

**Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Felicidade e Resiliência Familiar das Famílias Idosas de  
uma Unidade de Saúde Familiar do Norte do País**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar**

**Patrícia da Purificação Marques Pereira**

**Orientadores**

Professora Doutora Maria João Filomena Santos Pinto Monteiro

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata



**2019**



**Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**

Escola Superior de Saúde

**Instituto Politécnico de Bragança**

Escola Superior de Saúde

**Universidade de Aveiro**

Escola Superior de Saúde

## **Felicidade e Resiliência Familiar das Famílias Idosas de uma Unidade de Saúde Familiar do Norte do País**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar**

**Patrícia da Purificação Marques Pereira**

### **Orientadores**

Professora Doutora Maria João Filomena Santos Pinto Monteiro

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Composição do Júri:

Presidente: Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Arguente: Professora Doutora Assunção da Dores Laranjeira de Almeida

Orientadora: Professora Doutora Maria João Filomena Santos Pinto Monteiro

**2019**



Este relatório insere-se na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional como parte integrante para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

(Diário da República, n.º 88/2014, Série II de 8 de maio)



Dedico este trabalho a todas as famílias... em particular à minha.





## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todos os que tornaram possível a concretização deste trabalho de investigação:

Às Professoras Doutoras, Maria João Filomena Santos Pinto Monteiro e Maria Augusta Pereira da Mata, por todo o apoio e incentivo ao longo deste percurso.

A toda a equipa da USF onde o estágio se desenvolveu, em particular a disponibilidade e partilha de experiências, proporcionadas pelas enfermeiras, Maria José Carneiro e Raquel Veloso.

Aos colegas de mestrado, em especial à Cristina, pela constante presença e troca de ideias e momentos de partilha e apoio, cruciais para a evolução do relatório.

À minha amiga Cátia Fernandes, pelo empréstimo dos livros sobre SPSS, preciosos para a concretização da estatística.

À minha colega Clara Oliveira, pelos sábios conselhos e por assegurar o serviço nas minhas ausências.

A todos os meus amigos, pela compreensão da ausência, em particular à Cláudia Oliveira, pelo incentivo e apoio nesta etapa.

Aos meus pais, irmãs, cunhados e sobrinhos (em especial à Ana e Cláudia, por reverem os textos em inglês), por serem a família maravilhosa da qual faço parte, verdadeiro porto de abrigo e fonte de inspiração.

Por fim, ao Pedro, pelo apoio incondicional em todos os momentos. Obrigada por todo o amor, compreensão e desafios/dificuldades ultrapassados ao longo deste percurso.



## RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional documenta as atividades realizadas no âmbito da unidade curricular Dissertação/Trabalho de projeto/Estágio de natureza profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar do norte do país entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019.

Pretendeu-se desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista em saúde familiar: cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. O estágio revelou-se uma excelente oportunidade aprofundar conhecimentos sobre as famílias e formular intervenções de enfermagem adequados para e com as famílias, integrando os conhecimentos preconizados para a prática clínica de enfermagem de família.

Foi também objetivo desenvolver um projeto de investigação com o objetivo de descrever a felicidade subjetiva e a resiliência em famílias idosas e sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Utilizou-se metodologia quantitativa, sendo um estudo descritivo e analítico, e de corte transversal. A recolha de dados foi realizada por formulário, que incluiu a caracterização sociodemográfica, dados clínicos, escala de felicidade subjetiva e escala de perfil de resiliência familiar.

Foram inquiridos 110 idosos, mais de metade com idades entre os 65 e 74 anos, com predomínio do sexo feminino, casados e com ensino básico de escolaridade. Vivem em agregados maioritariamente compostos por dois elementos, sendo mais comuns as visitas diárias dos familiares. A maioria dos idosos padece de uma a três patologias, com predomínio da hipertensão arterial e hipertensão arterial associada a outras patologias, tomam um a quatro medicamentos por dia e não necessitam de ajuda na realização das atividades de vida diária.

A maioria dos participantes referiu sentir-se feliz e também mais feliz quando comparado com os outros, gozando a vida apesar dos problemas, e também não se sentem menos felizes do que poderiam ser.

Constatou-se baixo perfil de resiliência familiar para os questionários de mudanças familiares, flexibilidade familiar e suporte social familiar; alto perfil de resiliência familiar para o

questionário de coerência familiar; e médio perfil de resiliência familiar para o questionário de envolvimento familiar.

Quanto à relação entre a felicidade subjetiva e as variáveis sociodemográficas e clínicas verifica-se que os idosos solteiros, os que necessitam de ajuda para a realização das atividades da vida diária e os que apresentam 4 ou mais patologias, são os que se sentem mais felizes.

Quanto à relação entre o perfil de resiliência familiar e as variáveis sociodemográficas e clínicas verifica-se que o perfil de resiliência familiar é mais elevado quanto o suporte social familiar para idosos sem visitas ou com visitas anuais. Idosos com 1 a 3 patologias têm perfil de resiliência familiar mais elevado quanto ao suporte social familiar. Idosos que referem ter outras patologias revelam melhor perfil de resiliência familiar quanto à flexibilidade familiar e o suporte social familiar, enquanto idosos com diabetes *mellitus*+hipertensão arterial e diabetes *mellitus*+hipertensão arterial+outras revelam perfil de resiliência familiar mais elevado quanto ao envolvimento familiar. Idosos que não tomam medicamentos têm perfil de resiliência familiar mais elevado quanto ao suporte social familiar.

Verifica-se que, apesar da felicidade subjetiva ser referida pelos idosos, ainda há um longo caminho a percorrer no que se refere à resiliência, já que os resultados do perfil de resiliência familiar são maioritariamente baixos. Neste sentido o enfermeiro de família pode ajudar as famílias a mobilizarem os seus recursos pessoais, para que estas possam fazer face aos processos adaptativos inerentes ao envelhecimento.

**Palavras-chave:** Felicidade, resiliência, envelhecimento, enfermeiro, família.

## **ABSTRACT**

The present report of professional internship documents the activities that were performed within the scope of the Dissertation / Project work / Professional internship program of Master's degree of Familiar Health in Nursing. The internship took place in an USF on North of the country, between October 2018 and February 2019.

Its aim was to develop the inherent competencies that the familiar health care specialist nurse should have, such as taking care of a family like it's a care unit and of each of its members, during its vital cycle and on different stages of prevention; cooperate on procedures of intervention within the scope of family health care nursing.

Another goal was also to implement a resource project, aiming to address subjective happiness and resilience on elderly families and its relationship with sociodemographic and clinical variables. The internship proved to be an excellent opportunity to know better families and formulate appropriate nurse interventions for and with families, integrating the recommended knowledge for the clinical practice of family nursing.

Quantitative methodology was used, due to this being a descriptive and analytical, cross-sectional study. The data was gathered in the form of a questionnaire, which included the sociodemographic characterization, clinical data, subjective happiness scale and profile of familiar resilience scale.

A 110-elderly people were inquired, more than half with ages comprehended between 65 and 74 years old, with dominance of the feminine sex, married and with elementary school education. They live mainly in an two elements aggregate, where it is more common having daily visits from their family members. Most of this elderly people suffer from 1 of 3 pathologies, with dominance of arterial hypertension and arterial hypertension associated to other pathologies, they take between 1 to 4 medicines per day and don't need the help of daily life activities.

Most of the inquiries referred that they feel happy and are even happier when compared to others, enjoying their lives, despite their illnesses, and they also don't feel less happy of what they could be.

It was found a low profile of familiar resilience towards the questions of familiar changes, familiar flexibility and familiar social support; a high profile of familiar resilience towards the

questions of familiar coherence; a medium profile of familiar resilience towards the questions of familiar involvement.

As for the relationship between subjective happiness, sociodemographic and clinical variables, it was observed that unmarried elderly, the ones who need help to carry out the activities of daily living and those who have 4 or more pathologies, are the ones who felt happier.

Regarding the relationship between the family resilience profile and the sociodemographic and clinical variables, it was verified that family resilience profile is higher for the family social support for the elderly without visits or with annual visits. Older people with 1 to 3 pathologies have higher family resilience profile, regarding family social support. Elderly individuals who report other pathologies show a better family resilience profile regarding family flexibility and family social support. As for older adults with diabetes mellitus + hypertension and diabetes mellitus + hypertension + others, they have a higher family resilience profile regarding family involvement. Elderly who do not take medications show a higher family resilience profile than family support.

It is verified that, although the subjective happiness of elderly people, there is still a long way to go in what comes to resilience, once the results on the profile of familiar resilience are mainly low. In this aspect the family nurse can help families mobilize their personal resources, so that they can face adaptive processes inherent to aging.

**Keywords:** Happiness, resilience, aging, nurse, family.

# ÍNDICE

|                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| AGRADECIMENTOS .....                                                                                 | vii       |
| RESUMO .....                                                                                         | ix        |
| ABSTRACT .....                                                                                       | xi        |
| ÍNDICE DE TABELAS.....                                                                               | xv        |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....                                                                 | xvii      |
| INTRODUÇÃO.....                                                                                      | 1         |
| <b>CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE</b>                                 |           |
| <b>COMPETÊNCIAS .....</b>                                                                            | <b>3</b>  |
| <b>1.1. Contextualização .....</b>                                                                   | <b>5</b>  |
| <b>1.2. Reflexão sobre o Desenvolvimento de Competências .....</b>                                   | <b>7</b>  |
| <b>CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO .....</b>                                                           | <b>15</b> |
| <b>2.1. Contextualização do Estudo .....</b>                                                         | <b>17</b> |
| <b>2. 2. Enquadramento Teórico .....</b>                                                             | <b>17</b> |
| 2.2.1. Envelhecimento .....                                                                          | 17        |
| 2.2.2. Felicidade .....                                                                              | 19        |
| 2.2.3. Resiliência .....                                                                             | 21        |
| 2.2.4. Enfermeiro de família na promoção da felicidade dos idosos e da resiliência<br>familiar ..... | 22        |
| <b>2.3. Metodologia .....</b>                                                                        | <b>23</b> |
| 2.3.1. Tipo de estudo .....                                                                          | 23        |
| 2.3.2. Questão de investigação e objetivos.....                                                      | 23        |
| 2.3.3. Hipóteses/variáveis.....                                                                      | 24        |
| 2.3.4. População/amostra.....                                                                        | 24        |
| 2.3.5. Instrumento de recolha de dados .....                                                         | 25        |
| 2.3.6. Considerações éticas.....                                                                     | 26        |
| 2.3.7. Análise de dados.....                                                                         | 27        |
| <b>2.4. Apresentação e Discussão de Resultados.....</b>                                              | <b>27</b> |
| 2.4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes .....                             | 27        |
| 2.4.2. Análise descritiva da felicidade subjetiva e resiliência das famílias idosas...               | 30        |
| 2.4.3. Análise inferencial da felicidade subjetiva e resiliência das famílias idosas .....           | 34        |

|                                                                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>2.5. Conclusão .....</b>                                                                                                          | <b>55</b>  |
| <b>SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO .....</b>                                                                                         | <b>59</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                                                                              | <b>61</b>  |
| <b>APÊNDICES .....</b>                                                                                                               | <b>69</b>  |
| <b>Apêndice A - Apresentação da avaliação familiar e intervenção do enfermeiro de família à<br/>equipa da USF da ARS Norte .....</b> | <b>71</b>  |
| <b>Apêndice B - Apresentação do estudo à equipa da USF da ARS Norte .....</b>                                                        | <b>79</b>  |
| <b>Apêndice C - Instrumento de recolha de dados.....</b>                                                                             | <b>83</b>  |
| <b>Apêndice D - Modelo de consentimento informado .....</b>                                                                          | <b>89</b>  |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                                                                                  | <b>91</b>  |
| <b>Anexo A - Parecer da Comissão de Ética .....</b>                                                                                  | <b>93</b>  |
| <b>Anexo B - Autorização do ACeS.....</b>                                                                                            | <b>97</b>  |
| <b>Anexo C - Autorização para utilização da Escala de Felicidade Subjetiva de Pais Ribeiro,<br/>2012 .....</b>                       | <b>99</b>  |
| <b>Anexo D - Autorização para utilização do Questionário de Perfil de Resiliência Familiar de<br/>Peixoto e Martins, 2012.....</b>   | <b>101</b> |



## ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1.</b> Distribuição dos utentes da USF da ARS Norte por grupo etário e sexo.....                                                                    | 6  |
| <b>Tabela 2.</b> Caracterização sociodemográfica dos participantes .....                                                                                      | 29 |
| <b>Tabela 3.</b> Caracterização clínica dos participantes.....                                                                                                | 30 |
| <b>Tabela 4.</b> Resultados da EFS.....                                                                                                                       | 31 |
| <b>Tabela 5.</b> Valor da média às questões da EFS.....                                                                                                       | 32 |
| <b>Tabela 6.</b> Resultados do questionário de PRF .....                                                                                                      | 33 |
| <b>Tabela 7.</b> Valores da média do PRF .....                                                                                                                | 34 |
| <b>Tabela 8.</b> Resultados do teste <i>t de Student</i> para a questão 1 da EFS, segundo as<br>variáveis sociodemográficas e clínicas .....                  | 35 |
| <b>Tabela 9.</b> Resultados do teste <i>t de Student</i> para a questão 2 da EFS, segundo as<br>variáveis sociodemográficas e clínicas .....                  | 35 |
| <b>Tabela 10.</b> Resultados do teste <i>t de Student</i> para a questão 3 da EFS, segundo as<br>variáveis sociodemográficas e clínicas.....                  | 36 |
| <b>Tabela 11.</b> Resultados do teste <i>t de Student</i> para a questão 4 da EFS, segundo as<br>variáveis sociodemográficas e clínicas.....                  | 37 |
| <b>Tabela 12.</b> Resultados do teste <i>t de Student</i> para o valor total da EFS, segundo as<br>variáveis sociodemográficas e clínicas.....                | 38 |
| <b>Tabela 13.</b> Resultados das classificações de PRF no questionário de mudanças<br>familiares, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas .....     | 39 |
| <b>Tabela 14.</b> Resultados das classificações de PRF no questionário de coerência<br>familiar, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas .....      | 40 |
| <b>Tabela 15.</b> Resultados das classificações de PRF no questionário de flexibilidade<br>familiar, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas .....  | 41 |
| <b>Tabela 16.</b> Resultados das classificações de PRF no questionário de envolvimento<br>familiar, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas .....   | 43 |
| <b>Tabela 17.</b> Resultados das classificações de PRF no questionário de suporte social<br>familiar, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas ..... | 44 |
| <b>Tabela 18.</b> Resultados do teste <i>t de Student</i> dos questionários de PRF, segundo a<br>variável grupo etário.....                                   | 45 |
| <b>Tabela 19.</b> Resultados do teste <i>One Way ANOVA</i> dos questionários de PRF, segundo<br>a variável escolaridade .....                                 | 47 |

|                                                                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 20.</b> Resultados do teste <i>One Way ANOVA</i> dos questionários de PRF, segundo a variável visitas dos familiares.....             | 49 |
| <b>Tabela 21.</b> Resultados do teste <i>t de Student</i> dos questionários de PRF, segundo a variável número de patologias.....                | 50 |
| <b>Tabela 22.</b> Resultados do teste <i>One Way ANOVA</i> dos questionários de PRF, segundo a variável tipo de patologias mais frequentes..... | 51 |
| <b>Tabela 23.</b> Resultados do teste <i>One Way ANOVA</i> dos questionários de PRF, segundo a variável número de medicamentos .....            | 53 |
| <b>Tabela 24.</b> Resultados do teste <i>t de Student</i> dos questionários de PRF, segundo a variável ajuda na realização das AVD .....        | 54 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde  
ARS - Administração Regional de Saúde  
AVD - Atividades da Vida Diária  
cit. - citado  
cols. - colaboradores  
CSP - Cuidados Saúde Primários  
DGS - Direção-Geral da Saúde  
DM - Diabetes *Mellitus*  
EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar  
EFS - Escala de Felicidade Subjetiva  
HTA - Hipertensão Arterial  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar  
nº - número  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
p. - página  
PRF - Perfil de Resiliência Familiar  
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*  
UAG - Unidade de Apoio à Gestão  
UCC - Unidade de Cuidados Continuados  
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF - Unidade de Saúde Familiar  
USP - Unidade de Saúde Pública  
UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro



## INTRODUÇÃO

A unidade curricular Estágio e Relatório do 3º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar desenvolveu-se numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do norte do país, no período compreendido entre 02 de outubro de 2018 e 28 de fevereiro de 2019, num total de 480 horas. O estágio é o tempo de excelência para a transposição e contextualização dos conhecimentos adquiridos durante o percurso de formação, ou seja, trata-se de aprofundar e aplicar *in loco* a melhor evidência científica e também tempo de reflexão e intervenção no âmbito da enfermagem de família, que é tão antiga, mas ao mesmo tempo tão atual. A prática de enfermagem é, hoje em dia, um processo para o qual os enfermeiros são convocados a tomar decisões clínicas, utilizando a melhor evidência científica, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências do doente, no contexto dos recursos disponíveis (Peixoto, Pereira, Martins, Martins & Barbieri, 2016). Assim, a investigação é fundamental para a prática baseada na evidência e a enfermagem de saúde familiar não é exceção. Por isso, ao longo do estágio, foi nosso objetivo a realização de um estudo de investigação sob o tema “Felicidade e resiliência familiar das famílias idosas de uma USF do norte do país”.

