $p = .012$]. No que se refere à Resiliência Familiar (FRAS-total), é possível observar que existe uma correlação significativa positiva entre a Resiliência Familiar e a Satisfação com as atividades sociais ($r = .699$, $p = .036$), sendo que, quanto maior a perceção da resiliência familiar, maior satisfação com as atividades sociais. Observa-se também uma correlação significativa positiva entre a Resiliência familiar e a Comunicação Familiar e a Resolução de Problemas ($r = .905$, $p = .001$), o que indica que maiores níveis de Resiliência Familiar estão associados a uma maior Comunicação Familiar e Resolução de Problemas. Também se verifica uma correlação significativa entre a Resiliência Familiar e a Espiritualidade Familiar ($r = .716$, $p = .030$), o que remete para uma associação entre as variáveis, ou seja, quanto mais resiliência familiar, mais espiritualidade familiar. O mesmo acontece entre a Resiliência Familiar e a Habilidade para fazer frente às adversidades, isto é, existe uma correlação significativamente positiva entre estas duas variáveis ($r = .817$, $p = .007$). É de salientar a correlação significativa positiva ao nível da resiliência e envolvimento na comunidade ($r = .912$, $p = .001$), isto é, quanto mais resiliente é o indivíduo maior o envolvimento na comunidade. Também verifica a existência de uma correlação significativa positiva existente é entre a resiliência e o envolvimento familiar ($r = .872$, $p = .002$), o que indica que quanto mais resiliente for o indivíduo, mais envolvimento tem com a família.

Massano (2016) realizou um estudo para compreender como vivenciam os filhos o divórcio e a resiliência familiar para lidarem com a situação. Foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre famílias divorciadas e famílias intactas, no que respeita à resiliência familiar. Apenas se verifica uma ligeira diferença no que respeita à Espiritualidade da Família ($U = 24,50$, $p = .052$). Verifica-se que as mães de famílias

divorciadas ($M = 3,35$ $DP = 0,34$) apresentam uma menor capacidade de comunicação familiar e de resolução de problemas, comparativamente com as mães de famílias intactas ($M = 3,47$, $DP = 0,41$). As mães de famílias divorciadas ($M = 2,73$, $DP = 0,55$) apresentam uma menor capacidade de utilização dos recursos sociais e económicos disponíveis face às mães de famílias intactas ($M = 2,89$, $DP = 0,49$). As mães de famílias divorciadas apresentam uma maior dificuldade de manter uma perspetiva positiva ($M = 3,43$, $DP=0,36$) quando comparadas com as mães de famílias intactas ($M = 3,52$, $DP = 0,48$). As ligações familiares são mais fortes em mães de famílias intactas ($M = 2,96$, $DP = 0,38$) comparativamente às das mães de famílias divorciadas ($M = 2,72$, $DP = 0,34$). No que respeita à espiritualidade da família, verifica-se uma diferença ligeiramente significativa entre as mães b de famílias divorciadas ($M = 1,65$, $DP = 0,77$) e as mães de famílias intactas ($M = 2,40$, $DP = 0,86$). As mães de famílias divorciadas ($M = 3,30$, $DP = 0,39$) apresentam uma menor capacidade de dar sentido à adversidade quando comparadas com as mães de famílias intactas ($M = 3,43$, $DP = 0,41$).

Na Polónia, foi realizado um estudo por Nadrowski, Błażek e Walter (2017) a um grupo de 329 participantes com idades entre os 18-35 anos ($M= 22,50$, $DP=4,01$), destes 218 eram mulheres e 40 homens. O objetivo deste estudo foi apresentar resultados preliminares de validação desta escala para a população polaca. Verificou-se que 72% dos inquiridos frequentou o ensino secundário, 15% tem uma licenciatura e os restantes 13% são pessoas sem qualquer tipo de formação superior. Por sua vez, 79% dos inquiridos provém de famílias com dois pais e os restantes 21% referem-se a famílias monoparentais (9.4%), famílias onde os pais são divorciados mas cuidam da criança (7.9%), a famílias restruturadas (3%) ou a famílias adotivas (0.3%). Quando questionados sobre a existência de alguma experiência relacionada com problemas financeiros, graves problemas de saúde, luto, separação ou outras situações de crise, 78.4% dos participantes referiu já ter vivenciado situações deste tipo. Os homens apresentaram um nível de resiliência familiar de 152,0, enquanto as mulheres de 158,50, tendo as mulheres uma média mais elevada. O item da escala que apresentou uma média mais alta foi “Comunicação Familiar e Resolução de Problemas” ($M=77,15$), por outro lado o item que apresentou o valor mais baixo foi “Espiritualidade Familiar” ($M=6,50$). Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres. Quando feita esta mesma comparação entre pessoas que experienciaram um evento de crise e uma pessoa que não o tenha vivenciado, os resultados indicam diferenças significativas entre homens e mulheres.

Os estudos vêm provar que as transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, associadas a alterações sociodemográficas que conduziram a novas necessidades de saúde. A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado específico de Enfermagem, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção, neste caso, a família.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro de saúde familiar, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área sociodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

De acordo com Diário da República (2018), que apresenta o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, passo a expor, de forma sucinta, as competências do título nos tópicos seguintes.

1- Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção: Considera a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições, através de uma relação terapêutica, colheita de dados e monitorização de situações complexas, tendo por base a evidência científica.

2- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar: Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família, nos diferentes níveis de prevenção.

Enquanto futura enfermeira de família considero pertinente o desenvolvimento deste trabalho de investigação, em contexto real, com famílias que cuida na prática clínica diária de forma a intervir de forma mais eficaz na promoção de saúde familiar e na transição complexa. O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada

indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes, neste caso em contexto de doença crónica.

Os modelos de resiliência, já apresentados, elucidam-nos sobre as características comuns às famílias resilientes como resultados fundamentais para os enfermeiros compreenderem os processos fundamentais que as auxiliam a enfrentar as suas transições, pois os sintomas de stress e disfunção ocorrem geralmente em situações de transição perturbadora (Walsh,2005).

Para conceber a intervenção do enfermeiro na promoção da resiliência familiar é oportuno enquadrá-lo à luz do Modelo de Enfermagem de McGill (Allen, 1999; Allen & Warner, 2002) que defende que a enfermagem deve auxiliar as famílias a utilizar as suas forças (de cada membro em particular e da família como unidade), assim como os recursos externos ao sistema familiar para se desenvolver, adaptar e atingir os seus objetivos. O Modelo das forças, assume que todas as famílias possuem forças e recursos. Assim, são distintas quatro tipos de forças que permitem as famílias adaptarem-se às mudanças e desenvolverem-se:

- 1- Características individuais ou familiares;
- 2- Bens que a família possui;
- 3- Capacidades ou competências desenvolvidas pelo indivíduo ou família;
- 4- Qualidades de natureza transitória. (Gottlieb, 2013)

Wright e Leahey (2013) dão como sugestão a listagem das forças de uma família, lado a lado com os problemas apresentados, dando assim uma visão equilibrada e evitando que a equipa de enfermagem esteja atenta a ambos os aspetos, tendo perceção que cada família tem as suas forças, mesmo em situações de crise reais ou potenciais, sendo esta vista como uma estratégia importante. Ao longo deste envolvimento, estabelece-se uma relação colaborativa entre o enfermeiro e a família, proporcionando um contexto favorável à mudança, havendo uma possível existência de significados da situação por parte da mesma (Gottlieb, 2013).

De acordo com Bell (2009) considera que uma orientação com base nas forças da família promove a comunicação terapêutica, em torno das competências da família, indo de encontro às competências designadas para o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

No que diz respeito aos recursos, Figueiredo (2012) refere que não são apenas estes que determinam a adaptação, mas essencialmente a capacidade que a família apresenta em mobilizá-los, tendo em consideração a sua estrutura, os recursos de cada um dos seus membros

e da unidade familiar no geral. No meu ponto de vista, seria benéfico o uso do ecomapa, uma vez que o mesmo nos dá respostas sobre a rede de suporte, quando necessário mobilizá-la.

No que concerne à avaliação dos resultados, Gottlieb (2013) refere que existe a necessidade de se investigar a adaptação e a resiliência, alvo deste estudo. Como foi demonstrado ao longo deste trabalho, alguns estudos têm demonstrado que a resiliência familiar é fruto da interação entre fatores protetores, forças e recursos como o otimismo, a espiritualidade, coesão, flexibilidade, comunicação, gestão financeira, rotinas e rituais, suporte social entre outros, mais importante que todas as respostas que estes estudos nos dão, é a promoção da harmonia e da qualidade de vida familiar (Black & Lobo, 2008).

A partir da adoção de um conceito de resiliência como fio condutor da profissão, pode levar o enfermeiro a concentrar-se em aspetos que promovam o fortalecimento do sistema familiar, para que em colaboração com a família, estas alcancem a qualidade de vida pretendida.

2. METODOLOGIA

É reconhecida a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e na tomada de decisões adequadas aos utentes. Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros define 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. Com a investigação pretende-se uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica. A enfermagem, tendo em conta aquilo que é feito e refletindo sobre os modelos de trabalho e práticas profissionais, a enfermagem vai estabelecendo alternativas viáveis à resolução de problemas do quotidiano (Martins, 2008).

Este capítulo aborda o tipo de estudo, a problemática em questão e os objetivos propostos, a população e a amostra estudada, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos éticos e formais, assim como o tratamento de dados.

2.1. TIPO DE ESTUDO

No decorrer do projeto de investigação, importa definir o tipo de estudo, pois este está inerente aos objetivos do investigador e às suas questões de investigação. Este estudo tem um desenho transversal de carácter descritivo e correlacional.

2.2. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO, OBJETIVOS E HIPÓTESES

De acordo com Quivy, (2005) uma pergunta de partida consegue ter uma ideia clara acerca do objetivo a alcançar. Além disso deve ser precisa, realista e compreensível. (modo CCC – curta, clara e completa): “(...) com esta pergunta o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que se procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação.” (p.32).

Assim, surgiu a pergunta de investigação utilizada no desenvolver deste projeto: “Qual o perfil de resiliência familiar existente nos cuidadores principais dos utentes com doença crónica das Unidades de Cuidados Continuados Naturidade? “

Para responder a esta questão foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer o perfil de resiliência familiar de uma amostra de cuidadores informais em doentes com doença crónica;
- Identificar quais os recursos familiares na comunidade que promovem a resiliência familiar;

- Avaliar a relação entre os fatores sociodemográficos familiares e a resiliência familiar.

Atendendo à problemática definida pelo estudo e os objetivos propostos, tendo por base a fundamentação teórica elaborada, foram elaboradas duas hipóteses. A hipótese é definida por Fortin (2009) como uma predição sobre uma relação existente entre variáveis que se verifica empiricamente. Assim, foram definidas as seguintes hipóteses:

- Existem correlações estatisticamente significativas entre a resiliência familiar e a idade dos inquiridos;
- Existem diferenças estatisticamente significativas entre a resiliência familiar e o sexo.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida como um grupo de elementos/ sujeitos que partilhem características comuns, de acordo com critérios definidos previamente. A amostra é constituída por uma parte da população que possui características definidas e conhecidas, estando estas presentes em todos os elementos da população (Fortin, 2009).

Para este estudo a população alvo definida foram os cuidadores informais de utentes internados na Naturidade – Unidade de Cuidados Continuados de Rio Maior e Porto de Mós. A amostragem resulta de uma amostragem não probabilística de conveniência. A amostra foi constituída por 26 elementos.

2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Turato (2003), a escolha do instrumento de recolha de dados dependerá dos objetivos traçados, ao realizar a investigação. Assim, antes de se proceder à recolha de dados, deve-se selecionar, elaborar e testar cuidadosamente os instrumentos.

Neste estudo, optou-se pela aplicação de um questionário (anexo I) O questionário permite, com a sua aplicação, a colheita de dados através de respostas escritas por parte dos sujeitos, preenchido pelos mesmos, sendo um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo a partir de variáveis mensuráveis, ajudando a organizar, normalizar e controlar os dados para que as informações sejam obtidas de forma rigorosa (Fortin, 2009).

O questionário utilizado foi constituído por duas partes: a primeira relativa à caracterização sociodemográfica e a segunda à avaliação da resiliência familiar.

A caracterização sociodemográfica, permitiu através da sua aplicação colher informação relativa ao contexto familiar e características do cuidador informal, nomeadamente sexo, idade, escolaridade, fonte de rendimentos, agregado familiar e rede de apoio.

A FRAS foi desenvolvida por Sixbey (2005) e tem como objetivo avaliar a capacidade que a família apresenta para ultrapassar as adversidades, tendo como base conceptual o modelo de Resiliência de Froma Walsh. A FRAS mede a resiliência da família em seis fatores: a Comunicação Familiar e Resolução de Problemas, a Utilização dos Recursos Sociais e Económicos, a Manutenção de uma Perspetiva Positiva, as Ligações Familiares, a Espiritualidade Familiar e a Capacidade de dar um sentido à Adversidade (Sixbey, 2005).

A FRAS é composta por 66 itens na versão original, tendo posteriormente sido organizada em 54 itens atendendo às baixas correlações de 12 itens. Apresenta um alfa de Cronbach de .96 para a escala total (Sixbey, 2005). Organiza-se numa escala tipo Likert de quatro pontos em que 1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3 – Concordo e 4 - Concordo Totalmente. A pontuação na FRAS pode variar entre 54 e 216, em que pontuações inferiores indicam fraca resiliência da família, enquanto as pontuações mais altas remetem para altos níveis de resiliência na família.

A FRAS foi adaptada para a população portuguesa por Martins, Matos, Faray, Rocha, e Sousa (2013), e os resultados desta adaptação apresentam um alfa de Cronbach para a escala total de .90 para a escala total. Para a subescala Comunicação Familiar e Resolução de Problemas (27 itens) o valor do alfa de Cronbach é de .92. Para a subescala Utilização de Recursos Sociais e Económicos (8 itens) o valor do alfa é de .68. Para a subescala Manter uma Perspetiva Positiva (6 itens), o alfa encontrado é de .80. Para a escala Ligações Familiares (6 itens), o valor do alfa é de .94. Para a subescala Espiritualidade Familiar (4 itens), o alfa apresenta um valor de .84, e finalmente, para a subescala Capacidade de dar sentido à adversidade (3 itens), o valor do alfa é de .54.

2.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Todas as etapas do projeto de investigação devem ser abrangidas por um olhar ético, pois existe preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos.

Segundo Nunes (2013) devem estar entre os requisitos básicos para a avaliação de um projeto de investigação incluem-se: a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da

população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo.

Foi solicitada autorização para utilização da escala, adaptada à população portuguesa, à Professora Helena Martins assim como à direção da Naturidade (apêndice II). Posteriormente, foi submetida à comissão de ética do Instituto Politécnico de Leiria.