O interesse em estudar as famílias idosas surge do aumento da esperança média de vida, bem como das dificuldades com que se pautam as famílias, associado às especificidades que esta fase da vida acarreta. Tínhamos especial curiosidade em perceber como são vivenciadas a felicidade e a resiliência e, deste modo, constituírem recursos internos e pessoais que podem ser mobilizados face às adversidades e à redefinição de objetivos que atravessam os percursos de vida familiar, em particular das mais idosas.

O processo de envelhecimento acontece a vários níveis: biológico, social e psicológico (Henriqueto, 2013). Durante esta fase da vida, o idoso reflete sobre a sua própria existência e percebe que, apesar de ter alcançado muitos dos seus objetivos, também sofreu muitas perdas, sendo a saúde uma das mais afetadas (Meneses, Silva Jr., Melo, Silva & Figueiredo, 2013). Envelhecer bem pode estar intrinsecamente ligado à satisfação com a vida e com a felicidade (Portella, Scortegagna, Pichler & Graeff, 2017). A experiência de felicidade para os idosos está ligada a uma melhor adaptação às transformações trazidas pelo envelhecimento, aos objetivos alcançados ao longo da vida, bem como à manutenção das capacidades cognitivas (Portella et al., 2017). Desta forma, não podemos deixar de interligar o conceito de felicidade durante o envelhecimento com o conceito de resiliência, ou seja, à “capacidade humana de se adaptar e

transformar situações de risco e de vulnerabilidade em potencialidades” (Ferreira, Santos & Maia, 2012, p.329). Foi desta reflexão que surgiu a motivação para estudar a felicidade e a resiliência familiar no processo de envelhecimento, pois o conhecimento neste domínio pode contribuir para uma melhor atuação dos profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro. Isto permite ao enfermeiro de família promover ações socioeducativas que favoreçam o bem-estar, a autonomia e independência dos idosos (Meneses et al., 2013) e, conseqüentemente, potenciar a felicidade e a resiliência.

O presente relatório documenta o percurso de desenvolvimento de competências, quer das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) plasmadas no Regulamento nº 428/2018, de 16 julho, quer no âmbito da condução da investigação, pelo que foram delineados os seguintes objetivos:

- 1) Cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- 2) Colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar;
- 3) Descrever a felicidade e a resiliência familiar em famílias idosas.

Este trabalho está dividido em dois capítulos: o primeiro, relativo à análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências específicas do EEESF, ao longo da realização do estágio; o segundo apresenta o estudo empírico nos aspetos relacionados com a felicidade e a resiliência das famílias idosas, integrando a contextualização do estudo, o enquadramento teórico onde se abordam as temáticas do envelhecimento, felicidade subjetiva, resiliência e o enfermeiro de família na promoção da felicidade dos idosos e da resiliência familiar; integra também uma parte metodológica onde se explanam as questões ligadas ao método de investigação selecionado e, por fim, a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

## **CAPÍTULO I**

### **ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

---





## 1.1. Contextualização

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) caracterizam-se pela proximidade aos cidadãos e comunidade e constituem uma das forças motrizes para o cumprimento dos desígnios inerentes ao plano nacional de saúde. Este define como principais eixos estratégicos: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade em saúde e políticas saudáveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015). Na mesma linha de pensamento, Portugal iniciou a reforma dos CSP, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Esta organização permite melhorar os cuidados de saúde dos cidadãos, aumentando a sua acessibilidade, proximidade e qualidade, assim como a satisfação dos utilizadores (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro). Integram o ACeS diferentes unidades funcionais: Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Unidade de Cuidados Continuados (UCC), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), USF e Unidade de Saúde Pública (USP). Destacamos as USF, com autonomia funcional e técnica, cujo principal objetivo é constituir o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção de doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Tendo em conta os objetivos e competências a desenvolver no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório, o estágio decorreu numa USF, de modo a facilitar o acesso à população, no que respeita ao trabalho com as famílias. De forma a contextualizar o local de estágio, importa referir que é uma USF modelo B (modelo para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde a prática de equipa de saúde da família é efetiva, sendo possível a contratualização de patamares de desempenho mais exigentes (Administração Central dos Serviços de Saúde, 2019), pertence a um ACeS da Administração Regional de Saúde (ARS) do norte, com horário de funcionamento das 08.00 às 20.00 horas. A equipa é composta por 6 enfermeiras, 7 médicas e 4 administrativas. Conta também com a colaboração de 2 médicos internos. Tem inscritos 12.256 utentes, à data de 04 de abril de 2019 (Ministério da Saúde, 2017a), encontrando-se aberta a inscrição de novos utentes, uma vez que uma das médicas integrou recentemente a equipa. A organização dos cuidados de enfermagem funciona segundo

os pressupostos do enfermeiro de família, tendo em consideração a área geográfica. A taxa de utentes com médico e enfermeiro de família é de 100%.

A população que se encontra inscrita na USF é predominantemente feminina, verificando-se esta diferença em todas as faixas etárias, conforme se pode verificar na Tabela 1.

**Tabela 1.**

Distribuição dos utentes da USF da ARS Norte por grupo etário e sexo

|                        | Sexo masculino | Sexo feminino | Total |
|------------------------|----------------|---------------|-------|
| <b>Até 6 anos</b>      | 336            | 374           | 710   |
| <b>7 aos 64 anos</b>   | 4881           | 4951          | 9832  |
| <b>65 aos 74 anos</b>  | 483            | 529           | 1012  |
| <b>Mais de 75 anos</b> | 274            | 428           | 702   |
| <b>Total</b>           | 5974           | 6282          | 12256 |

Fonte: DGS (2017b).

Trata-se de uma população essencialmente urbana, com atividades profissionais ligadas à indústria têxtil e de componentes para automóvel. Uma percentagem reduzida de população reside em meio rural, assistindo-se ao seu aumento, com a inscrição de utentes residentes numa freguesia, onde a principal ocupação é a agropecuária. Com a inscrição destes utentes, verificou-se também um aumento de famílias mais carenciadas, do ponto de vista socioeconómico e de acesso a cuidados de saúde, exigindo uma atenção particular e específica e à sua referenciação e articulação para diferentes recursos da comunidade.

O estágio decorreu no período compreendido entre 02 de outubro de 2018 e 28 de fevereiro de 2019, num total de 20 semanas, sob a orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária e uma enfermeira mestre em ciências de enfermagem.

Atendendo à evolução dos CSP, a saúde familiar tem vindo a demonstrar-se como área emergente e diferenciada, pelo que foi criada a especialidade de enfermagem de saúde familiar (Regulamento nº 428/2018, de 16 julho). Dessa forma, foram delineados objetivos para o estágio, em consonância com as competências do EEESF, plasmadas no regulamento supracitado, a saber:

- Cuidar da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

## 1.2. Reflexão sobre o Desenvolvimento de Competências

O EEESF trabalha com o foco na família e não apenas no indivíduo. Realiza o atendimento à família como alvo de cuidados e não apenas como contexto em que o indivíduo se insere (M. Silva, Costa & Silva, 2013). As suas competências foram recentemente aprovadas no Regulamento nº 428/2018, de 16 julho.

A equipa multiprofissional pertencente à USF onde decorreu o estágio facilitou a proximidade às famílias, permitindo a implementação de intervenções de enfermagem especializadas dirigidas às mesmas. De forma gradual e progressiva e à medida que se concretizou a plena integração na USF, realizamos diferentes atividades, de entre as quais se destacam as consultas de enfermagem, assumindo uma lista de utentes e famílias.

Assim sendo, apresentamos em seguida a reflexão sobre as competências desenvolvidas (que se incluem em cada objetivo do estágio) em função de cada unidade de competência estabelecida pela Ordem dos Enfermeiros, salvaguardando que nem sempre é fácil, já que a avaliação e intervenção na família mobilizam diferentes competências para a concretização de uma perspetiva sistémica e integradora que deve ser privilegiada no cuidado familiar.

***Cuidar da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.***

Tomar a família como foco dos cuidados foi, sem dúvida, o maior desafio colocado na prática de cuidados. Ainda muito enraizada está a abordagem a cada membro da família, e a realização de consultas ao agregado familiar é vista com algum ceticismo por parte dos utentes. Em contexto de visita domiciliária, foi mais facilitado o processo de considerar a família como sistema, dado que a interação se estabelece no contexto natural da família, com os membros que a integram, numa relação de maior proximidade e mais simétrica. Em contexto de unidade de saúde, o foco dos cuidados foi o indivíduo e a família como contexto do desenvolvimento individual (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010), registo que também predominou, uma vez que a maioria dos utentes se dirige à consulta sozinha. Quando cuidamos de um membro do agregado familiar fica mais limitada a capacidade de apreender a totalidade do sistema familiar, e de igual modo ficam limitadas as intervenções de enfermagem dirigidas à família. Porém, seria mais benéfico poder consultar os restantes membros e delinear o processo de enfermagem familiar de uma forma mais global à família. Uma estratégia adotada para

colmatar esta dificuldade foi consultar antecipadamente a lista de utentes agendados, analisar as características e necessidades específicas do agregado familiar, verificando a possibilidade de mais elementos comparecerem à consulta. Nos casos em que não foi possível reunir os elementos do agregado familiar naquele dia, solicitou-se que os restantes familiares comparecessem noutro momento, de modo a dar continuidade à avaliação/plano de cuidados à família. Desta forma, apesar de a maioria das consultas ser dirigida ao indivíduo, esteve sempre uma intencionalidade objetiva de não descurar a perspetiva sistémica da família, quer na avaliação, quer na intervenção e avaliação de resultados. Foi assumido o compromisso de considerar a família como alvo dos cuidados, consolidando os pressupostos de cuidar com a família.

***Estabelecer relação com a família para promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas.***

A relação com a família acontece naturalmente durante a consulta, devendo o enfermeiro mostrar-se disponível e demonstrar atitude empática. Gradualmente, à medida que se estabelece uma relação de parceria, percebe-se quem assume a liderança, sendo mais fácil comunicar com estes elementos. Enquanto enfermeira de família, procuramos estimular a participação dos restantes membros do agregado familiar. Foi possível constatar que a perceção de cada elemento sobre determinada situação familiar é diferente, o que permitiu compreender melhor as dinâmicas e relações familiares. Por isso, na consulta de enfermagem de saúde familiar, a empatia deve mesmo ser um *estar com*, que permite o enriquecimento na atenção recíproca (Ranieri & Barreira, 2012), o que nos remete para uma abordagem colaborativa, para e com a família na prática de cuidados, possibilitando a “concretização da mudança, em face dos objetivos negociados e perspetivados para a maximização do potencial de saúde familiar” (Figueiredo & Martins, 2010, p.558).

***Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família.***

Uma das estratégias que adotamos para recolher dados familiares importantes, foi o preenchimento das ferramentas existentes no sistema SClínico, com os dados da avaliação inicial, relativos ao processo familiar. Estes dados têm a particularidade de poderem ser inseridos informaticamente no restante agregado familiar. Incluem dados sobre as condições da habitação, nível socioeconómico (Escala de Graffar), ciclo de vida de Duvall, tipo de família,

Escala de Risco Familiar Garcia-Gonzalez e Escala de Risco Familiar Segovia Dreyer. Sobre estas duas escalas, necessitamos de efetuar pesquisa, para melhor compreendermos os objetivos e processo de aplicação. A Escala de Risco Familiar de Garcia-Gonzalez, igual à denominada Escala de Imperatori, pretende avaliar a vulnerabilidade de cada agregado familiar, sendo que cada item alterado aumenta a vulnerabilidade familiar (Branco, 2013). A Escala de Risco Familiar de Segovia Dryer verifica se determinado agregado familiar tem risco aumentado para o aparecimento de patologia ou problemas, de acordo com a presença ou ausência de critérios de risco (Branco, 2013). Apesar de ambas serem escalas de risco familiar, optou-se por preencher as duas, uma vez que têm objetivos diferentes. As informações recolhidas proporcionam, de forma rápida, uma visão geral do contexto familiar e também das competências a serem desenvolvidas no seio familiar. Assim, a avaliação do estado de saúde da família é fundamental no sentido de potenciar as relações entre os familiares, que designamos de forças familiares. As forças familiares são uma mais-valia para encontrar soluções para os problemas, permitindo um maior envolvimento da família no processo de gestão de cuidados, com graus de satisfação nesse envolvimento incomparáveis (C. Oliveira & Encarnação, 2017). Verificamos que, na prática de cuidados dirigidos a famílias que cuidam de elementos com dependência, nomeadamente nos autocuidados, é fundamental enaltecer e relevar as qualidades e capacidades dos cuidadores, para que mantenham, quer a motivação, quer a capacidade para o desempenho adequado do papel de cuidador. A intervenção do enfermeiro de família na capacitação para o desempenho do papel de cuidador visa a prestação de cuidados de qualidade e aliviar a sobrecarga. Deve atentar na promoção e vigilância de saúde, e na necessidade de algum tempo livre para o próprio cuidador. Para evitar a sobrecarga do cuidador, é muito importante que este tenha auxílio no seu papel. No seu estudo, Mata (2012) destaca o seguinte:

Mais de metade dos cuidadores afirmou que obtinha ajuda no cuidado ao idoso dependente, sendo essa ajuda prestada, maioritariamente, por serviços de apoio domiciliário. Dos cuidadores que afirmaram não receber ajuda, mais de metade mencionou vontade de a ter, e elegia os familiares como primeira opção para o fornecimento da mesma. Esta vontade pode advir do facto de, tradicionalmente, se entender a família como a unidade social a quem compete primariamente o cuidado ao idoso dependente. Pode ainda entender-se que, apesar da existência destes serviços de apoio social, muitas vezes eles não são utilizados, por três razões essenciais: o desconhecimento da sua existência; a inexistência destes apoios na zona de residência ou ainda as dificuldades para cobrirem os encargos inerentes à sua utilização. Esta poderá ser, quiçá, a principal razão para a sua não utilização dada a realidade da amostra cuidada, constituída maioritariamente por cuidadores que auferem reformas de baixo valor e o recurso aos serviços de apoio formal significar o aumento do quantitativo, já por si grande, despendido nas atividades do cuidado. (pp.183-184)

***Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.***

O estágio proporcionou-nos o contacto com situações complexas, quer pela natureza dos cuidados, quer pela articulação e referenciação com diferentes recursos de saúde e comunitários, que passamos a exemplificar: um casal com apenas uma filha, que se encontra a viver no estrangeiro, em que o pai demonstra uma reação de luto face à atual ausência da filha; famílias com um dos elementos em situação de doença terminal, que tentam fazer face, não apenas aos tratamentos, mas também à ansiedade/exaustão dos cuidadores; família alargada, de baixos recursos, com dificuldades de comunicação entre o casal, duas filhas grávidas, uma delas, ainda adolescente; casais de idosos sem filhos, que lidam com os processos e desafios que se colocam ao envelhecimento; vivência da felicidade da pessoa idosa que é confrontada com uma mudança de papel (avô) face ao nascimento de um novo membro da família.

Face à diversidade e singularidade das famílias, a história familiar, interação entre os seus elementos perante as situações, foi comum clarificar dúvidas e colaborar com a família na tomada de consciência e análise participativa no enfrentamento dos desafios e adversidades do percurso de vida da família (promovendo a colaboração da família na elaboração de um plano de cuidados adequado), respeitando as suas crenças culturais e espirituais. Mais do que focar nos problemas, é necessário ensinar as famílias a focar nas soluções! Tentar que mesmo em situação de stresse, saibam desenvolver a resiliência, procurando restaurar a ordem, equilíbrio e harmonia (Martins, 2014).

***Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.***

A consulta de enfermagem foi o momento privilegiado de contacto com os utentes e família. Na USF onde desenvolvemos o estágio, as consultas funcionam em articulação com a equipa médica, nomeadamente a consulta de saúde infantil e juvenil, planeamento familiar, saúde materna, hipertensão, diabetes e saúde do adulto e do idoso. Em todas as consultas são avaliados parâmetros adequados à situação, dando resposta aos programas de saúde implementados. Para cada caso são efetuadas intervenções educativas para promoção da saúde e introduzidas medidas educativas para uma melhor gestão do regime terapêutico. A compreensão alargada da família e do contexto de comunidade em que ela vive é muito importante para ajudar a encontrar a melhor estratégia para a intervenção. Por isso, uma das formas de abordar o sistema familiar, usando evidência científica, foi feita através da apropriação e aplicação de modelos de avaliação

e intervenção familiar, optando por utilizar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), como quadro de referência à prestação de cuidados à família, “promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento” (Figueiredo, 2012, p.3).

***Intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.***

Perante situações complexas como as referidas anteriormente, foram desenvolvidos processos de enfermagem, através da implementação do MDAIF (Figueiredo, 2012), utilizando as ferramentas existentes no SClínico. Um dos exemplos é de uma primeira consulta de acompanhamento da gravidez a um casal, cuja mãe é ainda adolescente e com antecedentes de tratamento recente a um melanoma e ainda acompanhada em unidade hospitalar por este motivo. Foram efetuados ensinamentos sobre a gravidez e indagou-se como iria cuidar da criança, uma vez que se encontra a estudar. Percebe-se que irá ter apoio do companheiro e da família que também já tem apoio social. Informamos a equipa médica desta situação, de modo a que dificuldades de cariz social possam ser suplantadas no decorrer da gravidez.

Em situações complexas como a anteriormente referida, a abordagem à família em CSP não pode descurar a promoção da saúde. Assim, procuramos integrar na compreensão e resolução de fenómenos de saúde-doença, a perspetiva do modelo salutogénico de Antonovsky, que procura explorar as variáveis responsáveis pela proteção e desenvolvimento da saúde, sendo que a saúde não é apenas um estado de ausência de doença, mas um estado de bem-estar mental e presença de indicadores de funcionamento positivo (Carvalho & Dias, 2012).

***Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa.***

Esta unidade de competência traz-nos o desafio de encorajar a família a partilhar a sua história. Este é um ponto muito importante a refletir, dado que esta partilha permite-nos ajudar a elevar a consciência das forças e oportunidades de crescimento na família. Ao longo do estágio, verificamos que, muitas vezes, esta partilha é mais facilitada na presença do enfermeiro, que habitualmente a acompanha. Ainda assim, foi possível constatar que uma utente marca as suas consultas desfasadas das do marido, precisamente para poder falar abertamente das suas dificuldades e encontrar formas de gerir a sua comunicação com o marido e a melhorar a relação dinâmica do casal.

Gostaríamos também de salientar a inscrição recente de várias famílias nesta USF, que têm de se adaptar à nova equipa, o que exige por parte dos profissionais novas estratégias para fazer face ao binómio saúde/doença e, em particular, das situações transacionais mais complexas. As situações mais complexas, foram analisadas sob a teoria das transições de Meleis que refere que transição é o período de tempo que ocorre entre um e outro estado estável, presumindo diversas adaptações. De entre as enumeradas, incluem-se experiências de doença, transições desenvolvimentais e transições sociais ou culturais (Chick & Meleis, 1986). Neste contexto assumimos como essencial a pesquisa dos pontos fortes da família, promovendo os recursos para que a família seja capaz de gerar processos adaptativos face às situações que vai vivenciando, recursos que passam pela articulação com a assistente social, a nutricionista, equipa de cuidados continuados integrados, de acordo com as necessidades da família.

#### ***Envolvimento ativo e intencional na prática de enfermagem de família.***

A equipa da USF teve uma atitude facilitadora na adaptação à nossa metodologia de trabalho. Existiram vários momentos de partilha de experiências, com os vários elementos da equipa de enfermagem, todos eles muito enriquecedores, pois as colegas já levam vários anos de experiência em trabalhar com as famílias. Por outro lado, sentimos que as ferramentas adquiridas durante o período letivo, foram uma mais-valia para a equipa e para perspetivar o trabalho de enfermeiro de família de uma forma mais sistemática.

As USF devem cumprir diversos indicadores de desempenho: acessibilidade e satisfação do utente e profissionais. Ao longo deste estágio, tivemos oportunidade de colaborar na verificação de listas de utentes não frequentadores da USF e também de atualização de programas de saúde abertos e não atualizados. Este trabalho foi fundamental para o conhecimento das famílias inscritas, bem como do seu estado de saúde. É um trabalho que permite usar a criatividade para motivar os utentes a aceder aos cuidados de saúde, bem como mostrar a proatividade do trabalho dos enfermeiros de saúde familiar.

#### ***Avaliar as respostas da família às intervenções de enfermagem.***

Face à duração do período de estágio, nem sempre foi possível realizar a avaliação de resultados face às situações mais complexas. Ainda assim, em algumas das famílias, sobretudo naquelas em que se encontrou um histórico de baixa adesão ao regime terapêutico, foi possível cumprir o regime terapêutico pré-estabelecido, verificando-se ganhos a nível do processo familiar.



***Colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.***

A articulação e gestão dos recursos existentes à prestação de cuidados às famílias nem sempre é fácil. Neste momento, existe uma ferramenta disponível no SClínico, que permite efetuar a referenciação de utentes e famílias, contudo, é prática comum contactar diretamente o profissional para onde se referencia. O que também é uma mais-valia, pois torna possível explicar as situações que precisam ser referenciadas no sentido de garantir respostas mais eficazes e a continuidade de cuidados.

***Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados às famílias.***

A articulação com outras equipas de saúde foi feita maioritariamente com a equipa médica, mas também com a assistente social, psicóloga e equipa de saúde escolar, especialmente nos casos em que se verificou necessidade de intervenção de uma maior rede de suporte. Assim, foram sinalizadas famílias com crianças com baixo rendimento escolar, situação de gravidez na adolescência, idosos sem suporte familiar e necessidades de apoios domiciliários. A articulação com outros membros da equipa permite complementar o trabalho do EEESF, potenciando na unidade familiar as áreas que se encontram alteradas e que extravasam o campo de atuação do enfermeiro de família.

***Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.***

Neste campo, salienta-se o facto de termos procurado, desde o início, dar a conhecer à equipa o propósito do nosso estágio e área de intervenção. Para tal, apresentamos à equipa de enfermagem o resultado da avaliação de uma família através da implementação do MDAIF (Figueiredo, 2012) (*Apêndice A*), que permitiu à equipa conhecer uma nova dimensão de estudo, cuidado e intervenção familiar, assim como proceder ao registo destes dados no SClínico (de acordo com os instrumentos de avaliação disponíveis nesta plataforma de registo).

A apresentação da fase inicial do estudo empírico à equipa multiprofissional (*Apêndice B*), em reunião de formação, permitiu uma visão mais alargada do papel que o enfermeiro de família poderá desempenhar no âmbito do cuidado específico junto das famílias e contributo na investigação. Aguarda-se a análise de dados para apresentar os resultados obtidos, para se poder implementar uma estratégia de trabalho com as famílias, no âmbito das áreas estudadas.



## **CAPÍTULO II**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

---



## **2.1. Contextualização do Estudo**

A investigação científica é a base da produção de conhecimento e o motor de desenvolvimento. Permite resolver problemas ligados ao conhecimento, procurando de uma forma ordenada e sistemática encontrar respostas para questões que necessitem de investigação (Fortin, Côté & Vissandjée, 2003). O interesse pela temática da felicidade e resiliência familiar durante o envelhecimento surge, por um lado, do conhecimento acerca do aumento da esperança média de vida e, por outro lado, da experiência profissional. Com o envelhecimento da população, verifica-se a aquisição de especificidades relacionadas com a saúde que, muitas vezes, se traduzem em dificuldades com que se pautam as famílias, ao cuidar dos seus familiares idosos. Por outro lado, com a experiência de trabalho diário, constatamos que existem muitos idosos que vivem sozinhos e isolados da restante família, sem ter apoio para algumas das suas necessidades quotidianas. Desta forma, pretendemos estudar a felicidade subjetiva no grupo de idosos e se são resilientes para ultrapassar as adversidades decorrentes do envelhecimento. A concretização do estudo decorreu entre 02 de outubro de 2018 e 28 de fevereiro de 2019, num total de 20 semanas, numa USF da ARS Norte, coincidindo com a duração total do estágio. Verificou-se que a população desta USF tem um reduzido universo de idosos, contando com 1.714 utentes com mais de 65 anos, para uma população total de 12.256 utentes. Numa fase inicial, foram analisadas as listas de utentes com idosos, para verificar quais destes viviam exclusivamente com utentes com mais de 65 anos. Constatou-se que 583 utentes vivem em agregados familiares constituídos por pessoas com mais de 65 anos.

## **2.2. Enquadramento Teórico**

### **2.2.1. Envelhecimento**

O aumento da esperança de vida leva ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo, exigindo uma resposta abrangente da saúde pública (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Em Portugal, consideram-se idosos as pessoas com 65 e mais anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002). O envelhecimento populacional é definido a nível coletivo, com base na proporção da população idosa na população total (DGS, 2017). Dados da PORDATA (2018) mostram que o índice de

envelhecimento em Portugal passou de 27,5%, em 1961, para 153,2%, em 2017 (INE, 2018a). Enquanto o envelhecimento se define “como um processo, a fase da velhice caracteriza-se pelo estado de ‘ser velho’ que, por sua vez, está implicado com o – ou é resultado do - processo de envelhecimento e ambos acontecem dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos” (Schafer & Biasus, 2013, p.357).

“O envelhecimento bem-sucedido constitui-se como um processo evolutivo, produtivo e saudável, que requer adaptações às mudanças implícitas ao normal envelhecimento do organismo (quer ao nível biológico, social ou psicológico), encontrando soluções para as suas condições de vida associadas a estas mudanças” (Mello et al., 2016, p.41). Podemos, então, inferir que o “envelhecimento saudável é visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica” (Valada, 2011, p.35).

Embora a maior parte dos idosos apresente múltiplos problemas de saúde com o passar do tempo, a idade avançada nem sempre implica dependência (OMS, 2015). Apesar disso, com o envelhecimento da população, é inegável assistirmos ao aumento de pessoas idosas em situação de incapacidade funcional. Esta situação requer uma reflexão sobre o envelhecimento e os mecanismos através dos quais se pode promover um maior bem-estar para a pessoa idosa (Barbosa, 2014), impondo novos desafios à sociedade, aos profissionais de saúde e à criação de políticas de saúde que promovam estratégias eficazes para o aumento da qualidade de vida na terceira idade (Pinto, 2012). Deve, também, encarar-se como um desafio às famílias para lidar com “vários obstáculos impostos pela necessidade de prestar cuidados diretos a familiares, que se encontram em situação de dependência, em consequência de incapacidades funcionais” (Pinto, 2012, p.18). Define-se como dependência uma situação de incapacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente. O estudo de Pinto (2012) demonstrou que a maioria dos idosos avaliados era portadora de elevados níveis de incapacidade e dependência para a realização das atividades da vida diária (AVD) (10% dos idosos encontram-se sempre acamados ou sempre sentados), sendo o banho, a higiene pessoal e o vestir/despir as tarefas básicas mais comprometidas. Contudo, revelaram alguma independência em atividades de lazer e na leitura.

Em Portugal, é frequente o conceito de envelhecimento estar diretamente associado à dependência. No entanto, estas construções afetam a autoestima e identidade dos idosos (DGS, 2017). Como tal, é importante contrariar esta tendência, uma vez que as pessoas mais velhas

podem contribuir de muitas formas: fornecendo apoio emocional em momentos de stresse ou aconselhamento em problemas desafiadores (OMS, 2015). Num contexto de relações e solidariedades intergeracionais, a inclusão das pessoas idosas no quotidiano e na transmissão de conhecimentos e saberes, estímulos, valores e tradições, é uma mais-valia para as gerações mais novas. “Na perspetiva da pessoa idosa, esta interação é potenciadora de bem-estar, integração e reconhecimento social” (DGS, 2017, p.30).

Outro assunto a destacar nesta temática diz respeito a polimedicação/polifarmacoterapia, em virtude das múltiplas comorbilidades presentes (DGS, 2017). Vários estudos indicam que, na população idosa, encontram-se “prevalências elevadas de medicação crónica” (De Santis, 2009, p 6). “A polifarmacoterapia está associada ao aumento do risco de iatrogenia e de gastos em saúde” (Broeiro, Maio & Ramos, 2008, p.625), pois o elevado número de medicamentos pode “acarretar um aumento do risco de reações adversas, interações, internamentos hospitalares e problemas de adesão à terapêutica, entre outros” (DGS, 2017, p.12). Deste modo, trata-se de um assunto com especial relevo para os profissionais que desenvolvem trabalho com a população idosa. Por outro lado, devemos salientar as situações, em que devidamente supervisionada, essa polimedicação é efetivamente necessária para o tratamento e gestão da doença crónica, nesta faixa etária (DGS, 2017). Considera-se polimedicado minor o utente que faz 2-4 medicamentos, sendo considerado polimedicado major se faz mais de 5 medicamentos (De Santis, 2009).

Neste breve cenário que enquadra o processo de envelhecimento, emerge a necessidade de avaliar fenómenos, como a felicidade e a resiliência, que podem ser equacionados como protetores às adversidades de diferente natureza que caracterizam esta etapa do ciclo de vida.

### 2.2.2. Felicidade

“A busca pela felicidade, o bem supremo na vida de uma pessoa, sempre foi algo desejado no decorrer da história da humanidade” (Portella et al., 2017, p.94). A felicidade é um sentimento subjetivo e entendido de forma diferente para cada pessoa.

Para muitos, a felicidade restringe-se aos atos de trabalhar, produzir, ganhar dinheiro, consumir, seguir a moda, satisfazer desejos de forma compulsiva e imediata, etc. Porém, a busca por uma felicidade mais consistente segue referências mais profundas, como a realização pessoal, execução de um projeto de vida com propósitos, enaltecendo qualidades subjetivas ou da alma, como o cuidar de si, a autoestima, o autoconhecimento, a satisfação racional dos desejos e prazeres, a

participação em grupos de convivência, o convívio familiar, a saúde integral, a autonomia, a dignidade, a sexualidade, a espiritualidade, a paz, etc. (Luz & Amatuzzi, 2008; Pessini, 2014; Wibeling, 2014, cit. por Portella et al., 2017, p.94)

Presentemente, resultante do desenvolvimento económico, político, cultural e tecnológico da humanidade, a felicidade é novamente um assunto em estudo e discussão, naturalmente estruturada noutros valores (Portella et al., 2017). Surgem, por isso, vários conceitos ligados à felicidade: bem-estar, ter saúde. Ter saúde é riqueza e, por isso, felicidade, tal como a existência de amor entre as pessoas (Portella et al., 2017). Para os idosos, envelhecer de forma saudável e feliz é mais do que ter saúde. Envolve também bem-estar psicológico e relações interpessoais. “O envelhecimento saudável é compreendido pelos idosos como processo consequente ao equilíbrio da capacidade funcional, da função cognitiva, da memória, da felicidade, da autonomia, do estilo de vida, da construção individual e da dinâmica afetiva e social” (Mantovani, Lucca & Neri, 2016, p.220). Podemos, então, afirmar que a manutenção de vínculos, relações familiares e espiritualidade se traduzem em felicidade (Portella et al., 2017).

“O bem-estar subjetivo está associado a um envelhecimento saudável, sendo um indicador de saúde mental e também sinónimo de felicidade, ajuste e integração social” (Arantes et al., 2015, p.5). Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS (2014), a “autonomia depende fortemente da realização das necessidades básicas de um adulto maior e, por sua vez, possui grande influência sobre a dignidade, integridade, liberdade e independência dos adultos maiores e tem sido repetidamente identificada como uma componente central do seu bem-estar geral” (p.21).

Para Meneses e cols. (2013), “felicidade, união familiar e experiência de vida são sinónimos de um envelhecimento bem-sucedido” (p.18). O estudo de Portella e cols. (2017) demonstrou que a “maioria das mulheres se diz satisfeita com a vida e se sente feliz, mesmo com as adversidades” (p.93), enfrentadas no decorrer das suas existências. As participantes deste estudo, independentemente do estado conjugal, consideram a família a maior fonte de satisfação e felicidade, traduzindo-se no convívio com os familiares, e na idade avançada, nas visitas dos netos e na observação do sucesso atingido pela família. Por outro lado, Lima, Barros e Alves (2012) verificaram que “a prevalência de idosos que se declararam felizes foi significativamente maior nos homens e nos mais jovens, nos casados em relação aos viúvos” (p.2282), naqueles com maior nível de escolaridade e rendimentos mais elevados, “nos que ainda trabalham e nos idosos que possuem carro e acesso à internet” (p.2282).



Ter uma boa velhice significa viver um processo contínuo de adaptações e aprendizagens, onde há perdas e ganhos, obtenção de experiências, vivências e uma busca constante de integridade e bem-estar (Neri, 2007). “Envelhecer bem está intimamente ligado à satisfação com a vida” e a sensação de felicidade (Portella et al., 2017, p.93).

### 2.2.3. Resiliência

A resiliência é a “capacidade humana de se adaptar e transformar situações de risco e de vulnerabilidade em potencialidades” (Ferreira et al., 2012, p.329). Para que a adaptação ou superação de situações de adversidade se concretize, podem ser mobilizados fatores protetores de resiliência (Arantes et al., 2015), sem subestimar os fatores de risco ou vulnerabilidade (Augusto, 2014). Segundo Leal (2007), fatores de risco são os que “aumentam a probabilidade de resultados disfuncionais, ou menos positivos, no desenvolvimento e ajustamento dos indivíduos” (p.5). Por outro lado, os fatores de proteção possuem a “capacidade de contrabalançar os efeitos da adversidade, permitindo diminuir ou anular os seus efeitos negativos” (p.5). Os fatores de proteção podem ser recursos ou características internas “(inteligência, autoeficácia, personalidade atrativa, competências sociais)” ou externas (apoio da família nuclear e alargada e/ou de outras pessoas significativas-vizinhos, instituições religiosas, etc) (Leal, 2017, p.6).