Aos serem entregues nas respetivas unidades, os questionários foram individualizados e entregues em envelopes fechados ao cuidador principal dos utentes, sendo posteriormente fechado pelos mesmos, não apresentado qualquer informação ou referência que os identifique. O consentimento informado foi destacado do restante formulário.

A colheita de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2019.

2.6. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de dados foi realizado com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 25). Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas como as frequências absolutas (Nº) e relativas (%), medidas de tendência central como a média (M) e de dispersão, como o desvio padrão (DP) e valores mínimo (Xmin) e máximo (Xmax) (Pereira & Patrício, 2016).

Com o objetivo de verificar as hipóteses delineadas foi aplicado o teste de normalidade de shapiro-wilk, atendendo ao tamanho da amostra. Para avaliar se as variáveis apresentavam ou não distribuição normal dos seus resultados aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Este estudo revelou que os níveis de significância são inferiores a 0,05 para algumas variáveis pelo que se optou pela utilização de testes de Man-Whitney e Spearman.

Tabela 2. Resultados da Aplicação do Teste de Normalidade

Testes de Normalidade						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Df	p	Estatística	df	P
Comunicação Familiar e Resolução de Problemas	,153	26	,119	,954	26	,288

Utilização dos Recursos Sociais e Económicos	,102	26	,200*	,962	26	,438
Manutenção de uma Perspetiva Positiva	,299	26	,000	,869	26	,003
Ligações Familiares	,175	26	,039	,938	26	,117
Espiritualidade Familiar	,188	26	,019	,952	26	,264
Capacidade de Dar Sentido às Adversidades	,215	26	,003	,899	26	,015
FRASTOTAL	,153	26	,122	,940	26	,132

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No decorrer deste capítulo são apresentados os resultados do estudo e feita a sua discussão de acordo com os achados de evidencia científica.

3.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A amostra do estudo é constituída por 26 cuidadores informais. A média (M) da idade da amostra é de 51,88 anos com um desvio padrão (DP) de 12,75. A idade mínima é de 29 e a máxima de 77 dos quais 38,5% (10) são do sexo feminino e 61,5% (16) são do sexo masculino.

Dos 26 cuidadores que fazem parte da amostra, 7,7% (2) são solteiros, 73,1% (19) são casados, 11,5% (3) encontram-se em união de facto e 7,7% (2) são separados/divorciados.

Quanto à origem dos rendimentos familiares, 76,9% (20) dos inquiridos afirma advir do trabalho, enquanto 23,1% (6) da pensão de reforma/aposentação.

Relativamente ao grau académico 11,5% (3) possuem a 4ª classe/ 1º ciclo do ensino básico, 7,7% (2) possuem o Ensino Preparatório/ 2º ciclo do ensino básico, 15,4% (4) possuem o 9º ano/3º ciclo do ensino básico, 38,5% (10) possuem 12º ano/ensino secundário e, por fim, 26,9% (7) possuem um curso superior.

Todos os cuidadores do estudo tinham algum grau de parentesco com o utente. Destes, 15,3% conjugues (1 esposa e 3 maridos), 46,1% filhos (7 filhas e 5 filhos), 15,3% genros (1 genro e 3 noras), 11,5% (3) netas, 7,6% sobrinhos (1 sobrinho e 1 sobrinha) e 3,8% (1) prima.

Quando questionados a quais recursos recorriam na sociedade 65,4% (17) responderam vizinhos/amigos, 53,8% (14) sistemas de saúde, 92,3% (24) afirmaram que ninguém, 50% (13) a familiares, por fim, 22 pessoas afirmaram recorrer a outro tipo de recurso, porém só um cuidador especificou ser a segurança social.

Tabela 3. Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=26)

Dados Sociodemográficos		Nº	%	Xmin	Xmax	M	DP
Idade		-	-	29	77	51,8	12,27
Sexo	Feminino	10	38,5	-	-	-	-
	Masculino	16	61,5	-	-	-	-
Estado Civil	Solteiro	2	7,7	-	-	-	-
	Casado	19	73,1	-	-	-	-
	União de Facto	3	11,5	-	-	-	-
	Separado/divorciado	2	7,7	-	-	-	-

Habilitações literárias	4º ano/1º ciclo do Ensino Básico	3	11,5	-	-	-	-
	Ensino Preparatório/2º ciclo do Ensino Básico	2	7,7	-	-	-	-
	9º ano/ 3º ciclo do Ensino Básico	4	15,4	-	-	-	-
	12º ano/ Ensino Secundário	10	38,5	-	-	-	-
	Curso Superior	7	26,9				
Origem dos rendimentos Familiares	Trabalho	20	76,9	-	-	-	-
	Pensão de Reforma/ Aposentação	6	23,1	-	-	-	-
Grau de parentesco com o utente	Conjuges	4	15,3	-	-	-	-
	Filhos	12	46,1	-	-	-	-
	Genros	4	15,3	-	-	-	-
	Netas	3	11,5	-	-	-	-
	Sobrinhos	2	7,6	-	-	-	-
	Prima	1	3,8	-	-	-	-
Recursos da família	Amigos/Vizinhos	17	65,4	-	-	-	-
	Outros familiares	13	50	-	-	-	-
	Sistemas de saúde	15	57,7	-	-	-	-
	Igreja	25	96,2	-	-	-	-
	Ninguém	24	92,3	-	-	-	-
	Outro	22	84,6	-	-	-	-

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA RESILIÊNCIA FAMILIAR

A FRAS teve como objetivo avaliar a resiliência familiar dos cuidadores informais. Utilizando o score médio de cada dimensão, podemos verificar na tabela 3 que o valor do score médio do total da escala foi de 170,2 (DP= 14,49). Os itens que integram esta escala variam entre um valor mínimo de 10,3 e o máximo de 89. O item “ Comunicação Familiar e Resolução de Problemas” (M= 89,00; DP=8,07) foi o que apresentou um valor mais alto e os itens “ Espiritualidade Familiar” e Capacidade de dar Sentido às Adversidades” (ambos com M=10,30; DP=1,22) os que apresentaram um valor mais baixo. Podemos então, ao observar estes valores, que os familiares apresentam um bom nível de resiliência familiar, sendo a média total obtida de 170,2.

Tabela 4 – Medidas de tendência central, dispersão e variabilidade das variáveis de controlo da escala FRAS

FRAS	N	Xmin	Xmax	M	DP
Comunicação Familiar e Resolução de Problemas	26	75,0	104,0	89	8,07
Utilização dos recursos sociais e Económicos	26	14,0	31,0	23,9	3,64
Manutenção de uma perspetiva positiva	26	15,0	24,0	19,7	2,50
Ligações Familiares	26	11,0	17,0	14,1	1,79
Espiritualidade Familiar	26	4,0	14,0	10,30	1,22
Capacidade de dar Sentido à Adversidade	26	8,0	12,0	10,30	1,22
TOTAL	26	147,0	195,0	170,2	14,49

3.3. TESTE DE HIPÓTESES

Existem correlações estatisticamente significativas entre a resiliência familiar e a idade dos inquiridos

Observando a tabela 4 e analisando os dados estatísticos, verificamos que as correlações são estatisticamente não significativas entre as diferentes dimensões da escala de resiliência familiar e o seu total e a idade dos inquiridos. Como pode ser comprovado na análise dos itens “ Comunicação Familiar e Resolução de Problemas “ ($\rho = 0,07$; $p > 0,05$); “ Utilização dos Recursos Sociais e Económicos” ($\rho = 0,17$; $p > 0,05$); “Manutenção de uma Perspetiva Positiva” ($\rho = 0,11$; $p > 0,05$);” Ligações Familiares” ($\rho = 0,03$; $p > 0,05$); Espiritualidade Familiar ($\rho = -0,06$; $p > 0,05$) e Capacidade de Dar Sentido à Adversidade ($\rho = 0,11$; $p > 0,05$). Assim, podemos afirmar que para esta amostra a resiliência familiar não é influenciada pelo género dos inquiridos.