O estudo realizado por Ferreira e cols. (2012) demonstrou fatores protetores que conduzem à resiliência nos idosos: bom suporte familiar, proximidade à religião, autoestima e apoio social. É por meio destes recursos que “os idosos têm possibilidade de enfrentar positivamente as adversidades que marcam essa fase do desenvolvimento, obtendo êxito no decorrer do processo de envelhecimento” (Ferreira et al., 2012, p.329).

Uma das questões que tem emergido atualmente no seio da comunidade científica, nomeadamente entre os profissionais de saúde e de educação, é o facto de, determinadas famílias, perante uma situação de severa adversidade, conseguirem ajustar-se, responder positivamente e saírem fortalecidas, otimistas e renovadas - ou seja, transformadas positivamente. (Augusto, 2014, p.63)

As famílias estão sujeitas a tensões quando os fatores de stresse (problemas) afetam as suas linhas de defesa. A reação da família depende da forma como esses fatores afetam a unidade familiar, e da capacidade de adaptação que a família tem para manter a estabilidade. A adaptação é a atividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais. “Sendo a família um sistema, as características e o

comportamento de cada um tem repercussões no bem-estar geral e a nível individual de cada um dos seus membros” (Peixoto & Martins, 2012, p.372). A resiliência familiar consiste na superação bem-sucedida dos familiares diante da adversidade, que lhes permite florescer com calor, apoio e coesão (Black & Lobo, 2008). “O facto da família ver a sua condição como algo que pode ultrapassar, concentra os seus esforços na sua força e potencial, confiando no que o futuro lhe reserva” (Augusto, 2014, p.187), permitindo desenvolver as mudanças necessárias para recuperar a estabilidade funcional e a satisfação familiar.

“Diante desta multidimensionalidade, o processo de envelhecimento necessita da atenção dos diversos profissionais e políticas de saúde, buscando propiciar ao idoso melhores condições de vida e mecanismos que promovam o bem-estar e a saúde” (Mello et al., 2016, p.33). No contexto dos CSP, mais especificamente nas USF e UCSP, o enfermeiro de família detém um papel fundamental, na medida em que, ao perceber e valorizar na prática clínica os fatores de resiliência, promove, em colaboração com a pessoa idosa, a manutenção da sua saúde e qualidade de vida (Mello et al., 2016).

#### 2.2.4. Enfermeiro de família na promoção da felicidade dos idosos e da resiliência familiar

“A equipa de cuidados de saúde primários tem um papel fundamental nos cuidados aos idosos, sobretudo os mais frágeis e dependentes” (Barbosa, 2014, p.3).

O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da OMS, 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, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. “A enfermagem de família constitui-se como uma área específica no contexto geral da enfermagem que dá ênfase às interações dos elementos da família, numa perspetiva sistémica dos cuidados” (Figueiredo & Martins, 2010, p.552).

Uma das competências dos enfermeiros de família é cuidar da família como uma unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 428/2018, de 16 julho) e são, por isso, os profissionais mais acessíveis à população idosa em contexto domiciliário. A outra competência específica, trata-se de liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento nº 428/2018, de 16 julho), interagindo com as famílias a partir de um

método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico, sobre a saúde familiar. Deste modo, obtém um conhecimento aprofundado das dinâmicas familiares, identificando problemas e desenvolvendo um plano de ação, para e com a família. Assim, é importante conhecer a felicidade e a resiliência dos idosos, pois poderá auxiliar os profissionais, sugerindo a “maneira mais adequada de comportar-se diante de pessoas idosas que necessitam de cuidados” (Schafer & Biasus, 2013, p.368). Sabendo mais sobre a felicidade e a resiliência, o enfermeiro poderá potenciar os fatores de proteção, prever atempadamente os fatores de risco ou situações de vulnerabilidade, agindo em conformidade com as famílias.

## **2.3. Metodologia**

### **2.3.1. Tipo de estudo**

O presente estudo seguiu uma abordagem de natureza quantitativa, sendo descritivo e analítico, uma vez que fornece informação acerca da população em estudo, e de corte transversal, pois a recolha dos dados foi efetuada num determinado momento, com um único grupo de participantes.

A metodologia quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, com a finalidade de descrever, verificar relações entre variáveis e analisar as mudanças observadas na variável dependente após a manipulação da variável independente (Fortin, Côté & Fillion, 2009). O estudo descritivo visa obter informações sobre as características da população e sobre o fenómeno em estudo (Fortin et al., 2009).

### **2.3.2. Questão de investigação e objetivos**

“As questões de investigação são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou mais variáveis assim como a população estudada” (Fortin, 2003a, p.101).

Com base no tema em estudo, formulamos a seguinte questão de investigação: Qual a felicidade e resiliência familiar dos idosos inscritos numa USF do norte de Portugal?

Para responder a esta questão, delineamos os seguintes objetivos:

- Descrever a felicidade subjetiva dos idosos;

- Descrever a resiliência familiar dos idosos;
- Analisar a relação entre a felicidade subjetiva e as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Analisar a relação entre a resiliência familiar e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

### 2.3.3. Hipóteses/variáveis

A hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis (Fortin et al., 2009).

#### **Hipóteses do estudo:**

**H<sub>1</sub>** – Existem diferenças estatisticamente significativas na felicidade subjetiva em função das variáveis sociodemográficas e clínicas;

**H<sub>2</sub>** – Existem diferenças estatisticamente significativas na resiliência familiar em função das variáveis sociodemográficas e clínicas.

As variáveis têm um papel fundamental, relacionam-se com “características de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores” (Fortin, 2003b, p.376).

Neste estudo, as variáveis dependentes são a felicidade e a resiliência familiar.

As variáveis independentes são as sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, número de familiares com quem vive, número de visitas dos familiares) e clínicas (número de patologias do idoso, número de medicamentos que toma diariamente, ajuda para a realização das AVD).

### 2.3.4. População/amostra

A população é o conjunto de todos os sujeitos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação. A amostra é um subconjunto da população, uma réplica da população alvo. Deve ser representativa da população visada, ou seja, deve ter as mesmas características (Fortin et al., 2009).

A população com interesse para este estudo é constituída pelos utentes com 65 e mais anos de uma USF do norte de Portugal. Foram analisados os ficheiros clínicos dos idosos inscritos na USF, sendo selecionados os idosos que vivem em agregados familiares constituídos por pessoas com 65 e mais anos. A população inscrita na USF com estes critérios era de 583 utentes (Serviço Nacional de Saúde, 2017)(Serviço Nacional de Saúde, 2017)(Serviço Nacional de Saúde, 2017)(Serviço Nacional de Saúde, 2017)(Ministério da Saúde, 2017b). Foram incluídos no estudo, os idosos que recorreram à USF durante o período de estágio e que, após colocação de algumas questões relacionadas com a orientação no tempo, no espaço e também relacionadas com a linguagem através da identificação de objetos simples, se verificou terem capacidade cognitiva para responder ao formulário. Foram excluídos os utentes com alto nível de dependência e que não revelaram alterações da capacidade cognitiva. Tratou-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, perfazendo um total de 110 participantes, dos quais 52 são do sexo masculino e 58 do sexo feminino, sendo a média de idades de 74,49 anos.

#### 2.3.5. Instrumento de recolha de dados

Após revisão da literatura, com base nas características da população e nos objetivos definidos, selecionamos o formulário como instrumento de recolha de dados, de modo a facilitar o registo dos dados.

O formulário (*Apêndice C*), foi constituído por duas partes. A primeira, integrou variáveis que permitem a caracterização sociodemográfica dos idosos: idade, sexo, estado civil, escolaridade, número de familiares com quem vive e o número de vezes que são visitados pelos familiares. Integrou, também, informação clínica, nomeadamente número de patologias, número de medicamentos e necessidade de ajuda nas AVD.

A segunda parte integrou a Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper, (1999) traduzida e validada por Pais-Ribeiro (2012). Esta escala é composta por quatro itens, com possibilidade de resposta numa escala de 1 a 7, devendo o utente escolher o valor com que mais se identifica. A primeira questão refere-se à caracterização do próprio respondente, sendo a segunda, a caracterização do próprio comparativamente aos pares, e as duas últimas questões consistem em afirmações sobre a felicidade e infelicidade. A última questão tem recurso a escala invertida.

A avaliação da resiliência familiar foi efetuada através do Questionário de Perfil de Resiliência Familiar de McCubbin e McCubbin (1993), traduzida e adaptada para português por Peixoto e Martins (2012). Esta escala é constituída por cinco subescalas (mudanças familiares, coerência familiar, flexibilidade familiar, envolvimento familiar e suporte social familiar), perfazendo um total de 50 itens. A subescala “mudanças familiares” contém 15 itens com duas possibilidades de resposta: não (valor 0) e sim (valor 1). As subescalas “coerência familiar” (4 itens) e “suporte social familiar” (17 itens) integram itens com possibilidade de resposta numa escala do tipo Likert, pontuada de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). As subescalas “flexibilidade familiar” e “envolvimento familiar”, também tipo Likert, são compostas cada uma por sete itens pontuados de 5 (quase nunca) a 1 (quase sempre). No final do preenchimento de cada subescala, procede-se ao somatório dos valores de cada item, permitindo a classificação de Baixa Resiliência, Média Resiliência ou Alta Resiliência, para cada uma das subescalas avaliadas.

#### 2.3.6. Considerações éticas

A investigação em saúde está sujeita a padrões éticos que promovem e garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a sua saúde e direitos (Resolução da Assembleia da República nº 1/2001).

Para o desenvolvimento deste estudo foi solicitada autorização à comissão de ética da ARS Norte (*Anexo A*). Seguiram-se as normas instituídas para realizar o trabalho de investigação (Resolução da Assembleia da República nº 1/2001). Procedeu-se também ao pedido de autorização ao ACeS a que a USF pertence (*Anexo B*).

No estudo foi respeitada a liberdade dos indivíduos em querer ou não participar na investigação, através da assinatura do documento de consentimento informado da ARS Norte (*Apêndice D*), seguindo o indicado no artigo 25 da Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013).

Foi também efetuado o pedido de autorização aos autores das escalas (*Anexos C e D*), para utilização das mesmas, já previamente validadas.

### 2.3.7. Análise de dados

O tratamento de dados foi efetuado com recurso ao programa informático para Windows-*Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22, e à estatística descritiva e inferencial.

Em relação à estatística descritiva, utilizaram-se medidas de tendência central e de dispersão, pois permitem ter uma ideia da forma como se distribuem os dados de uma variável (frequências absolutas e média) (Vilelas, 2009).

Relativamente à estatística inferencial, utilizaram-se testes paramétricos, tendo por base o teorema do limite central, *para amostras superiores a 30*, que refere que à medida que o tamanho da amostra aumenta, mais próximo da normalidade estão as variáveis (Marôco, 2011). Para avaliação da relação entre a Escala de Felicidade Subjetiva e as variáveis sociodemográficas e clínicas, foi utilizado o teste *t de Student*, enquanto que, para avaliação da relação do questionário de Perfil de Resiliência Familiar (PRF) com as variáveis sociodemográficas e clínicas, foram utilizados os testes *t de Student* e *One Way ANOVA*.

## 2.4. Apresentação e Discussão de Resultados

Neste capítulo, pretende-se apresentar os resultados encontrados, tendo como fio condutor os objetivos e hipóteses de estudo previamente formulados. Será também efetuada em simultâneo a discussão dos resultados, através da comparação com estudos sobre esta temática.

### 2.4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Na Tabela 2 são apresentados os resultados que dizem respeito à caracterização sociodemográfica da amostra, constituída por 110 participantes.

Verifica-se que 60,9% dos utentes se incluem na faixa etária entre os 65 e os 74 anos, enquanto 39,1% tem idades superiores a 75 anos, resultados que estão em consonância com a realidade do país, uma vez que Portugal é um país envelhecido e com população a aumentar de idade. A população com idade igual ou superior a 65 anos representa 21,5% da população total. Destes, a população mais idosa (com 85 e mais anos) aumentou em 11.922, em 2017, face ao ano anterior, o que corresponde a 13,4% da população com 65 e mais anos (INE, 2018b).

Do mesmo modo, resultados do Censos 2011 relativos à região norte, refletem que a população com 70 e mais anos que, em 2011, representava 12,3% da população, em 2001 era de apenas 9,4% (INE, 2012).

Predomina o sexo feminino, apesar da diferença percentual não ser grande, contando com 52,7% de utentes do sexo feminino e 47,3% do sexo masculino. Estes dados são corroborados pelos dados do INE, verificando-se que a proporção de população feminina é mais elevada que a população masculina (INE, 2018a). Também os dados regionais do Censos 2011 indicam que a população feminina com 65 e mais anos é superior à masculina, com 19,1% e 14,9%, respetivamente (INE, 2012).

Relativamente ao estado civil, verifica-se que 94,5% de utentes são casados e apenas 5,5% solteiros, não existindo utentes inquiridos em união de facto ou divorciados. Embora em proporções muito diferentes, mas os dados do INE referem que a maioria da população portuguesa é casada com uma taxa de 47% seguida dos solteiros com 40%, verificando-se uma reduzida taxa de viúvos e divorciados (INE, 2012).

No que concerne à escolaridade, 90% dos inquiridos possuem o ensino básico, 5,5% o ensino secundário e superior, e 4,5% não possui qualquer grau de escolaridade. Dados da PORDATA de 2018, para a população com 65 e mais anos face à população total, indicam que a taxa de pessoas sem escolaridade era de 79,4%. Já no que se refere ao ensino básico, a taxa era de 59,5%, do ensino secundário era 5,4% e do ensino superior, 9,9% (PORDATA, 2019a).

A maioria dos idosos vive com apenas um idoso (87,3%), existindo 12,7% de idosos a viver com 2 a 5 idosos, resultados corroborados por Marques (2013) ao afirmar que com o aumento da esperança média de vida verifica-se o aparecimento de novas estruturas familiares, onde se enquadram as famílias compostas por casais idosos (com 65 anos ou mais), que constituem uma proporção da população sem precedentes (Marques, 2013). Os dados mais recentes indicam que a média de indivíduos que compõem o agregado familiar na região norte é de 2,6 (PORDATA, 2019b), que vem ao encontro dos resultados do presente estudo.

No que respeita às visitas dos familiares, 4,5% referiu não ter visitas ou ter visita anual, 48,2% tem visitas diárias e 47,3% tem visitas semanais ou mensais dos seus familiares. Apesar das transformações que a sociedade tem atravessado, os estudos têm reforçado que, para um envelhecimento bem-sucedido, é importante manter um contacto mensal com mais de três amigos/parentes (Neri & Teixeira, 2008). Também como referência é mencionado como um



dos principais segredos da felicidade em idade avançada, a manutenção do contacto com a família (Neri, 2007; Nobre, Reis, Castro & Esteves, 2013; Portella et al., 2017).

**Tabela 2.**

Caracterização sociodemográfica dos participantes

| <b>Variáveis sociodemográficas</b>        |                                     | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| <b>Grupo etário</b>                       | 65-74                               | 67       | 60,9     |
|                                           | ≥75                                 | 43       | 39,1     |
| <b>Sexo</b>                               | Masculino                           | 52       | 47,3     |
|                                           | Feminino                            | 58       | 52,7     |
| <b>Estado civil</b>                       | Solteiro                            | 6        | 5,5      |
|                                           | Casado                              | 104      | 94,5     |
| <b>Escolaridade</b>                       | Ensino Básico                       | 99       | 90       |
|                                           | Ensino Secundário e Ensino Superior | 6        | 5,5      |
|                                           | Sem escolaridade                    | 5        | 4,5      |
| <b>Número de familiares com quem vive</b> | 1                                   | 96       | 87,3     |
|                                           | 2 a 5                               | 14       | 12,7     |
| <b>Número de visitas dos familiares</b>   | Sem visitas ou visita anual         | 5        | 4,5      |
|                                           | Diária                              | 53       | 48,2     |
|                                           | Semanal ou mensal                   | 52       | 47,3     |

Do ponto de vista das variáveis clínicas da amostra em estudo (Tabela 3), verifica-se que 66,4% padece de 1 a 3 patologias e 33,6% sofre de mais de 5 patologias.

Dos participantes, 14,5% padece de outras patologias (onde se incluem maioritariamente patologia osteoarticular degenerativa, ansiedade, depressão) que não a diabetes (DM) nem a hipertensão arterial (HTA). Os restantes elementos da amostra referiram padecer de doenças cardiovasculares, predominando a HTA e a HTA associada a outras patologias com 60,9%. O elevado número de participantes com diagnóstico de HTA vai ao encontro dos resultados nacionais, verificando-se que 25,3% da população com mais de 15 anos tem HTA, sendo a segunda principal doença crónica em Portugal (INE, 2014). Deste número, no mesmo relatório sabe-se que existem 437.156 idosos com HTA entre os 65 e os 74 anos e 580.651 hipertensos idosos com 75 e mais anos (INE, 2014). Já no 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em 2015, verificou-se que a prevalência da HTA foi de 36%, sendo que a proporção tende a aumentar com a idade, atingindo 71,3% dos idosos entre 65-74 anos (DGS, 2016; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2016).

No que concerne à medicação, 59,1% dos utentes estão medicados com 1 a 4 fármacos, 39,1% dos utentes, habitualmente fazem mais de 5 fármacos por dia, e 1,8% não faz qualquer medicação. Os dados do inquérito nacional de saúde 2014 referem que 90,5% idosos tomam medicação prescrita, cerca do dobro da medicação consumida pela restante população, dados

que também se constata no presente estudo (INE, 2014). A tendência é o aumento do consumo de medicamentos prescritos com o avançar da idade. Um estudo realizado em Portugal demonstrou que 39,6% dos idosos são polimedicados minor, enquanto 37,1% são polimedicados major (P. Silva, Luís & Biscaia, 2004). De facto, estes dados demonstram que são mais os utentes que tomam 1-4 medicamentos, dos que os que tomam mais de 5 fármacos, o que corrobora os dados encontrados neste estudo. Um estudo mais recente realizado na população portuguesa veio constatar o contrário, demonstrando uma maior percentagem de utentes polimedicados major, com 50,7%, para 39,9% de polimedicados minor e 9,4% de utentes que não tomam qualquer medicamento (Sarmiento, 2018).

Dos utentes inquiridos, 5,5% refere necessitar de ajuda parcial na realização das suas AVD e 94,5% são autónomos nas AVD. Os dados nacionais recolhidos no Censos 2011 indicavam que mais de 50% da população com mais de 65 anos tinha muita dificuldade, ou não conseguia realizar pelo menos uma das seis atividades diárias (INE, 2012). Por outro lado, o relatório sobre a saúde dos portugueses em 2016 indica que 78,2% da população com 65 e mais anos não necessita de ajuda nos cuidados pessoais, enquanto 21,8% tem pelo menos uma dificuldade (DGS, 2016).

**Tabela 3.**

Caracterização clínica dos participantes

| Variáveis clínicas         |                                         | n   | %    |
|----------------------------|-----------------------------------------|-----|------|
| Número de patologias       | 1-3                                     | 73  | 66,4 |
|                            | ≥4                                      | 37  | 33,6 |
| Patologias mais frequentes | DM e DM + outras patologias             | 16  | 14,5 |
|                            | HTA e HTA + outras patologias           | 67  | 60,9 |
|                            | DM + HTA e DM + HTA + outras patologias | 11  | 10,0 |
|                            | Outras patologias                       | 16  | 14,5 |
| Número de medicamentos     | 1-4 fármacos                            | 67  | 60,9 |
|                            | ≥5 fármacos                             | 43  | 39,1 |
| Realização das AVD         | Sem ajuda                               | 104 | 94,5 |
|                            | Ajuda parcial                           | 6   | 5,5  |

Legenda: DM: diabetes *mellitus*; HTA: hipertensão arterial; AVD: atividades da vida diária.

#### 2.4.2. Análise descritiva da felicidade subjetiva e resiliência das famílias idosas

Nesta secção são apresentados os resultados relativos à análise descritiva da felicidade subjetiva e resiliência das famílias idosas.

Na Tabela 4 encontram-se os resultados obtidos através do preenchimento da Escala de Felicidade Subjetiva (EFS).

A primeira questão avalia o nível de felicidade percebido pelo próprio, sendo que 87,2% dos idosos referem sentir-se pessoas felizes. A corroborar este resultado encontrou-se um estudo com relatos de idosos que são felizes pelas conquistas pessoais e materiais, além da família que formaram (Freitas, Queiroz & Sousa, 2010). Informação semelhante foi encontrada por S. Oliveira, Queiroz e Costa (2012), que numa revisão de literatura constatarem *scores* médios e altos de satisfação com a vida.

A segunda questão avalia a felicidade quando comparada com o próximo: 60% dos inquiridos referiram sentir-se mais felizes que os outros e 35,5% dizem sentir-se igualmente felizes. Mantovani e cols. (2016) encontraram resultado semelhante, pois a maioria dos idosos declarou-se muito satisfeita com a vida e mais de 80,0% está altamente satisfeita com a vida quando comparada com outros da mesma idade.

A terceira questão pretende saber se a pessoa se considera como alguém que goza a vida apesar dos problemas, sendo que 91% respondeu afirmativamente. Acerca deste ponto, foram encontrados estudos que indicam que, para a maioria dos idosos, a felicidade existe especialmente quando ainda são ativos e conseguem ter autonomia (Freitas et al., 2010; Lima et al., 2012; Mantovani et al., 2016; Meneses et al., 2013; Nobre et al., 2013).

A quarta questão refere-se ao facto de se considerar ser menos feliz do que poderia ser, constatando-se que 92,8% dos inquiridos referiram não se sentir parte daquele grupo de pessoas. É importante ressaltar que a personalidade de cada pessoa influencia a forma como se percebe a felicidade, ou seja, a “satisfação ou a insatisfação de cada um perante o quotidiano está diretamente ligada ao estilo de vida adotado por cada indivíduo e à forma como se olha para a realidade através da personalidade” (Ó, 2013, p.89).

**Tabela 4.**  
Resultados da EFS

| Felicidade                         |                                  | n   | %    |
|------------------------------------|----------------------------------|-----|------|
| Em geral considero-me              | Uma pessoa que não é muito feliz | 4   | 3,6  |
|                                    | Nem feliz, nem infeliz           | 10  | 9,2  |
|                                    | Uma pessoa muito feliz           | 96  | 87,2 |
| Nível de felicidade comparada      | Menos feliz que os outros        | 5   | 4,5  |
|                                    | Nem mais feliz nem menos feliz   | 39  | 35,5 |
|                                    | Mais feliz que os outros         | 66  | 60   |
| Gozar a vida apesar dos problemas  | De modo nenhum                   | 6   | 5,4  |
|                                    | Nem pouco, nem muito             | 4   | 3,6  |
|                                    | Em grande parte                  | 100 | 91   |
| Ser menos feliz do que poderia ser | De modo nenhum                   | 102 | 92,8 |
|                                    | Nem pouco, nem muito             | 3   | 2,7  |
|                                    | Em grande parte                  | 5   | 4,5  |

Na Tabela 5 figuram os valores da média de respostas às questões da EFS.

Verifica-se que o valor da média de felicidade subjetiva é elevado, encontrando-se valores superiores a 5. O estudo de Portella e cols. evidenciou que a velhice pode ser encarada “como um momento que pode ser vivido e experienciado de forma prazerosa, considerando a multidimensionalidade e a integralidade do ser” (Portella et al., 2017, p.98). A questão que apresenta média mais elevada é a primeira, que indica o grau de felicidade que a pessoa sente (5,79). A última questão, que diz respeito a sentir-se menos feliz do que poderia ser, acaba por confirmar estes resultados com um valor inferior a 2 (1,82), tratando-se de uma questão invertida, onde quanto mais baixa a pontuação, melhor o nível de felicidade.

**Tabela 5.**

Valor da média às questões da EFS

| Escala de felicidade                                                                                                                                                                                       |   |   |                        |   |   |   | Média |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------|---|---|---|-------|
| 1 - Em geral considero-me:                                                                                                                                                                                 |   |   |                        |   |   |   | 5,79  |
| 1                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4                      | 5 | 6 | 7 |       |
| Uma pessoa que não é muito feliz                                                                                                                                                                           |   |   | Uma pessoa muito feliz |   |   |   |       |
| 2 - Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:                                                                                                                                          |   |   |                        |   |   |   | 5,14  |
| 1                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4                      | 5 | 6 | 7 |       |
| Menos feliz                                                                                                                                                                                                |   |   | Mais feliz             |   |   |   |       |
| 3 - Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caraterização o/a descreve a si? |   |   |                        |   |   |   | 5,65  |
| 1                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4                      | 5 | 6 | 7 |       |
| De modo nenhum                                                                                                                                                                                             |   |   | Em grande parte        |   |   |   |       |
| 4 - Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caraterização o/a descreve a si?               |   |   |                        |   |   |   | 1,82  |
| 1                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4                      | 5 | 6 | 7 |       |
| De modo nenhum                                                                                                                                                                                             |   |   | Em grande parte        |   |   |   |       |

Na Tabela 6 constam os resultados relativos ao instrumento de medição do PRF, que inclui cinco escalas/questionários de avaliação à família que passamos a apresentar. O primeiro questionário refere-se às mudanças familiares (que inclui a avaliação de situações de transição no último ano (nascimento, morte, doença, etc), sendo que 77,3% da amostra obteve pontuação compatível com baixo perfil de resiliência. Relativamente à escala de coerência familiar, que avalia a forma como se aceitam as dificuldades, 84,5% dos inquiridos apresentaram PRF alto. No que respeita à flexibilidade familiar, que avalia a participação de cada elemento da família e a forma como lidam com os problemas, 91,8% dos participantes obtiveram pontuação que

permite situar em baixo perfil de resiliência. Quanto ao questionário de envolvimento familiar, que avalia a interação entre os membros da família, permite classificar 57,3% em médio perfil, seguida de 40% com baixo perfil de resiliência. Finalmente, na escala de suporte social familiar, que avalia os tipos de apoio que a família conhece e sua integração no meio social onde vive, 94,5% dos participantes situam-se em baixo PRF, não se verificando nenhuma família com alto perfil de resiliência. Face a estes resultados, verifica-se que, perante a adversidade, as famílias evidenciam que procuram reorganizar as suas vidas, resgatando relações e mantendo um convívio social adequado (Rodrigues & Polidori, 2012), no entanto, é preciso reter que o conceito de resiliência, ao ser compreendido como resposta à vulnerabilidade, não significa uma ideia de invencibilidade, mas de flexibilidade e adaptação (Laranjeira, 2007). Neste estudo, os resultados encontrados demonstram que os níveis de resiliência são médios ou baixos, no que respeita à flexibilidade e adaptação.

**Tabela 6.**

Resultados do questionário de PRF

| Perfil de Resiliência Familiar |       | n   | %    |
|--------------------------------|-------|-----|------|
| Mudanças familiares            | Baixo | 85  | 77,3 |
|                                | Médio | 20  | 18,2 |
|                                | Alto  | 5   | 4,5  |
| Coerência familiar             | Baixo | 3   | 2,7  |
|                                | Médio | 14  | 12,7 |
|                                | Alto  | 93  | 84,5 |
| Flexibilidade familiar         | Baixo | 101 | 91,8 |
|                                | Médio | 7   | 6,4  |
|                                | Alto  | 2   | 1,8  |
| Envolvimento familiar          | Baixo | 44  | 40,0 |
|                                | Médio | 63  | 57,3 |
|                                | Alto  | 3   | 2,7  |
| Suporte social familiar        | Baixo | 104 | 94,5 |
|                                | Médio | 6   | 5,5  |
|                                | Alto  | 0   | 0    |

Na Tabela 7 são apresentados os resultados do valor da média quanto ao questionário de PRF. A média para mudanças familiares, flexibilidade familiar, envolvimento familiar e suporte social familiar indicam um PRF baixo. Apenas coerência familiar apresentou PRF alto. Mais uma vez baixos valores de média obtidos no PRF refletem que a resiliência e capacidade de ajuste não existe por si só, mas constrói-se não apenas por mudanças ou transições, que acontecem ao longo da vida, mas pela forma como essas mudanças e transições ocorrem nas famílias (Sousa & Rodriguez-Miranda, 2015) e nem sempre as famílias conseguem lidar de forma positiva e transformativa com os fenómenos que ocorrem. A resiliência deverá conter

uma componente diferencial, que explica porque cada pessoa, em circunstância semelhante, lida com a adversidade de um modo mais adequado do que outros (Sousa & Rodriguez-Miranda, 2015).

**Tabela 7.**  
Valores da média do PRF

| Perfil de Resiliência Familiar | Baixo | Médio | Alto  | Média |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Mudanças familiares            | 0-3   | 4-5   | 6-15  | 2,43  |
| Coerência familiar             | 0-11  | 12-14 | 15-16 | 15,34 |
| Flexibilidade familiar         | 7-21  | 22-26 | 27-35 | 14,23 |
| Envolvimento familiar          | 7-28  | 29-33 | 34-35 | 27,50 |
| Suporte social familiar        | 0-53  | 54-63 | 64-68 | 45,46 |

#### 2.4.3. Análise inferencial da felicidade subjetiva e resiliência das famílias idosas

Neste subcapítulo são apresentados os resultados relativos às hipóteses formuladas para o estudo.

#### **H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas na felicidade subjetiva em função das variáveis sociodemográficas e clínicas.**

Relativamente à EFS:

1 - **“Em geral considero-me:** Uma pessoa que não é muito feliz .....Uma pessoa muito feliz”.

De entre as variáveis sociodemográficas apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas para o estado civil e a ajuda nas AVD ( $p=0,046$ ). A análise da Tabela 8 permite ainda verificar que os solteiros e aqueles que necessitam de ajuda parcial na realização das AVD foram os que apresentaram médias mais elevadas no que concerne à sua perceção de felicidade subjetiva, o que parece evidenciar alguma contradição. Existem estudos que indicam exatamente o oposto, pois uma diminuição da resiliência biológica, que se reflete num aumento de doenças crónicas e défices na funcionalidade física e cognitiva, leva a compreender que saúde e funcionalidade sejam motivos de preocupação para os idosos (Mantovani et al., 2016). Os resultados parecem indicar que, apesar das dificuldades sentidas nas AVD, os idosos sentem alguma felicidade.

**Tabela 8.**Resultados do teste *t de Student* para a questão 1 da EFS segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

|                        |                   | Média | Valor de p |
|------------------------|-------------------|-------|------------|
| Grupo etário           | 65-74 anos        | 2,81  | 0,125      |
|                        | ≥75 anos          | 2,88  |            |
| Sexo                   | Masculino         | 2,81  | 0,189      |
|                        | Feminino          | 2,86  |            |
| Estado civil           | Solteiro          | 3,00  | 0,046      |
|                        | Casado            | 2,83  |            |
| Realização das AVD     | Sem ajuda         | 2,83  | 0,046      |
|                        | Com ajuda parcial | 3,00  |            |
| Número de medicamentos | 1-4 medicamentos  | 2,84  | 0,961      |
|                        | ≥5 medicamentos   | 2,84  |            |
| Número de patologias   | 1-3 patologias    | 2,81  | 0,055      |
|                        | ≥4 patologias     | 2,89  |            |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; p: nível de significância.

## 2 - “Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me: Menos feliz.....Mais feliz”.

Na Tabela 9 pode verificar-se que as pessoas que não necessitam de ajuda para a execução das AVD se sentem mais felizes quando comparado com outros, verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). À semelhança da análise anterior, nas restantes variáveis também não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 9.**Resultados do teste *t de Student* para a questão 2 da EFS, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

|                        |                   | Média | Valor de p |
|------------------------|-------------------|-------|------------|
| Grupo etário           | 65-74 anos        | 2,55  | 0,457      |
|                        | ≥75 anos          | 2,56  |            |
| Sexo                   | Masculino         | 2,52  | 0,590      |
|                        | Feminino          | 2,59  |            |
| Estado civil           | Solteiro          | 2,50  | 0,713      |
|                        | Casado            | 2,56  |            |
| Realização das AVD     | Sem ajuda         | 2,58  | <0,001     |
|                        | Com ajuda parcial | 2,17  |            |
| Número de medicamentos | 1-4 medicamentos  | 2,58  | 0,210      |
|                        | ≥5 medicamentos   | 2,51  |            |
| Número de patologias   | 1-3 patologias    | 2,56  | 0,700      |
|                        | ≥4 patologias     | 2,54  |            |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; p: nível de significância.

## 3 - “Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si? De modo nenhum.....Em grande parte”.

Na Tabela 10 pode verificar-se que as pessoas solteiras percebem que gozam mais a vida do que as casadas. Do mesmo modo, as pessoas com idades inferiores a 75 anos, do sexo feminino, as que não necessitam de ajuda para a realização das AVD e as que fazem 5 ou mais medicamentos por dia percebem um maior gozo da vida que as restantes. No entanto, as diferenças obtidas nas médias não apresentam significado estatístico. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Lima e cols. (2012), em que os idosos autónomos são os que melhor consideram a sua saúde, permitindo-se gozar mais tempos de lazer.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas médias segundo o número de patologias, sendo que as pessoas que afirmaram padecer de 4 ou mais patologias obtiveram médias mais elevadas ( $p=0,045$ ). Curiosamente, este resultado é oposto ao demonstrado por Lima e cols. (2012), que constataram que maiores prevalências do sentimento de felicidade se encontraram em idosos que não apresentam doenças crónicas ou com apenas uma doença, relativamente aos que apresentam 4 ou mais (Lima et al., 2012). Mais uma vez, os dados parecem indicar que, apesar do número de patologias, existe uma maior possibilidade de gerirem as doenças crónicas decorrentes do processo de envelhecimento e, por este motivo, conjugarem, apesar das limitações, o desenvolvimento do seu ciclo de vida com alguma felicidade.