Tabela 4 – Matriz de correlação de Spearman entre a resiliência familiar e a idade dos inquiridos

	Rho	P
Comunicação Familiar e Resolução de Problemas	0,070	0,735
Utilização dos recursos Sociais e Económicos	0,177	0,388
Manutenção de uma Perspetiva Positiva	0,110	0,593
Ligações Familiares	0,031	0,879
Espiritualidade Familiar	-0,060	0,770
Capacidade de Dar Sentido à Adversidade	0,115	0,577
TOTAL	0,104	0,612

Existem diferenças estatisticamente significativas entre a resiliência familiar e o sexo

Através dos resultados expostos na tabela 5, podemos referir que há diferenças estatisticamente não significativas entre a resiliência familiar e o género dos inquiridos nos itens “ Comunicação Familiar e Resolução de Problemas” (U= 78,00 ; p>0,05); “ Utilização dos recursos sociais e económicos” (U= 78,50; p>0,05); “ Manutenção de uma Perspetiva Positiva “ (U=77,00; p>0,05); “ Ligações Familiares” (U= 56,50; p>0,05); “ Espiritualidade Familiar” (U= 66,50; p>0,47) e “ Capacidade de dar sentido à adversidade” (U=67,50; p>0,05). Deste modo, podemos afirmar que nesta amostra o género não influencia no nível de resiliência familiar.

Tabela 5 – Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre a resiliência familiar e o sexo dos inquiridos

		N	Posto Médio	Soma	U	Z	P
Comunicação Familiar e Resolução de Problemas	Masculino	10	13,70	137,00	78,00	-0,10	0,91
	Feminino	16	13,38	214,00			
Utilização dos recursos Sociais e Económicos	Masculino	10	13,35	133,35	78,50	-0,80	0,93
	Feminino	16	13,59	217,50			
Manutenção de uma Perspetiva Positiva	Masculino	10	13,80	138,00	77,00	-0,167	0,86
	Feminino	16	13,31	213,00			

Ligações Familiares	Masculino	10	11,15	111,50	56,50	-0,125	0,20
	Feminino	16	14,97	239,50			
Espiritualidade Familiar	Masculino	10	14,85	148,50	66,50	-0,71	0,47
	Feminino	16	12,66	202,50			
Capacidade de dar Sentido à Adversidade	Masculino	10	12,20	122,00	67,00	-0,71	0,47
	Feminino	16	14,31	229,00			
TOTAL	Masculino	10	13,75	137,50	77,50	-0,13	0,89
	Feminino	16	13,34	213,50			

3.4 Discussão dos Resultados

No decorrer deste capítulo vamos apresentar os resultados encontrados e analisá-los, indo ao encontro dos estudos previamente apresentados no enquadramento teórico. Esta discussão é elaborada no sentido de encontrar evidências que nos permitam intervir com as famílias, de forma a criar uma elevada resiliência familiar nas Unidades de Cuidados Naturidade.

A amostra deste estudo é constituída por 26 cuidadores informais de utentes institucionalizados na Naturidade. Os estudos relacionados com esta temática foram na maioria constituídos por mães e pais (Ferreira, 2013; Teixeira, 2014; Massano, 2016). No entanto, Assunção (2014) aplicou esta mesma escala a jovens adolescentes. Lá fora, Nadrowska, Blazek e Walter (2017) realizaram um estudo a um grupo de indivíduos da população, sem qualquer critério.

A idade dos inquiridos varia entre os 29 e os 77 anos, tendo em média 51,88 anos (DP= 12,75). Com a amostra deste estudo podemos concluir que não existe correlação entre a resiliência familiar e a idade dos inquiridos. No entanto o estudo realizado na Polónia (Nadrowska, Blazek e Walter, 2017) refere relação negativa moderada com a idade do sujeito ($r=0,415$; $p=0,018$). Segundo a Fundação Francisco Manuel dos Santos (2020) a idade média da população portuguesa é de 45,2 anos o que significa que a amostra se encontra enquadrada na média atual.

A Eurofamcare (2004) traçou o perfil de cuidadores informais de pessoas idosas de Portugal. De acordo com este relatório, “os cuidadores informais são maioritariamente familiares da pessoa de quem cuidam (nomeadamente esposas ou filhas/noras); têm idades entre os 45 e os 55 anos (no caso de filhas/noras), ou 65 anos ou mais (no caso de esposas); residem com a pessoa de quem cuidam; apresentam baixa escolaridade; prestam cuidados durante quatro ou mais horas; auferem, potencialmente, baixos rendimentos.” Os dados confirmam o obtido na nossa amostra em alguns dos seus resultados, uma vez que 61,5% dos inquiridos são sexo feminino, 73,1% são casados com o utente, a média de idades é de 51,88 anos. Por outro lado,

o nosso estudo aponta para uma percentagem de 38,5% de inquiridos com o 12º ano/ensino secundário, o que contradiz o estudo anterior que refere que os cuidadores tem baixa escolaridade.

Relativamente ao género dos inquiridos, verificamos que 38,5% são do sexo masculino e 61,5% são sexo feminino. Tal como os resultados evidenciados por Assunção (2014) que refere não existirem diferenças entre homens e mulheres, apenas quando feita essa comparação com pessoas que tenham vivenciado um episódio de crise e outra amostra que não o tenha vivenciado.

Segundo Martins (2014) a família resiliente apresenta elevados padrões de flexibilidade, vínculo familiar e sentido de coesão entre os seus membros. A pontuação máxima obtida na aplicação da Escala FRAS é de 216 e o mínimo de 54, sendo que quanto mais alto este valor maior o nível de resiliência familiar. Nesta amostra, o FRAS total foi de 170,23 (DP=14,48) podendo assumir que a nossa amostra apresenta níveis de resiliência familiar elevados. Assumindo que as famílias perante um acontecimento stressor, neste caso o internamento de um familiar, apresentam capacidade de se abrir à mudança e reorganizar.

Porém, o item com média mais baixa na aplicação do instrumento é “ Capacidade de dar Sentido à Adversidade” (M=10,30). Penso que este valor se justifica com o facto de o questionário ter um número elevado de perguntas, e algumas de interpretação dúbia, por parte dos inquiridos.

Santos (2011) refere a comunicação como essencial pois é um dos meios das famílias resolverem problemas familiares diários, assim como problemas inesperados, apesar de por vezes esta não ser eficaz. O item que possui a média mais alta, neste estudo, é o da “Comunicação Familiar e Resolução de Problemas”, tendo uma média de 89 (DP= 8,07), comprovando ser o item ao qual as famílias dão maior pontuação.

Ao contrário do apontado neste estudo, Werne e Smith (1992,2001) assinalam os recursos espirituais, a fé, práticas como a oração, assim como a afiliação religiosa como fonte de resiliência. O mesmo é apontado por Taranu (2011) referindo, com o seu estudo, uma correlação significativa positiva, mas baixa, entre o grau de resiliência e o grau de espiritualidade, apesar disso para maiores de 60 anos, os inquiridos apresentam nesse mesmo estudo níveis mais altos de resiliência e de espiritualidade.

Segundo Black & Lobo (2008), as redes de apoio funcionam como suporte à resiliência, uma vez que é importante partilhar recursos, sejam com a comunidade ou com a família, tendo a capacidade de ter apoio quando necessário e funcionando como fatores de proteção. Das famílias inquiridas 92,3% referiram não recorrer a ninguém, 65,4% referiram recorrer aos vizinhos e 57,7% aos sistemas de saúde. Apenas 50% dos inquiridos recorrem a outros familiares e 96,2% à igreja. Assim, enquanto enfermeiros deveremos realizar intervenções com as famílias, de forma a fortalecer as suas redes de apoios, uma vez que segundo um estudo realizado Anaut (2005) a doença crónica e o isolamento relacional são fatores de risco.

Como implicações deste estudo considero a importância da sua disponibilização para a aplicação da escala FRAS na população portuguesa, permitindo a sua utilização na prática de cuidados e na investigação. A utilização desta escala permite aos enfermeiros ficarem mais sensibilizados para a importância da resiliência familiar e a sua influência nas nossas práticas diárias, podendo recorrer a esta mesma escala para efetuarem uma avaliação e registo válido, e desta forma, fortalecer a resiliência nas famílias.

Na Naturidade, existe um projeto intitulado de “Levá-lo a Casa Faz Parte de Nós” onde é planeada a alta do utente, fazendo uma visita ao seu domicílio, antecipadamente da sua saída da unidade, de forma a ver as condições e limitações da habitação. Desta forma, podemos realizar um planeamento de cuidados mais direcionado a cada família, trabalhando sempre em equipa multidisciplinar, garantido uma alta com maior sucesso. A utilização deste instrumento poderá constituir uma ferramenta essencial para uma abordagem inicial, na primeira entrevista realizada à família, assim como numa abordagem final, de forma a planear a alta do utente e o acompanhamento essencial à sua família.

Da minha visão, enquanto futura enfermeira de saúde familiar, os enfermeiros não devem apenas focar-se a trabalhar os deficits da família, mas também dar ênfase às suas qualidades e capacidades, rentabilizando recursos e oportunidades para aumentar a resiliência a felicidade familiar. Assim, é crucial os enfermeiros desenvolverem competências de forma a cuidarem das famílias, de modo a permitirem o desenvolvimento e o fortalecimento de fatores proativos na superação da adversidade (Santos, 2011).

No que diz respeito às dificuldades para a elaboração deste estudo, apesar de o conceito resiliência ser cada vez mais abordado por profissionais de saúde, ainda existem poucos estudos que abordam a resiliência familiar, e poucos são os estudos que utilizam a FRAS como instrumento. Também, a disponibilidade da população acessível para o preenchimento do

instrumento obrigou a um alargamento do intervalo de tempo para o seu preenchimento, uma vez que cada inquérito era distribuído na admissão do utente.

Em estudos futuros, sugere-se a utilização de uma amostra de maior dimensão, assim como a aplicação deste estudo na altura da admissão do utente e na altura da sua alta, para se avaliar a resiliência familiar em dois momentos distintos, e assim perceber o nível da mesma perante um momento de stress/crise. Sugiro também a realização de estudos correlacionando a FRAS com outras escalas, como por exemplo a escala de QASCI, sendo esta uma escala que foi construída para a população portuguesa com a finalidade de avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais.

CONCLUSÃO

Após o diagnóstico de doença crónica, as relações familiares são alteradas. Os familiares mobilizam-se de forma a prestarem cuidados ao familiar doente. A resiliência familiar, é neste sentido, posta à prova, tendo em foco situações de crise diferentes às habitualmente observadas em estudos que utilizam a FRAS, o fator de crise é a doença crónica e início de um papel de cuidador, invés de situações de crise ou de risco na criança e sua família.

Com este estudo pretendeu-se avaliar o perfil de resiliência familiar existente nos cuidadores principais dos utentes com doença crónica das Unidades de Cuidados Continuados Naturidade, através da escala FRAS.

Na amostra em estudo, verificou-se que a idade dos cuidadores informais variou entre os 29 e os 77 anos, sendo a média de 51,88 anos, a maioria dos inquiridos era do sexo feminino. Todos os cuidadores referiram apresentar grau de parentesco com o utente.

Quando questionados sobre as suas habilitações literárias 38,5% dos inquiridos referiram ter 12º ano/ensino superior, podendo afirmar que a maioria da amostra tem escolaridade. A origem do seu rendimento familiar advém em 76,9% do trabalho, mostrando que esta percentagem ainda se encontra no ativo, não estando reformada. Esta abordagem torna-se importante para ter perceptível a necessidade de planeamento da alta.

De forma a identificar quais os recursos familiares na comunidade, que promovem a resiliência da família, foram questionados a quem recorrem perante a dificuldade: 92,3% referiram não recorrer a ninguém, 65,4% referiram recorrer aos vizinhos e 57,7% aos sistemas de saúde. Apenas 50% dos inquiridos recorrem a outros familiares e 96,2% à igreja.

Quando avaliado o nível de resiliência familiar a amostra mostrou apresentar um nível alto, apresentando uma média de 170,23, sendo que o valor da escala varia entre 54 e 216 pontos, quanto mais alta a cotação mais elevada a resiliência familiar. Podemos assim conhecer o perfil de resiliência familiar, desta amostra, sendo este um dos objetivos do estudo.

O item da escala que apresentou o valor mais alto foi o da ‘‘ Comunicação Familiar e Resolução de Problemas’’ com uma média de 89,00 (DP=8,07), por outro lado, os que apresentaram um valor mais baixo foram o de ‘‘Espiritualidade Familiar’’ (M=10,30; DP=3,44) e de ‘‘Capacidade de dar Sentido à Adversidade’’ (M=10,30; DP=1,22).

De forma a avaliar a relação entre os fatores sociodemográficos familiares e a resiliência familiar, foi feita a correlação da idade com a escala FRAS, onde foi possível observar que não

existe correlação significativa entre a resiliência familiar e a idade dos inquiridos ($p>0,005$). Da mesma, forma foi possível observar que não existe correlação significativa entre a resiliência familiar e o género destes ($p>0,005$). Assim, podemos concluir que nesta amostra não existe relação entre a resiliência e a idade e o género. Testando desta forma as hipóteses elaboradas.

Considero que a realização deste estudo me proporcionou momentos de introspeção profissional e também pessoal, de que forma a resiliência familiar influencia todos os processos ao longo do ciclo vital, neste caso específico quando somos confrontados com a doença crónica.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.
- Allen, I. A., & Greeff, A. P. (2012). Resilience factors associated with adaptation in families with deaf and hard of hearing children. *American Annals of the Deaf*, 157(4), 391-404.
- Allen, F. M., & Warner, M. (2002). A Developmental Model of Health and Nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 96-135. doi: 10.1177/107484070200800202
- Anaut, M. (2005). A resiliência: Ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores.
- Assunção, A. (2014). Resiliência e Suporte Social- Implementação de um Programa de Intervenção. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Educação. Universidade do Algarve, Faro.
- Bell, J. (2009). Family Systems Nursing: Re-examined. *Journal of Family Nursing*, 15(2), 123-129.
- Bernard; B. (2006). Using strengths-based practice to tap the resilience of families. In D. Saleebey (Ed.), *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (4^a ed.), pp. 197-220. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Boss, P. (2002). *Family stress management: A contextual approach* (2ed). CA: Sage Publications, Inc.
- Cardoso, L. et al (2011). Perspectivas Atuais sobre a Sobrecarga do Cuidador em Saúde Mental. Artigo de Revisão. Consultado a 02 de janeiro de 2019: Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a33v46n2.pdf>;
- Connor, K. M. & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale. *Depression and Anxiety*, 18, pp. 76-82.
- Diário da República (2018). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Anexo 2, pp. 19357- 19358.
- Early, T.J. & GlenMaye, L.F. (2000). Valuing families: Social work practice with families from a strengths perspective. *Social Work*, 45(2), pp. 118-130.
- Ferreira, I. N. (2013). A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência. Relatório do Trabalho de Projeto para Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Saúde