**Tabela 10.**

Resultados do teste *t de Student* para a questão 3 da EFS, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

|                               |                   | Média | Valor de <i>p</i> |
|-------------------------------|-------------------|-------|-------------------|
| <b>Grupo etário</b>           | 65-74 anos        | 2,87  | 0,525             |
|                               | ≥75 anos          | 2,84  |                   |
| <b>Sexo</b>                   | Masculino         | 2,81  | 0,056             |
|                               | Feminino          | 2,90  |                   |
| <b>Estado civil</b>           | Solteiro          | 3,00  | 0,103             |
|                               | Casado            | 2,85  |                   |
| <b>Realização das AVD</b>     | Sem ajuda         | 2,87  | 0,068             |
|                               | Com ajuda parcial | 2,67  |                   |
| <b>Número de medicamentos</b> | 1-4 medicamentos  | 2,82  | 0,062             |
|                               | ≥5 medicamentos   | 2,91  |                   |
| <b>Número de patologias</b>   | 1-3 patologias    | 2,82  | 0,045             |
|                               | ≥4 patologias     | 2,91  |                   |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; *p*: nível de significância.

4 - *“Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o descreve a si? De modo nenhum.....Em grande parte”*.



Na Tabela 11 pode constatar-se que as pessoas solteiras, com idade igual ou superior a 75 anos, do sexo feminino, e as que fazem 5 ou mais medicamentos por dia se sentem menos felizes do que poderiam ser quando comparado com os outros grupos. Apesar disso, a aplicação do teste *t de Student* não comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias para os utentes que não precisam de ajuda para a realização das AVD em relação aos que necessitam de ajuda parcial ( $p=0,025$ ), e também nas médias relativas ao número de patologias ( $p=0,001$ ). Nas idades mais avançadas, é frequente o medo de não conseguirem realizar as AVD, de se tornarem dependentes e, eventualmente, não terem o apoio da família (Meneses et al., 2013), e também como resultado de um maior número de patologias, maior sentimento de não serem tão felizes quanto poderiam ser, uma vez que a saúde está fortemente relacionada com o bem-estar (S. Oliveira et al., 2012). Ainda relativamente a esta sensação de não serem tão felizes quanto poderiam ser, o bem-estar subjetivo não se refere apenas à ausência de experiências negativas, ou seja, altos valores de bem-estar subjetivo podem estar presentes em situações de maior dependência funcional. A literatura aponta para a existência de baixa correlação entre as circunstâncias objetivas e o bem-estar subjetivo, possivelmente porque as pessoas se adaptam rapidamente aos seus recursos e experiências. A literatura sugere, ainda, que o bem-estar é influenciado não somente por condições externas da vida, mas também por características de disposição internas (Diogo, 2003).

**Tabela 11.**

Resultados do teste *t de Student* para a questão 4 da EFS, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

|                        |                   | Média | Valor de p |
|------------------------|-------------------|-------|------------|
| Grupo etário           | 65-74 anos        | 2,87  | 0,374      |
|                        | ≥75 anos          | 2,91  |            |
| Sexo                   | Masculino         | 2,85  | 0,119      |
|                        | Feminino          | 2,91  |            |
| Estado civil           | Solteiro          | 3,00  | 0,154      |
|                        | Casado            | 2,88  |            |
| Realização das AVD     | Sem ajuda         | 2,89  | 0,025      |
|                        | Com ajuda parcial | 2,67  |            |
| Número de medicamentos | 1-4 medicamentos  | 2,85  | 0,064      |
|                        | ≥5 medicamentos   | 2,93  |            |
| Número de patologias   | 1-3 patologias    | 2,84  | 0,001      |
|                        | ≥4 patologias     | 2,97  |            |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; p: nível de significância.

## Análise da relação entre a felicidade subjetiva total e as variáveis sociodemográficas e clínicas

A análise da Tabela 12 permite verificar que as pessoas com idade inferior a 74 anos, do sexo feminino, solteiras, que não necessitam de ajuda para a realização das AVD, que fazem maior número de medicamentos e que padecem de 4 ou mais patologias evidenciam médias mais elevadas de felicidade subjetiva. Apesar disso, a aplicação do teste *t de Student* apenas confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de felicidade subjetiva em função da necessidade de ajuda para a realização das AVD ( $p=0,014$ ) e o número de patologias ( $p<0,001$ ). O estudo de Lima e cols. (2012) encontrou resultados semelhantes e outros bem diferentes. No que se refere a resultados semelhantes, verificaram que idosos mais jovens e mais ativos são mais felizes. No entanto, resultados diferentes dizem respeito ao sexo, onde os homens são os mais felizes, e ao estado civil, onde os mais felizes são os casados (Lima et al., 2012). Uma revisão de literatura objetivou analisar os fatores de bem-estar subjetivo na terceira idade e concluiu que variáveis isoladas, como o sexo, a idade, o estado civil, o ambiente em que se vive, a prática de atividade física, não podem, por si só, explicar as sensações de bem-estar subjetivo que são vivenciadas pelos idosos (S. Oliveira et al., 2012).

**Tabela 12.**

Resultados do teste *t de Student* para o valor total da EFS, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

|                        |                   | Média | Valor de <i>p</i> |
|------------------------|-------------------|-------|-------------------|
| Grupo etário           | 65-74 anos        | 2,91  | 0,548             |
|                        | ≥75 anos          | 2,88  |                   |
| Sexo                   | Masculino         | 2,87  | 0,114             |
|                        | Feminino          | 2,93  |                   |
| Estado civil           | Solteiro          | 3,00  | 0,216             |
|                        | Casado            | 2,89  |                   |
| Realização das AVD     | Sem ajuda         | 2,91  | 0,014             |
|                        | Com ajuda parcial | 2,67  |                   |
| Número de medicamentos | 1-4 medicamentos  | 2,88  | 0,222             |
|                        | ≥5 medicamentos   | 2,93  |                   |
| Número de patologias   | 1-3 patologias    | 2,84  | <0,001            |
|                        | ≥4 patologias     | 3,00  |                   |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; *p*: nível de significância.

## H2 - Existem diferenças estatisticamente significativas na resiliência familiar em função das variáveis sociodemográficas e clínicas.

As tabelas que se seguem dizem respeito aos resultados relativos à Escala de PRF, segundo o grupo etário, o sexo, o estado civil, as AVD e as patologias.

Na Tabela 13 pode comprovar-se que, para as mudanças familiares, o valor da média é baixo. Os resultados revelam um maior número de participantes com classificação de baixa resiliência para mudanças familiares no grupo etário dos 65-74 anos, sexo feminino, casados, que não necessitam de ajuda nas AVD e para os que apresentam antecedentes de HTA ou HTA + outras patologias.

Na literatura encontra-se informação acerca da importância de aprender a lidar com as limitações e obstáculos decorrentes do envelhecimento (E. Silva et al., 2012). Aprender a desenvolver a resiliência face às mudanças e transições permite enfrentar quaisquer dificuldades. Salienta-se a importância que têm os fatores de caráter pessoal, mas também os que surgem da interação com o meio ao longo do envelhecimento (E. Silva et al., 2012; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Ao contrário do que constatamos, existe evidência de que apesar das mudanças, os idosos procuram reorganizar as suas vidas, mantendo relações e um convívio adequado (Rodrigues & Polidori, 2012). Broeiro (2016) refere-se às mudanças que ocorrem quando surge uma situação familiar de suporte físico e emocional, onde a experiência de cuidar é um fenómeno complexo que se traduz em sentimentos diferentes na família (elevada satisfação, sensação de realização, satisfação emocional ou, por outro lado, tensão emocional e risco de adoecer.

**Tabela 13.**

Resultados das classificações de PRF no questionário de mudanças familiares, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

| Mudanças Familiares        |                        | Baixo | Médio | Alto | Total |
|----------------------------|------------------------|-------|-------|------|-------|
| Grupo etário               | 65-74 anos             | 51    | 14    | 2    | 67    |
|                            | ≥75 anos               | 34    | 6     | 3    | 43    |
| Sexo                       | Masculino              | 41    | 9     | 2    | 52    |
|                            | Feminino               | 44    | 11    | 3    | 58    |
| Estado civil               | Solteiro               | 6     | 0     | 0    | 6     |
|                            | Casado                 | 79    | 20    | 5    | 104   |
| Realização das AVD         | Sem ajuda              | 81    | 19    | 4    | 104   |
|                            | Com ajuda parcial      | 4     | 1     | 1    | 6     |
| Patologias mais frequentes | DM e DM+outras         | 13    | 2     | 1    | 16    |
|                            | HTA e HTA+outras       | 50    | 14    | 3    | 67    |
|                            | DM+HTA e DM+HTA+outras | 10    | 1     | 0    | 11    |
|                            | Outras                 | 12    | 3     | 1    | 16    |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensão arterial.

No que se refere à coerência familiar (Tabela 14), verifica-se que predomina a classificação de resiliência alta onde o maior número de respondentes se situa no grupo de idosos entre os 65-

74 anos, sexo feminino, casados, utentes que não necessitam de ajuda nas AVD e com antecedentes de HTA ou HTA + outras patologias

Neste item, é importante salientar que, quando os familiares procuram, negociam e estabelecem objetivos comuns, isso lhes traz um propósito que lhes permite funcionar como um grupo, de forma coerente (Martins, 2014). Percebe-se que o microssistema familiar tem capacidade de adaptação e reorganização, podendo os seus membros tomar decisões conjuntas por processo democrático (Schuck & Antoni, 2014). A evidência relata que parece haver um incremento da capacidade individual para aceitar mudanças durante a velhice, o que pode justificar os elevados valores de resiliência para a coerência familiar (Diogo, 2003). Verifica-se que, mesmo diante da vulnerabilidade ao risco proveniente do envelhecimento, é necessário estimular no idoso o sentido de continuidade, competência, domínio, integridade, autoestima, e a percepção de que a vida tem significado e precisa ser vivida com qualidade (Roque, 2013), de modo a existir coerência na família.

**Tabela 14.**

Resultados das classificações de PRF no questionário de coerência familiar, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

| Coerência familiar                |                        | Baixo | Médio | Alto | Total |
|-----------------------------------|------------------------|-------|-------|------|-------|
| <b>Grupo etário</b>               | 65-74 anos             | 2     | 8     | 57   | 67    |
|                                   | ≥75 anos               | 1     | 6     | 36   | 43    |
| <b>Sexo</b>                       | Masculino              | 1     | 7     | 44   | 52    |
|                                   | Feminino               | 2     | 7     | 49   | 58    |
| <b>Estado civil</b>               | Solteiro               | 0     | 1     | 5    | 6     |
|                                   | Casado                 | 3     | 13    | 88   | 104   |
| <b>Realização das AVD</b>         | Sem ajuda              | 3     | 14    | 87   | 104   |
|                                   | Com ajuda parcial      | 0     | 0     | 6    | 6     |
| <b>Patologias mais frequentes</b> | DM e DM+outras         | 0     | 2     | 14   | 16    |
|                                   | HTA e HTA+outras       | 2     | 9     | 56   | 67    |
|                                   | DM+HTA e DM+HTA+outras | 0     | 1     | 10   | 11    |
|                                   | Outras                 | 1     | 2     | 3    | 16    |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; DM: diabetes *mellitus*; HTA: hipertensão arterial.

No que concerne à flexibilidade familiar, predomina a classificação baixa para ambos os grupos etários, sexo feminino, casados, nos que não precisam de ajuda para a realização das AVD e para os que referem HTA e HTA + outras patologias.

Vários investigadores identificam a dificuldade que existe em obter resultados de resiliência no que se refere à flexibilidade familiar. S. Santos (2012) revela no seu estudo que a adaptação e

superação ocorrem pelo apoio que a família consegue dar. Por outro lado, a elasticidade e flexibilidade cognitivas nos idosos implicam uma maior adaptação, conceito fundamental para a compreensão do processo de resiliência (Sousa & Rodriguez-Miranda, 2015). A resiliência não se constitui como uma característica ou traço de personalidade de determinadas pessoas, mas sim como um processo dinâmico e multidimensional. É através desta flexibilidade que se torna importante identificar fatores de proteção ao desenvolvimento e qualidade de vida, permitindo superar as adversidades (Lampert, 2009).

**Tabela 15.**

Resultados das classificações de PRF no questionário de flexibilidade familiar, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

| Flexibilidade Familiar     |                        | Baixo | Médio | Alto | Total |
|----------------------------|------------------------|-------|-------|------|-------|
| Grupo etário               | 65-74 anos             | 61    | 5     | 1    | 67    |
|                            | ≥75 anos               | 40    | 2     | 1    | 43    |
| Sexo                       | Masculino              | 48    | 2     | 2    | 52    |
|                            | Feminino               | 53    | 5     | 0    | 58    |
| Estado civil               | Solteiro               | 6     | 0     | 0    | 6     |
|                            | Casado                 | 95    | 7     | 2    | 104   |
| Realização das AVD         | Sem ajuda              | 95    | 7     | 2    | 104   |
|                            | Com ajuda parcial      | 6     | 0     | 0    | 6     |
| Patologias mais frequentes | DM e DM+outras         | 14    | 1     | 1    | 16    |
|                            | HTA e HTA+outras       | 64    | 3     | 0    | 67    |
|                            | DM+HTA e DM+HTA+outras | 11    | 0     | 0    | 11    |
|                            | Outras                 | 12    | 3     | 1    | 16    |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensão arterial.

Nos resultados encontrados para o envolvimento familiar, verifica-se uma distribuição um pouco diferente da encontrada para os subpontos anteriores da escala. O envolvimento familiar é maioritariamente de nível médio, com 63 respostas para este valor. Obtivemos 44 respostas para envolvimento familiar baixo e 3 para envolvimento familiar alto. Constata-se que predomina o número de respondentes que enquadra um perfil de resiliência médio, com exceção para os utentes que precisam de ajuda parcial para a realização das AVD e para os que referem DM e DM + outras patologias.

No que se refere ao grupo etário, as respostas distribuem-se proporcionalmente ao número total de casos para cada valor da escala. Já no que se refere ao sexo, constata-se que, no sexo masculino, predomina o envolvimento familiar baixo, mas no envolvimento familiar médio e alto, são as mulheres que prevalecem. No que se refere ao estado civil, os solteiros distribuem-se igualmente (n=3) pelo envolvimento familiar baixo e médio. Os casados responderam maioritariamente envolvimento familiar médio. Os que necessitam de ajuda parcial nas AVD,

referem envolvimento familiar baixo (n=4), sendo que os autônomos referem envolvimento familiar médio (n=61).

No que se refere às patologias, o envolvimento familiar é baixo para utentes com DM e DM + outras patologias. O envolvimento familiar é médio para os que possuem antecedentes de HTA E HTA + outras, DM+HTA e DM+HTA + outras patologias. Os que padecem de outras patologias revelam uma distribuição igualitária para envolvimento familiar baixo e médio.

O envolvimento familiar médio coaduna-se com a tomada de iniciativa para resolução de problemas (E. Silva et al., 2012). Isto implica que ser resiliente passa pela capacidade de reconhecer na família, quem o ama e com quem se envolve em relações saudáveis e de confiança (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Conforme os resultados encontrados, confirma-se que terá de existir um esforço maior por parte das famílias com utentes, com patologias que exigem mais atenção, como a diabetes, ou com membros com necessidade de ajuda nas AVD. Este olhar deverá identificar as áreas de atenção, só que, por vezes, as famílias percecionam menos e vivem menos os problemas. Esta forma de funcionamento pode ser um fator protetor, na medida em que a família não se vê submersa em dificuldades (Correia & Sequeira, 2011). O que acontece quando surge um problema na família é que esta se tenta organizar na resolução do problema, o que demonstra envolvimento familiar. A baixa resiliência para o envolvimento familiar pode justificar-se, uma vez que, face às dificuldades, a família, pode ainda encontrar-se em processo de resiliência frente à situação de envelhecimento com dependência (Schuck & Antoni, 2014). No entanto, sabe-se que as consequências psicológicas são positivas quando o ajustamento é alcançado, especialmente quando a família cumpre as expectativas relativas ao cuidado do idoso (C. Ferreira et al., 2012; Rabelo & Neri, 2015).

O que muitas vezes pode impedir que o envolvimento familiar tenha valores altos de resiliência, é a dificuldade de diferenciação de alguns papéis, pois nas famílias, os membros tentam estar juntos e centrados na pessoa que exige mais cuidados. Por outro lado, existe o respeito pelas necessidades individuais e, muitas vezes, existem segredos familiares que condicionam o envolvimento mais determinante (Schuck & Antoni, 2014).

**Tabela 16.**

Resultados das classificações de PRF no questionário de envolvimento familiar, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

| <b>Envolvimento Familiar</b>      |                        | <b>Baixo</b> | <b>Médio</b> | <b>Alto</b> | <b>Total</b> |
|-----------------------------------|------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| <b>Grupo etário</b>               | 65-74 anos             | 27           | 38           | 2           | 67           |
|                                   | ≥75 anos               | 17           | 25           | 1           | 43           |
| <b>Sexo</b>                       | Masculino              | 24           | 28           | 0           | 52           |
|                                   | Feminino               | 20           | 35           | 3           | 58           |
| <b>Estado civil</b>               | Solteiro               | 3            | 3            | 0           | 6            |
|                                   | Casado                 | 41           | 60           | 3           | 104          |
| <b>Realização das AVD</b>         | Sem ajuda              | 40           | 61           | 3           | 104          |
|                                   | Com ajuda parcial      | 4            | 2            | 0           | 6            |
| <b>Patologias mais frequentes</b> | DM e DM+outras         | 9            | 6            | 1           | 16           |
|                                   | HTA e HTA+outras       | 24           | 41           | 2           | 67           |
|                                   | DM+HTA e DM+HTA+outras | 3            | 8            | 0           | 11           |
|                                   | outras                 | 8            | 8            | 0           | 16           |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; DM: diabetes *mellitus*; HTA: hipertensão arterial.

No que se refere ao suporte social familiar, destaca-se a ausência de respostas para suporte social alto. A distribuição é mais prevalente no suporte social familiar baixo.

O valor de resiliência para utentes com idades superiores a 75 anos é diferente do que encontramos na literatura, uma vez que os idosos parecem estar satisfeitos com o suporte social que recebem, mesmo que este seja proporcionado por um baixo número de pessoas (Fontes, 2010; Henriqueto, 2013; Lampert, 2009; Roque, 2013).

Vários estudos referem que ser casado tende a ser um forte fator protetor, na medida em que são os idosos casados ou em união de facto os que apresentam maior suporte social, pois os idosos também não se isolam (Ferreira et al., 2012; Henriqueto, 2013), facto que não foi encontrado no presente estudo.

Já relativamente ao suporte social familiar segundo as AVD, encontrou-se evidência científica de que os idosos apresentam características resilientes e apoio social considerado satisfatório, mesmo diante das perdas e declínios vivenciados durante o envelhecimento (Ferreira et al., 2012), o que difere do presente estudo.

Por outro lado, Mello e cols. (2016) sugerem que as relações sociais podem ser favoráveis ou desfavoráveis. Referem que será favorável quando existem relações de respeito entre os seus familiares, sendo desfavorável quando as relações são conflituosas, causando solidão e

desamparo no apoio à família (Mello et al., 2016), o que pode justificar os baixos valores de resiliência encontrados neste estudo. Mas outra justificação pode relacionar-se com o facto de apesar de, por vezes, existir um bom suporte social familiar, o próprio idoso se render perante o enfrentamento de perdas e adversidades (Mello et al., 2016). É, por isso, importante que os idosos tenham contacto regular com pessoas da sua estima (E. Silva et al., 2012), pois permitem estabelecer elos afetivos mais firmes e estabilizar a segurança dos idosos (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015), facilitando o seu caminho num envelhecimento ativo (S. Santos, 2012; Schuck & Antoni, 2014).

Assim, como recomendação para melhorar o suporte social, já que é muito importante para o perfil de resiliência, salientamos que está descrito na literatura de que, a maioria das vezes, o suporte é fornecido pelo menos por uma pessoa, e também por serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou apoio financeiro. Quando existem mais familiares disponíveis, e a divisão de tarefas é solicitada, frequentemente não é bem aceite (Lopes & Massinelli, 2013; Rabelo & Neri, 2015). Por outro lado, quando o suporte social familiar é acompanhado por instituições de apoio, os membros cuidadores conseguem ter tempo para atividades relacionadas com o seu autocuidado, e mais facilmente enfrentam e ultrapassam as dificuldades, prestando cuidados de melhor qualidade, com redução dos níveis de stresse e desgaste (Broeiro, 2016; Lampert, 2009; Lopes & Massinelli, 2013; Roque, 2013). Outro estudo revelou que os idosos relatam um alto nível de suporte social, associando a arranjos de moradia, o predomínio de lares multigeracionais, onde é possível obter mais fontes de apoio e de interação com familiares (Silva Júnior et al., 2019).

**Tabela 17.**

Resultados das classificações de PRF no questionário de suporte social familiar, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

| Suporte Social Familiar           |                        | Baixo | Médio | Alto | Total |
|-----------------------------------|------------------------|-------|-------|------|-------|
| <b>Grupo etário</b>               | 65-74 anos             | 64    | 3     |      | 67    |
|                                   | ≥75 anos               | 40    | 3     |      | 43    |
| <b>Sexo</b>                       | Masculino              | 48    | 4     |      | 52    |
|                                   | Feminino               | 56    | 2     |      | 58    |
| <b>Estado civil</b>               | Solteiro               | 5     | 1     |      | 6     |
|                                   | Casado                 | 99    | 5     |      | 104   |
| <b>Realização da AVD</b>          | Sem ajuda              | 98    | 6     |      | 104   |
|                                   | Com ajuda parcial      | 6     | 0     |      | 6     |
| <b>Patologias mais frequentes</b> | DM e DM+outras         | 16    | 0     |      | 16    |
|                                   | HTA e HTA+outras       | 62    | 5     |      | 67    |
|                                   | DM+HTA e DM+HTA+outras | 11    | 0     |      | 11    |
|                                   | Outras                 | 15    | 1     |      | 16    |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensão arterial.



Foram efetuados testes *t* de *Student* para comparar as médias dos questionários de PRF segundo as variáveis: grupo etário, número de patologias e ajuda na realização das AVD. Foram também efetuados testes de *One Way ANOVA* para comparar as médias dos questionários de PRF segundo as variáveis: escolaridade, visitas dos familiares, tipo de patologias e medicamentos.

A Tabela 18 exhibe os resultados das médias dos itens da escala do PRF segundo o grupo etário. Verifica-se que as médias são mais elevadas no grupo etário dos 65-74 anos em todos os itens da escala, exceto no que se refere ao envolvimento familiar, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas. Os dados encontrados na literatura são díspares: um estudo demonstrou que os mais idosos (75 e mais anos) apresentaram mais resiliência (Roque, 2013). Segundo este autor, tal pode acontecer por atribuírem um maior significado ao envelhecimento. De forma a responder às perdas de capacidade, evitam certas atividades, organizam os seus objetivos e priorizam o que é mais importante na sua vida (Roque, 2013), revelando êxito para enfrentar as adversidades do processo de envelhecimento (Silva Júnior et al., 2019). Contudo, outros autores verificaram que a resiliência não foi associada às variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade (Fortes, Portuguese & Argimon, 2009). Destaca-se uma informação interessante encontrada na análise de literatura que demonstra a importância de ter atenção, não apenas à idade cronológica do idoso, mas de se fazer uma avaliação holística, pois o idoso pode sentir-se mais ou menos velho, segundo outros fatores que não apenas a idade biológica (Henriqueto, 2013).

**Tabela 18.**

Resultados do teste *t* de *Student* dos questionários de PRF, segundo a variável grupo etário

| Grupo etário             | Média | Teste <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------------|-------|----------------|----------|
| Mudanças familiares:     |       |                |          |
| 65-74 anos               | 2,45  | 0,026          | 0,873    |
| ≥75 anos                 | 2,40  |                |          |
| Coerência familiar:      |       |                |          |
| 65-74 anos               | 15,36 | 0,057          | 0,811    |
| ≥75 anos                 | 15,30 |                |          |
| Flexibilidade familiar:  |       |                |          |
| 65-74 anos               | 14,60 | 1,267          | 0,263    |
| ≥75 anos                 | 13,65 |                |          |
| Envolvimento familiar:   |       |                |          |
| 65-74 anos               | 27,40 | 0,079          | 0,780    |
| ≥75 anos                 | 27,65 |                |          |
| Suporte social familiar: |       |                |          |
| 65-74 anos               | 45,57 | 0,055          | 0,815    |
| ≥75 anos                 | 45,30 |                |          |

Legenda: *p*: nível de significância.

Na Tabela 19 apresentam-se os resultados do teste *One Way ANOVA* entre os questionários do PRF e a escolaridade. Verifica-se que a média mais elevada de resiliência no que toca às mudanças familiares é apresentada pelos utentes com o 2º ciclo de escolaridade. Verifica-se também que utentes sem escolaridade apresentam médias mais elevadas de resiliência, especialmente no que se relaciona com a coerência familiar e o envolvimento familiar. Já utentes com ensino superior apresentam médias de resiliência mais elevadas de flexibilidade familiar e de suporte social familiar.

Não se comprovaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas.

Alguns autores defendem a escolaridade como um fator protetor da resiliência, já que o maior número de anos de estudo aumenta as competências para o alcance da satisfação com a vida e resiliência (Ferreira et al., 2012). Outro estudo aponta que os idosos com mais escolaridade apresentaram vantagem em relação aos que têm menos anos de escolaridade (Valada, 2011). Destaca-se que, neste estudo, estamos a falar de uma população na sua maioria detentora do ensino básico. Há algumas décadas, raras eram as pessoas que tinham possibilidade de estudar mais que o ensino básico. Apesar dos ganhos significativos que Portugal evidencia no aumento da escolaridade da população portuguesa, ainda se continua a verificar uma baixa taxa de escolaridade, especialmente no grupo de idosos.

Ainda assim, foi encontrada literatura com dados semelhantes aos do presente estudo, onde não se verificou correlação entre as variáveis sociodemográficas (entre as quais a escolaridade) e a resiliência (Fortes et al., 2009; Roque, 2013).

**Tabela 19.**Resultados do teste *One Way ANOVA* dos questionários de PRF, segundo a variável escolaridade

| Escolaridade             | Média | One Way ANOVA | p     |
|--------------------------|-------|---------------|-------|
| Mudanças familiares:     |       |               |       |
| Sem escolaridade         | 3,00  | 0,567         | 0,687 |
| 1º ciclo                 | 2,34  |               |       |
| 2º ciclo                 | 3,13  |               |       |
| Ensino secundário        | 2,40  |               |       |
| Ensino superior          | 2,00  |               |       |
| Coerência familiar:      |       |               |       |
| Sem escolaridade         | 15,80 | 0,367         | 0,831 |
| 1º ciclo                 | 15,35 |               |       |
| 2º ciclo                 | 15,13 |               |       |
| Ensino secundário        | 15,00 |               |       |
| Ensino superior          | 15,00 |               |       |
| Flexibilidade familiar:  |       |               |       |
| Sem escolaridade         | 14,00 | 1,659         | 0,165 |
| 1º ciclo                 | 13,98 |               |       |
| 2º ciclo                 | 16,00 |               |       |
| Ensino secundário        | 17,40 |               |       |
| Ensino superior          | 8,00  |               |       |
| Envolvimento familiar:   |       |               |       |
| Sem escolaridade         | 27,80 | 0,647         | 0,630 |
| 1º ciclo                 | 27,76 |               |       |
| 2º ciclo                 | 25,50 |               |       |
| Ensino secundário        | 25,80 |               |       |
| Ensino superior          | 27,00 |               |       |
| Suporte social familiar: |       |               |       |
| Sem escolaridade         | 45,20 | 0,531         | 0,713 |
| 1º ciclo                 | 45,40 |               |       |
| 2º ciclo                 | 44,38 |               |       |
| Ensino secundário        | 47,40 |               |       |
| Ensino superior          | 52,00 |               |       |

Legenda: p: nível de significância.

Na Tabela 20 apresentam-se os resultados do teste *One Way ANOVA* entre os questionários do PRF e as visitas dos familiares. Verifica-se que utentes sem visitas dos familiares têm médias mais elevadas de resiliência para os itens: mudanças familiares, coerência familiar e suporte social familiar. No que se refere à flexibilidade familiar, a média é mais elevada para utentes com visitas semanais. No que se refere ao envolvimento familiar, a média mais elevada encontra-se em utentes com visitas anuais. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas para o envolvimento familiar ( $p=0,034$ ) e o suporte social familiar ( $p=0,006$ ).

A maioria da literatura consultada descreve os efeitos da presença dos familiares na vida dos idosos. Salienta-se a importância desta presença, quer no que refere aos afetos dos familiares, assim ao convívio familiar funcional, em particular com os filhos e os netos (Henriqueto, 2013; Loureiro et al., 2015; Mello et al., 2016; Souza & Cervený, 2006), o que se pode relacionar com os resultados encontrados para a flexibilidade familiar. O estudo de Roque (2013) demonstrou

correlação significativa com a presença dos filhos, situação que evita sentimentos de vazio e solidão, pois quando os idosos sentem o apoio dos seus familiares têm maior facilidade em lidar com o quotidiano, contribuindo para a redução do stresse.

Por outro lado, um estudo demonstrou que a interação com familiares não é uma variável que se relacione com a capacidade de resiliência nos idosos (Silva Júnior et al., 2019). Estes estudos permitem comparar com os valores que foram encontrados neste estudo para utentes sem visitas quanto às mudanças familiares, coerência familiar e suporte social familiar. Possivelmente pode estar relacionado com o facto de naturalmente os indivíduos tenderem a preferir trocas sociais justas onde se dá e recebe na mesma medida, evitando sentimentos de dívida quando se sai beneficiado ou sensação de se estar prejudicado quando se dá mais do que se recebe (Silva Leal, 2017).

A média mais elevada de envolvimento familiar encontra-se para utentes com visitas anuais, o que permite deduzir que não é necessário que a presença dos familiares seja uma constante para que o envolvimento seja forte. A resiliência pode basear-se em experiências relacionais e no estabelecimento de laços sociais (Laranjeira, 2007), mostrando que o incentivo e força recebida pelos familiares é fundamental para ultrapassar as adversidades decorrentes do envelhecimento (Rabelo & Neri, 2015; Rodrigues & Polidori, 2012; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Faz sentido referir que não é só a presença dos familiares que é importante para o envolvimento familiar e o ser resiliente, mas convém considerar a capacidade que cada idoso tem para saber reconhecer os seus familiares e estabelecer com eles relações saudáveis (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

**Tabela 20.**Resultados do teste *One Way ANOVA* dos questionários de PRF, segundo a variável visitas dos familiares

| Escolaridade             | Média | One Way ANOVA | p     |
|--------------------------|-------|---------------|-------|
| Mudanças familiares:     |       |               |       |
| Sem visitas              | 5,00  |               |       |
| Anual                    | 2,50  |               |       |
| Mensal                   | 2,13  | 1,156         | 0,334 |
| Semanal                  | 2,68  |               |       |
| Diária                   | 2,21  |               |       |
| Coerência familiar:      |       |               |       |
| Sem visitas              | 16,00 |               |       |
| Anual                    | 15,00 |               |       |
| Mensal                   | 15,86 | 0,965         | 0,430 |
| Semanal                  | 15,14 |               |       |
| Diária                   | 15,43 |               |       |
| Flexibilidade familiar:  |       |               |       |
| Sem visitas              | 10,00 |               |       |
| Anual                    | 14,23 |               |       |
| Mensal                   | 15,00 | 1,028         | 0,396 |
| Semanal                  | 15,05 |               |       |
| Diária                   | 13,53 |               |       |
| Envolvimento familiar:   |       |               |       |
| Sem visitas              | 29,00 |               |       |
| Anual                    | 30,50 |               |       |
| Mensal                   | 24,00 | 2,707         | 0,034 |
| Semanal                  | 26,73 |               |       |
| Diária                   | 28,42 |               |       |
| Suporte social familiar: |       |               |       |
| Sem visitas              | 50,00 |               |       |
| Anual                    | 37,50 |               |       |
| Mensal                   | 46,50 | 2,275         | 0,006 |
| Semanal                  | 45,50 |               |       |
| Diária                   | 45,79 |               |       |

Legenda: p: nível de significância.

Na Tabela 21 apresentam-se os resultados do teste *t de Student* entre os questionários do PRF e o número de patologias. Utentes detentores de 1-3 patologias têm médias de resiliência mais altas, para os itens coerência familiar, flexibilidade familiar e suporte social familiar. Os utentes com 4 ou mais patologias referem níveis de resiliência mais elevados quanto às mudanças familiares e envolvimento familiar.

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa nas médias de resiliência segundo o número de patologias e o suporte social familiar, com ( $p=0,035$ ).

**Tabela 21.**Resultados do teste *t* de Student dos questionários de PRF, segundo a variável número de patologias

| Escolaridade             | Média | Teste <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------------|-------|----------------|----------|
| Mudanças familiares:     |       |                |          |
| 1-3 patologias           | 2,41  | 0,021          | 0,886    |
| ≥4 patologias            | 2,46  |                |          |
| Coerência familiar:      |       |                |          |
| 1-3 patologias           | 15,40 | 0,565          | 0,454    |
| ≥4 patologias            | 15,22 |                |          |
| Flexibilidade familiar:  |       |                |          |
| 1-3 patologias           | 14,37 | 0,236          | 0,628    |
| ≥4 patologias            | 13,95 |                |          |
| Envolvimento familiar:   |       |                |          |
| 1-3 patologias           | 26,97 | 3,028          | 0,085    |
| ≥4 patologias            | 28,54 |                |          |
| Suporte social familiar: |       |                |          |
| 1-3 patologias           | 46,29 | 4,584          | 0,035    |
| ≥4 patologias            | 43,84 |                |          |

Legenda: *p*: nível de significância.

Na Tabela 22 apresentamos os resultados do teste *One Way ANOVA* entre os questionários do PRF e o tipo de patologias. No item mudanças familiares, utentes com DM e DM associada a outras patologias e também utentes com outras patologias têm média de resiliência mais elevada. Relativamente à coerência familiar, utentes com DM e DM associada a outras patologias são os que têm média de resiliência mais elevada. No item flexibilidade familiar, utentes com outras patologias tem média de resiliência mais alta, acontecendo o mesmo para o item suporte social familiar. O envolvimento familiar apresenta média de resiliência mais elevada para utentes com DM associada à HTA e DM associada à HTA e a outras patologias. Verificou-se existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de flexibilidade familiar ( $p=0,050$ ), envolvimento familiar ( $p=0,031$ ) e suporte social familiar ( $p=0,020$ ), segundo o tipo de patologias referidas.