Mental e Psiquiatria. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Consultado a 02 de jan. de 2019. Disponível em

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5097/1/trabalho%20final%20MESMP.pdf>

Ferreira, H.P., Martins, L.C., Braga, A.L.F., Garcia, M.L.B. (2012). O impacto da doença crónica no cuidador. *Rev Bras Clin Med.* São Paulo, 2012 jul-ago;10(4):278-84

Ferreira, L. (2013). Resiliência, Coparentalidade, Coesão e Adaptabilidade em Famílias com Crianças com NEE. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação. Universidade do Algarve, Faro.

Ferreira, M.A.L., Pereira, A.M.N.A., Martins, J.C.A. (2016). Cuidar da Pessoa com Doença Avançada na Comunidade: Estudo Fenomológico. *Revista de Enfermagem Referência* vol.serIV no.8 Coimbra, março de 2016. Retrieved January 8, 2020 from

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000100006

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures: Lusociência.

Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição). Loures: Lusociência.

Gottlieb, L. (2013). *Strengths based nursing care: health and healing for person and family.* New York: Springer.

Hepworth, D.,Rooney, R. Ronney, G., Strom- Gottfried, K., & Larsen, J.A.(2009). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills* (8ª ed.) Florence, KY: Cengage Learning.

International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jones, E & Schoon, I. (2008) Child behavior and cognitive development. In K. Hansen & H. Joshi (Eds). *Millenium cohort study third survey: A user's guide to initial findings.* (pp. 118-144). London: Centre for Longitudinal Studies/Institute of Education/ University of London.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), pp. 543-562.

Machado, M. M. (2009). Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. Instituto de Educação e Psicologia. [Consult. 02 Jan. 2019]. Disponível em WWW: <URL:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese de Mestrado - Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o cont.pdf>>

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Consultado 03 Março 2020, disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf.

Martins, M. (2014). Resiliência Familiar: Revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafiantes. Grupo de estudos interdisciplinares: nº10 , pp. 8-9.

McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H.I. McCubbin, M.B. & J.M. Patterson (Eds)

McCubbin, M., McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel- Bissel & P. Winstead-Fry (Eds). Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention (pp. 21-63). St Louis: Mosby- Year Book.

McCubbin, H. I. Thompson, A.I. & McCubbin, M.A. (2001). Family measures: Stress, coping and resiliency. Inventories for research and practice. Honolulu: Copyright.

Melo, A. T. (2011). As forças dos profissionais e da família multidesafiada na proteção da criança. Um modelo de avaliação e intervenção familiar integrada para os CAFAP. Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.

Melo, A. T. & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. Mosaico, 48, pp. 34-41.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Oliveira, A. P. B; Schimidt, B. D; Santos, C. J; Amatneeks, T. M; Cavallet, L. H. R; Michel, R. B. (2016) Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. J Bras Nefrol. 38(4): 411-420. Retrieved February 05,2020, from http://www.scielo.br /pdf/jbn/v38n 4/pt_0101-2800-jbn-38-04-0411.pdf. A

Oliveira, P.C. M., Fernandes, H. I.V., Vilar, A.I.S.P., Figueiredo, M.H.J.S., Ferreira,M.M.S.R.S., Marinho, M.J.C.M., Figueiredo, M.C.A.B., Andrade, L.M.C., Carvalho, J.C.M.,Martins, M.M.F.P.S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families´Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes. Revista da Escola de

Enfermagem da USP. Retrieved March 26, 2019, from
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: OE (p.4)

Peixoto, M. J. & Martins, T. (2012), Adaptação do perfil da resiliência familiar à população Portuguesa. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Psicologia, Saúde & Doenças, 2012, 13 (2), 372-388.

Pereira, H. (2011). Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais, 4ª Ed., Gradiva, Lisboa

Relvas, A.P. (2016). O Ciclo Vital da Família. Perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry, 57 (3), pp. 316-331.

Rutter, M (2007). Resilience, competence and coping. Child Abuse and Neglect 31 (3), pp. 205-209.

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. Development and Psychopathology. 24, pp. 335-344.

Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience- Clinical implications. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54 (4), pp. 474-487.

Santos, S. (2011). Factores que Influenciam a resiliência dos pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos de idade – Estudos comparativos de crianças com e sem doença grave. Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEP. Retrieved February 05, 2020, from
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9373/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Santos.pdf>

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lidel- edições técnicas, Lda. Lousã.

- Silva, M. R., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: conceções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13 (26), pp. 147-156.
- Sousa, L. & Eusébio, C. (2005). When multi-problem poor individuals' values meet practitioners' values! *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15, pp. 353-367.
- Sousa, L., Ribeiro, C., & Rodrigues, S. (2007). Are practitioners incorporating a strengths-focused approach when working with multi-problem poor families? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, pp. 53-66.
- Sousa, L. (2008). *Strengthening Vulnerable Families*. New York: Nova Science Publishers.
- Szymanski, H. (2007). *A relação família/escola: desafios e perspetivas*. 2ª Edição. Brasília: Plano.
- Teixeira, A. (2014). *Resiliência e Stresse em Pais de Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação. Universidade do Algarve, Faro.
- Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes
- Walsh, F. (2002). Family resilience: A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51 (2), pp. 130-138.
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A framework for clinical practice. *Family process*, 35: 261-282.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Editora Roca.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46 (2), pp. 207-227.
- Yunes, M. A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo* (8), pp. 75-84.
- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: FA Davis Company.

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

A Resiliência Familiar em Cuidadores Informais da Pessoa com Doença Crónica

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA Nº 015/2013 da Direção- Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Sou estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar e venho convidá-lo(a) a participar, como voluntário(a) a participar num estudo intitulado por “A Resiliência Familiar em Cuidadores Informais da Pessoa com Doença Crónica”. Com o presente estudo pretende-se avaliar a resiliência familiar de cuidadores informais no processo de transição saúde-doença, em contexto de doença crónica.

Participação do Estudo - A sua participação no referido estudo consiste no preenchimento do questionário, construído pelos investigadores, que permite recolher dados sociodemográficos; medir a resiliência da família em seis fatores, a Comunicação Familiar e Resolução de problemas, a Utilização dos Recursos Sociais e Económicos, a Manutenção de uma Perspetiva, as Ligações Familiares, a Espiritualidade Familiar e a Capacidade de dar Sentido à Adversidade. A demora média de resposta é de dez (10) a vinte (20) minutos.

Condições e financiamento – O estudo não é financiado por entidades externas aos investigadores e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética.

Confidencialidade e anonimato – É mantido o anonimato e confidencialidade dos dados e são utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dele decorram. Os investigadores responsabilizam-se pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos dados do estudo. No final do estudo são eliminados. A recolha de dados é realizada por mim, na entrega do questionário à família em envelope que é, posteriormente, fechado por esta. O tratamento de dados é realizado por Verónica Fernandes Raposo.

Autonomia - Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais, antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do contacto disponibilizado (veronicafraposo@gmail.com).

A sua participação no estudo não traz riscos. Pode recusar participar no estudo, interromper a sua participação ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem quaisquer consequências.

Declaro ter lido e compreendido este documento, aceito participar no estudo intitulado “A Resiliência Familiar em Cuidadores Informais da Pessoa com Doença Crónica”, e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Considero-me informado/a e aceito participar neste estudo,

Questionário de Caracterização Sócio Demográfica

DATA: __/__/__

Por favor, não coloque o seu nome no questionário.

1. **Idade** ____ Anos

2. **Género**
 - 1) Masculino ____
 - 2) Feminino ____

3. **Qual o seu estado civil** (escolha apenas uma opção)
 - 1) ____ Solteiro
 - 2) ____ Casado
 - 3) ____ União de facto
 - 4) ____ Separado/ Divorciado
 - 5) ____ Viúvo

4. **Quais as suas habilitações literárias?** (escolha apenas uma opção)
 - 1) ____ 4ª classe/ 1º ciclo do ensino básico
 - 2) ____ Ensino preparatório/ 2º ciclo do ensino básico
 - 3) ____ 9º ano/ 3º ciclo do ensino básico
 - 4) ____ 12º ano / ensino secundário
 - 5) ____ Curso Superior

5. **Qual a principal origem do seu rendimento familiar?** (pode escolher várias opções)
 - 1) ____ Trabalho
 - 2) ____ Pensão de reforma/ aposentação
 - 3) ____ Pensão de invalidez
 - 4) ____ Pensão de sobrevivência
 - 5) ____ Subsídio de desemprego
 - 6) ____ Subsídio de doença

- 7) ___ Rendimento social de inserção
- 8) ___ Encontra-se ao cargo de outros familiares
- 9) ___ Outro. Qual? _____
- 10) ___ Sem rendimentos

6. Qual o seu grau de parentesco/ afetivo com o utente?

7. Por favor indique a quem/ onde a sua família costuma recorrer quando tem algum problema ou dificuldade

- 1) ___ Amigos/ vizinhos
- 2) ___ Outros familiares
- 3) ___ Sistemas de Saúde
- 4) ___ Igreja
- 5) ___ Ninguém
- 6) ___ Outro. Qual? _____

Family Resilience Assessment Scale – FRAS

Sixbey (2005)

(Versão adaptada à população portuguesa por Martins, Matos, Faray, Rocha, Sousa, 2013)

A presente escala tem como objetivo avaliar a capacidade da família para ultrapassar adversidades. Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale com uma cruz (X) a opção que melhor descrevesse a sua família.

Para cada afirmação escolha uma alternativa.

1	2	3	4
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. A nossa estrutura familiar é suficientemente flexível para lidar com o inesperado.	1	2	3	4
2. Os nossos amigos valorizam o que somos.	1	2	3	4
3. As coisas que fazemos uns pelos outros fazem-nos sentir parte da família.	1	2	3	4
4. Aceitamos as situações stressantes como fazendo parte da vida.	1	2	3	4
5. Aceitamos que os problemas podem surgir sem estarmos à espera.	1	2	3	4
6. Todos temos opinião nas grandes decisões familiares	1	2	3	4

7. Somos capazes de lidar com a dor e chegar a um entendimento.	1	2	3	4
8. Adaptamo-nos às exigências que nos surgem enquanto família.	1	2	3	4
9. Na nossa família estamos abertos a novas maneiras de fazer as coisas.	1	2	3	4
10. Somos compreendidos pelos outros membros da família.	1	2	3	4
11. Pedimos ajuda ou assistência aos vizinhos.	1	2	3	4
12. Frequentamos a igreja/sinagoga/mesquita.	1	2	3	4
13. Acreditamos que conseguimos lidar com os nossos problemas.	1	2	3	4
14. Pedimos esclarecimentos se não nos entendemos uns aos outros.	1	2	3	4
15. Podemos ser honestos uns com os outros na nossa família.	1	2	3	4
16. Em nossa casa podemos desabafar sem aborrecer ninguém.	1	2	3	4
17. Conseguimos chegar a um acordo quando os problemas surgem.	1	2	3	4
18. Conseguimos lidar com as diferenças na família em aceitar uma perda.	1	2	3	4
19. Podemos contar com as pessoas da nossa comunidade.	1	2	3	4
20. Na nossa família podemos questionar o significado por detrás das mensagens.	1	2	3	4
21. Conseguimos resolver grandes problemas.	1	2	3	4
22. Conseguimos sobreviver se algum problema surgir.	1	2	3	4
23. Na nossa família podemos falar sobre o modo como comunicamos.	1	2	3	4
24. Conseguimos funcionar enquanto família durante uma	1	2	3	4

dificuldade.				
25. Consultamo-nos uns aos outros acerca das decisões.	1	2	3	4
26. Encaramos os problemas de forma positiva para resolvê-los.	1	2	3	4
27. Discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções.	1	2	3	4
28. Discutimos as coisas até chegarmos a uma solução.	1	2	3	4
29. Sentimo-nos livres para expressar as nossas opiniões.	1	2	3	4
30. Sentimo-nos bem investindo tempo e energia na nossa família.	1	2	3	4
31. Sentimos que as pessoas da nossa comunidade estão dispostas a ajudar em caso de emergência.	1	2	3	4
32. Sentimo-nos seguros vivendo nesta comunidade.	1	2	3	4
33. Sentimo-nos “tomados como certos” pelos membros da família.	1	2	3	4
34. Sentimos que somos fortes ao enfrentar grandes problemas.	1	2	3	4
35. Temos fê num Ser Supremo.	1	2	3	4
36. Temos força para resolver nossos problemas.	1	2	3	4
37. Guardamos os nossos sentimentos para nós mesmos.	1	2	3	4
38. Sabemos que a comunidade ajudará se houver algum problema.	1	2	3	4
39. Sabemos que somos importantes para os nossos amigos.	1	2	3	4
40. Aprendemos com os erros uns dos outros.	1	2	3	4
41. Na nossa família dizemos o que realmente queremos dizer.	1	2	3	4
42. Participamos em atividades da igreja.	1	2	3	4

43. Recebemos presentes e favores dos vizinhos.	1	2	3	4
44. Procuramos ajuda de conselheiros religiosos.	1	2	3	4
45. Raramente ouvimos os membros da família acerca das suas preocupações ou problemas.	1	2	3	4
46. Na nossa família nós dividimos as responsabilidades.	1	2	3	4
47. Demonstramos amor e carinho uns pelos outros.	1	2	3	4
48. Dizemos uns aos outros o quanto nos preocupamos com eles.	1	2	3	4
49. Consideramos que a nossa comunidade é boa para criar os nossos filhos.	1	2	3	4
50. Achamos que não nos devemos envolver muito com as pessoas da nossa comunidade.	1	2	3	4
51. Acreditamos que as coisas vão resolver-se, mesmo nos tempos difíceis.	1	2	3	4
52. Procuramos novas maneiras de lidar com os problemas.	1	2	3	4
53. Entendemos a forma de comunicar dos outros membros da família	1	2	3	4
54. Esforçamo-nos para ter a certeza de que os membros da família não estão emocional ou fisicamente magoados.	1	2	3	4

Agradeço a sua disponibilidade e participação!

Verónica Raposo

APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EM QUE SE REALIZOU O
TRABALHO E AUTORIZAÇÃO AUTORA DA ESCALA FRAS



Verónica Raposo <veronicafraposo@gmail.com>

Pedido de Autorização para Estudo de Investigação

3 mensagens

Verónica Raposo <veronicafraposo@gmail.com>

3 de abril de 2019 às 21:31

Para: Direcção Naturidade Rio Maior <direccao@naturidade-riomaior.pt>

Exma. Administração da Naturidade Rio Maior

No âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, eu Verónica Fernandes Raposo que exerço funções de Enfermeira na Naturidade Unidade de Cuidados Continuados (Rio Maior) estou a desenvolver um trabalho de investigação que se intitula de " *A Resiliência Familiar em Cuidadores Informais de pessoas com Doença Crónica* ". O estudo, integrado na Unidade Curricular da Dissertação, decorre sob a orientação científica da Professora Doutora Helena Catarino.

Com o presente estudo pretende-se avaliar a resiliência familiar de cuidadores informais no processo de transição saúde-doença, em contexto de doença crónica. A população alvo é constituída pelos cuidadores informais dos utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados, a amostra resultará de uma amostragem não probabilística de conveniência. Vim assim, por este meio, solicitar a autorização para aquando da admissão de utentes na Unidade (durante um período ainda a definir) preencherem o questionário elaborado.

Como critérios de inclusão definimos os seguintes:

- Ter idade superior ou igual a 18 anos;
- Ser cuidador informal de um utente sobre o internamento;
- Ter um vínculo afetivo/parentesco/relação afetiva com a pessoa;
- Dominarem a língua portuguesa.

Informamos que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados em todas as etapas de investigação. Em caso de interesse enviaremos os resultados da pesquisa.

Anexamos o documento de recolha de dados e o formulário de consentimento informado.

Agradecendo a sua colaboração, ficamos ao dispor para quaisquer esclarecimentos necessários.

Com os melhores cumprimentos,

Verónica Raposo

27/04/2020

Gmail - Pedido de Autorização para Estudo de Investigação


424K

Verónica Raposo <veronicafraposo@gmail.com>

4 de abril de 2019 às 10:31

Para: "enfermagem.coordenador" <enfermagem.coordenador@naturidade-riomaior.pt>

[Citação ocultada]

 **questionario.docx**
424K

Direcção Naturidade Rio Maior <direccao@naturidade-riomaior.pt>

11 de abril de 2019 às 16:48

Para: Verónica Raposo <veronicafraposo@gmail.com>

Cc: Direcção Naturidade Rio Maior <direccao@naturidade-riomaior.pt>

Cara En^ª Verónica Raposo,
Boa tarde.

Desde já a parabenizamos pela S/ iniciativa.
Informamos que o S/ pedido foi aprovado pela Direcção Geral.

Votos de sucesso.

Com os melhores cumprimentos.

Ágata Rodrigues

[Citação ocultada]

--

Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Naturidade Rio Maior, SA

Rua dos Fundadores da Junta de Freguesia N^º 96 Arroquelas

2040-031 Rio Maior

NIF: 508 535 134

geral@naturidade-riomaior.pt

Tel.: 243 940 070 | Fax: 243 940 071



Verónica Raposo <veronicaraposo@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da Family Resilience Assessment Scale (FRAS) adaptado para a população portuguesa

Verónica Raposo <veronicaraposo@gmail.com>
Para: mhmartin@ualg.pt

15 de janeiro de 2019 às 11:55

Exma. Sra. Professora Maria Helena Martins,

Sou enfermeira e aluna do Mestrado de Enfermagem de Saúde na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leira. No âmbito do mestrado, pretendo realizar a dissertação na área da Resiliência Familiar em contexto de cuidadores informais de pessoas com doença crónica, orientado pela Professora Helena Catarino.

Na realização da pesquisa, encontrei alguns trabalhos relativos a este mesmo tema, destacando a sua publicação sobre Resiliência Familiar (Revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios) em fevereiro de 2014 em Cadernos de GREI. Sendo, deste modo, meu interesse desenvolver o estudo nesta área, vim solicitar a sua autorização para poder utilizar a Family Resilience Assessment Scale (FRAS) adaptado para a população portuguesa, numa amostra de famílias envolvidas na Unidade de Cuidados Continuados onde atualmente presto cuidados. Comprometo-me a seguir as suas orientações e a enviar os resultados obtidos com o presente estudo.

Gostaria, ainda, de saber se a tese "Resiliência, Coparentalidade, Coesão e Adaptabilidade em Famílias com Crianças com NEE", Faray (2013) constitui a versão final ou se existe um artigo publicado com o processo de validação para a população portuguesa.

Grata, desde já, pela atenção prestada,

Aguardo uma resposta.

Verónica Raposo



Verónica Raposo <veronicafraposo@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da Family Resilience Assesment Scale (FRAS) adaptado para a população portuguesa

Maria Helena Venâncio Martins <mhmartin@ualg.pt>
Para: Verónica Raposo <veronicafraposo@gmail.com>

28 de março de 2019 às 15:20

Olá Verónica,

Lamento ainda não ter respondido, mas confesso que tenho tantos emails para responder e tenho tanto trabalho neste semestre que infelizmente há emails que vão ficando para baixo e que acabo por esquecer.

Agradeço o interesse pela escala que estou a adaptar em colaboração com algumas alunas do curso de Psicologia. Já apresentei uma adaptação exploratória da escala, mas neste momento encontro-me a trabalhar para fazer a análise confirmatória da mesma, pelo que não existe ainda o artigo com esta.

Envio-lhe contudo os resultados exploratórios que apresentei num congresso em 2017, pelo que com a Tese da Luciany penso que poderá avançar com o seu trabalho.

Os meus votos de um bom trabalho.

Helena Martins


De: Verónica Raposo <veronicafraposo@gmail.com>

Enviado: 26 de março de 2019 10:05

Para: Maria Helena Venâncio Martins

Assunto: Fwd: Pedido de autorização para utilização da Family Resilience Assesment Scale (FRAS) adaptado para a população portuguesa

[Citação ocultada]

 **Adaptação da FRAS.pdf**
178K

APÊNDICE III- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPL

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/22/2019

Data: 29/05/2019

Título do estudo - A resiliência familiar em cuidadores informais da pessoa com doença crónica
--

Nome do (s) proponente (s): Verónica Fernandes Raposo e Helena Catarino

<p>O estudo intitulado “A resiliência familiar em cuidadores informais da pessoa com doença crónica” tem como objetivos “Conhecer o perfil de resiliência familiar de uma amostra de cuidadores informais em doentes com doença crónica; identificar quais os recursos familiares na comunidade que promovem a resiliência familiar e avaliar a relação entre os fatores sociodemográficos e familiares e a resiliência familiar”.</p>
--

<p>A população alvo são os cuidadores informais da pessoa com doença crónica internados numa Unidade de Cuidados Continuados e a amostra será selecionada através da técnica não probabilística por conveniência.</p>

<p>Os dados serão recolhidos através um questionário constituído por dados sociodemográficos e de resiliência familiar, instrumento devidamente validado para a população portuguesa.</p>

<p>Os investigadores já têm a autorização da instituição para a realização do estudo.</p>

<p>São garantidos os princípios da confidencialidade e do anonimato assim como a aplicação do Consentimento Informado e esclarecido.</p>
--

<p>Não estão previstos custos nem danos para os participantes.</p>
--

<p>Pelo exposto, o parecer da Comissão de Ética do IPEiria é favorável.</p>

<p>P^la CE a Presidente</p>