Neste caso não foi encontrada literatura que analise especificamente a relação entre a resiliência e o tipo de patologias. O que a literatura menciona muitas vezes, é que os idosos referem o aparecimento de patologias como uma das principais adversidades que surgem com o envelhecimento (A. Silva, 2006).

Estudos demonstram que os idosos são capazes de enfrentar os seus problemas de saúde e por isso são considerados mais resilientes (Ferreira et al., 2012; Rodrigues & Polidori, 2012).

Uma questão fundamental é a adoção de comportamentos de saúde que reduzam as hipóteses de aparecimento de doenças. Este mecanismo de enfrentamento fortalece também os recursos

internos que permitem reagir positivamente na presença de doenças ou eventos incapacitantes (Couto, 2010).

**Tabela 22.**

Resultados do teste *One Way ANOVA* dos questionários de PRF, segundo a variável tipo de patologias mais frequentes

| Escolaridade             | Média | One Way ANOVA | p     |
|--------------------------|-------|---------------|-------|
| Mudanças familiares:     |       |               |       |
| DM e DM+outras           | 2,50  | 0,266         | 0,850 |
| HTA e HTA+outras         | 2,46  |               |       |
| DM+HTA e DM+HTA+outras   | 2,00  |               |       |
| Outra                    | 2,50  |               |       |
| Coerência familiar:      |       |               |       |
| DM e DM+outras           | 15,56 | 0,295         | 0,829 |
| HTA e HTA+outras         | 15,28 |               |       |
| DM+HTA e DM+HTA+outras   | 15,45 |               |       |
| Outra                    | 15,25 |               |       |
| Flexibilidade familiar:  |       |               |       |
| DM e DM+outras           | 15,31 | 2,684         | 0,050 |
| HTA e HTA+outras         | 13,75 |               |       |
| DM+HTA e DM+HTA+outras   | 12,45 |               |       |
| Outras                   | 16,38 |               |       |
| Envolvimento familiar:   |       |               |       |
| DM e DM+outras           | 25,19 | 3,084         | 0,031 |
| HTA e HTA+outras         | 28,10 |               |       |
| DM+HTA e DM+HTA+outras   | 29,27 |               |       |
| Outras                   | 26,06 |               |       |
| Suporte social familiar: |       |               |       |
| DM e DM+outras           | 44,75 | 3,401         | 0,020 |
| HTA e HTA+outras         | 44,69 |               |       |
| DM+HTA e DM+HTA+outras   | 45,27 |               |       |
| Outras                   | 49,56 |               |       |

Legenda: DM: diabetes *mellitus*; HTA: hipertensão arterial; p: nível de significância.

Na Tabela 23 estão apresentados os resultados do teste *One Way ANOVA* aplicado aos questionários do PRF segundo a variável medicamentos. Verificaram-se que utentes não medicados têm médias de resiliência mais elevadas para os itens coerência familiar e suporte social familiar. Utesntes que tomam 1-4 medicamentos por dia, têm média de resiliência mais elevada para os questionários mudanças familiares e flexibilidade familiar. Apenas o envolvimento familiar apresenta média de resiliência mais alta quando os utentes tomam mais de 5 medicamentos.

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de suporte social familiar segundo o número de medicamentos ( $p=0,004$ ).

A maioria dos estudos encontrados tem como foco a preocupação com a gestão do regime terapêutico, especialmente em idosos polimedicados, devido ao risco de complicações associadas à toma de vários medicamentos.

A população idosa é o segmento da sociedade mais exposto à utilização do medicamento, pois é comum padecer de múltiplas patologias. Normalmente, quanto mais elevada é a idade, mais adversidades surgem na gestão da medicação: dificuldade em abrir e fechar caixas de medicamentos, dificuldade na toma de vários medicamentos em simultâneo, na organização dos vários fármacos e na compreensão das receitas eletrónicas (De Santis, 2009; Fernandes, 2017; M. Santos & Almeida, 2010). Desta forma, os idosos ficam mais dependentes da ajuda de terceiros para gerir a sua terapêutica, dado que é também suportado pelos resultados deste estudo, onde a resiliência, quanto ao suporte social, tem resultado estatisticamente significativo. Importante acrescentar que, frequentemente, o cuidador, também idoso, poderá ter dificuldades na gestão da terapêutica (L. Silva & Santos, 2010).

Torna-se, assim, fundamental que os idosos com maior dificuldade na toma dos medicamentos possam obter ajuda de modo a reduzir riscos que coloquem em causa a sua segurança (P. Silva et al., 2004; Sarmiento, 2017).

As opiniões são unânimes em apontar os profissionais de saúde, em particular o enfermeiro de família, como tendo papel crucial no ensino da gestão da medicação. Tem também um importante papel na gestão, em conjunto com o médico assistente, da prescrição dos medicamentos que possam ser inapropriados, evitando o excesso de terapêutica e possíveis complicações, com o intuito de aumentar a qualidade de vida do idoso e a sua resiliência. Por outro lado, estes profissionais deverão trabalhar também as medidas não farmacológicas, como cuidados alimentares e atividade física (L. Silva & Santos, 2010; Maciel, 2010; Vieira, 2016).



**Tabela 23.**Resultados do teste *One Way ANOVA* dos questionários de PRF, segundo a variável número de medicamentos

| Número de Medicamentos   | Média | One Way ANOVA | p     |
|--------------------------|-------|---------------|-------|
| Mudanças familiares:     |       |               |       |
| Nenhum medicamento       | 2,00  | 0,086         | 0,918 |
| 1-4 medicamentos         | 2,46  |               |       |
| ≥ 5 medicamentos         | 2,40  |               |       |
| Coerência familiar:      |       |               |       |
| Nenhum medicamento       | 15,50 | 0,056         | 0,945 |
| 1-4 medicamentos         | 15,31 |               |       |
| ≥ 5 medicamentos         | 15,34 |               |       |
| Flexibilidade familiar:  |       |               |       |
| Nenhum medicamento       | 13,50 | 0,138         | 0,871 |
| 1-4 medicamentos         | 14,40 |               |       |
| ≥ 5 medicamentos         | 14,00 |               |       |
| Envolvimento familiar:   |       |               |       |
| Nenhum medicamento       | 26,50 | 0,080         | 0,923 |
| 1-4 medicamentos         | 27,43 |               |       |
| ≥ 5 medicamentos         | 27,65 |               |       |
| Suporte social familiar: |       |               |       |
| Nenhum medicamento       | 49,00 | 5,789         | 0,004 |
| 1-4 medicamentos         | 46,82 |               |       |
| ≥ 5 medicamentos         | 43,26 |               |       |

Legenda: p: nível de significância.

Na Tabela 24 apresentam-se os resultados do teste *t de Student* entre os questionários de PRF e a realização das AVD. As médias mais elevadas de resiliência para utentes sem necessidade de ajuda nas AVD foram encontradas nos questionários flexibilidade familiar e suporte social familiar. Já para utentes com necessidade de ajuda nas AVD, as médias mais elevadas foram demonstradas para os itens mudanças familiares, coerência familiar e envolvimento familiar.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas médias dos itens do questionário de PRF segundo a variável AVD.

Quando se fala de resiliência em idosos, verifica-se que um dos fatores de risco por eles considerado como mais importante, se relaciona com a perda de capacidades/autonomia (Valada, 2011).

Foram encontrados estudos que indicam que idosos mais resilientes conseguem ser mais autónomos ou contrariar os efeitos da perda de autonomia. Portanto, os declínios inerentes ao processo de envelhecimento não são necessariamente um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional, bem como a resiliência (Ferreira et al., 2012; Mello et al., 2016; Vieira, 2016). As perdas físicas podem ser compensadas por incremento de resiliência psicológica, com vista a alocar reservas para evitar efeitos nefastos causados pelo

envelhecimento (Roque, 2013). Ou seja, a vulnerabilidade funcional pode gerar baixa resiliência física, contudo, a resiliência está também relacionada com aspetos psicológicos inerentes a cada pessoa (Couto, 2010).

Por outro lado, os idosos referem que a sensação de invalidez lhes causa frustração derivada da sensação de sobrecarga dos mais próximos. Atividades de trabalho e lazer adaptados a esta realidade poderiam ajudar a minimizar este desconforto sentido pelos idosos (Schuck & Antoni, 2014).

É também relatado na literatura que as condições de saúde e configuração familiar se relacionam, salientando que o envolvimento dos familiares é um bom indicador de funcionalidade familiar, possibilitando melhoria da saúde psicológica do idoso (Rabelo & Neri, 2015).

**Tabela 24.**

Resultados do teste *t de Student* dos questionários de PRF, segundo a variável ajuda na realização das AVD

| Realização das AVD       | Média | Teste <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------------|-------|----------------|----------|
| Mudanças familiares:     |       |                |          |
| Sem ajuda                | 2,41  | 0,130          | 0,719    |
| Com ajuda                | 2,67  |                |          |
| Coerência familiar:      |       |                |          |
| Sem ajuda                | 15,31 | 1,106          | 0,295    |
| Com ajuda                | 15,83 |                |          |
| Flexibilidade familiar:  |       |                |          |
| Sem ajuda                | 14,35 | 1,459          | 0,230    |
| Com ajuda                | 12,17 |                |          |
| Envolvimento familiar:   |       |                |          |
| Sem ajuda                | 27,47 | 0,077          | 0,781    |
| Com ajuda                | 28,00 |                |          |
| Suporte social familiar: |       |                |          |
| Sem ajuda                | 45,50 | 0,075          | 0,784    |
| Com ajuda                | 44,83 |                |          |

Legenda: AVD: atividades da vida diária; *p*: nível de significância.

## 2.5. Conclusão

Com o aumento do envelhecimento da população crescem cada vez mais necessidades específicas e heterogêneas nesta faixa etária, por isso surgiu o interesse em estudar a felicidade subjetiva dos idosos e a resiliência familiar. São assuntos que se revestem de alguma complexidade, pois investigamos dimensões inovadoras, em que a bibliografia existente é escassa. A felicidade é um sentimento subjetivo e a resiliência familiar uma forma de viver relacionada com a adaptabilidade e tenacidade, particularmente quando favorecida por elementos protetores. Estes fatores são de extrema importância no funcionamento da família. Pretendeu-se com este estudo uma maior apropriação sobre estes dois conceitos, tentando sensibilizar a comunidade científica, e todos os profissionais que trabalham com famílias, em particular o enfermeiro de família, no que toca ao cuidado de famílias idosas. Para tal, os objetivos que nortearam este trabalho foram descrever a felicidade subjetiva dos idosos e a resiliência familiar. Consideramos que os objetivos estabelecidos foram cumpridos.

Dos resultados obtidos neste estudo, relativamente à caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, destacam-se:

- Mais de metade da amostra integra idosos com idades entre os 65 e 74 anos, com predominância do sexo feminino, casados, com ensino básico de escolaridade;
- A maioria dos idosos vive com apenas uma pessoa também idosa;
- As visitas diárias dos familiares são as mais comuns, seguidas pelas semanais/mensais, sendo raros os casos em que não existem visitas, ou visitas anuais;
- A maioria dos idosos padece de 1 a 3 patologias, com predomínio da HTA e HTA associada a outras patologias;
- Mais de metade da amostra faz 1 a 4 medicamentos por dia;
- A maioria dos participantes não necessita de ajuda para a realização das AVD.

Quanto à avaliação da felicidade subjetiva:

- A maioria dos idosos refere sentir-se feliz e também se sentem mais felizes quando comparado com os outros;

- A maioria dos idosos goza a vida apesar dos problemas, e também não se sentem menos felizes do que poderiam ser.

No que respeita à avaliação da resiliência familiar:

- Constatou-se baixo PRF para os questionários de mudanças familiares, flexibilidade familiar e suporte social familiar;
- Verificou-se alto PRF para o questionário de coerência familiar;
- Verificou-se médio PRF para o questionário de envolvimento familiar.

No que respeita à  $H_1$  - Existem diferenças estatisticamente significativas na felicidade subjetiva em função das variáveis sociodemográficas e clínicas:

- *Em geral considero-me: Uma pessoa que não é muito feliz...Uma pessoa muito feliz:* existem diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil (idosos solteiros são mais felizes) e a necessidade de ajuda na realização das AVD (idosos mais felizes são os que necessitam de ajuda na realização das AVD);
- *Comparativamente com outras pessoas como eu, considero-me: menos feliz...mais feliz:* existe diferença estatisticamente significativa em função da necessidade de ajuda na realização das AVD (idosos mais felizes são os que não necessitam de ajuda na realização das AVD);
- *Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si? De modo nenhum...Em grande parte:* existe diferença estatisticamente significativa em função do número de patologias (idosos com 4 ou mais patologias têm médias mais elevadas de felicidade subjetiva);
- *Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si? De modo nenhum... Em grande parte:* existe diferença estatisticamente significativa em função da necessidade de ajuda na realização das AVD (idosos que não necessitam de ajuda nas AVD têm médias de felicidade subjetiva mais elevadas) e do número de patologias (idosos com 4 ou mais patologias são os que apresentam médias mais elevadas);

- *Análise da relação entre a felicidade subjetiva total e as variáveis socio demográficas e clínicas:* existe diferença estatisticamente significativa em função da necessidade de ajuda na realização das AVD (idosos que não necessitam de ajuda para a realização das AVD têm médias de felicidade subjetiva mais elevadas) e do número de patologias (utentes com 4 ou mais patologias apresentam maiores níveis de felicidade subjetiva).

No que respeita à H<sub>2</sub> - Existem diferenças estatisticamente significativas na resiliência familiar em função das variáveis sociodemográficas e clínicas:

- Existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de resiliência para os questionários de envolvimento familiar e suporte social familiar segundo as visitas familiares (para o envolvimento familiar as médias de resiliência mais elevadas encontram-se em idosos com visitas anuais, para o suporte social familiar as médias de resiliência são mais elevadas em idosos sem visitas);
- Existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de resiliência para o suporte social familiar segundo o número de patologias (o suporte social familiar evidenciou médias mais elevadas de resiliência para idosos que referem ter 1-3 patologias);
- Existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de resiliência para os questionários de flexibilidade familiar, envolvimento familiar e suporte social familiar segundo o tipo de patologias (a flexibilidade familiar demonstrou médias de resiliência mais elevadas em idosos com outras patologias [incluídas maioritariamente patologia osteoarticular degenerativa, ansiedade, depressão], o envolvimento familiar para idosos com DM+HTA e DM+HTA+outras e o suporte social familiar para idosos com outras patologias);
- Existem diferenças estatisticamente significativas para a média de resiliência no questionário de suporte social familiar segundo o número de medicamentos (o suporte social familiar evidenciou médias de resiliência mais elevadas para idosos que não tomam medicação).

Como constrangimentos ao estudo, realçamos a subjetividade e complexidade dos conceitos de felicidade subjetiva e de resiliência, muito singulares de cada indivíduo e de cada família.

Outras limitações foram o método e tempo de seleção da amostra, pois devido a ser selecionada por conveniência pode trazer viés ao estudo, acrescentando que a recolha de dados esteve sujeita ao tempo de duração do estágio. Dado o tamanho da amostra e pelo facto de se tratar de um estudo transversal não foi possível efetuar uma generalização dos dados.

A enfermagem está a enfrentar grandes desafios, que exigem cada vez mais fundamentação científica no desempenho das suas competências. A investigação na área da enfermagem de família é essencial para o desenvolvimento deste domínio e reconhecimento deste profissional como mais-valia na intervenção com as famílias.

Esta investigação coloca em evidência a necessidade de aumentar o conhecimento sobre a felicidade dos idosos e a resiliência da família como capacidade de ajuste às dificuldades decorrentes do envelhecimento, pelo que se almeja ter dado visibilidade ao problema e que os resultados possam servir como referencial para pesquisas futuras.

Seria importante que se pudesse apostar na implementação de políticas de saúde que possibilitem o envolvimento dos idosos em atividades em família, mas também desenvolver programas e projetos de assistência social estruturados para atender os idosos em situação de vulnerabilidade e risco social decorrente de pobreza, isolamento social, ausência de renda, fragilidade dos vínculos familiares e/ou comunitários e discriminação. Por fim, sugere-se que, de futuro, se possam efetuar estudos para identificar estratégias utilizadas pelos idosos para enfrentar situações adversas e estratégias de manutenção da felicidade, possibilitando a criação de políticas públicas mais efetivas e de maior impacto social.

## **SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO**

A família é a célula vital da sociedade e tem vindo a assumir protagonismo como foco da prestação de cuidados (Abreu, 2010). Os enfermeiros destacam-se como profissionais privilegiados no cuidado às famílias, sem dissociar a responsabilidade de garantir qualidade dos cuidados prestados. A abordagem às famílias pressupõe uma relação de parceria, delineando um conjunto de intervenções bem planeadas para que os objetivos propostos sejam alcançados. Esta participação ativa da família funciona como um “recurso fundamental na promoção da qualidade de vida dos seus membros” (Abreu, 2010, p.8).

Ao longo deste estágio foi possível cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, e também colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

No sentido da qualidade dos cuidados e de uma prática baseada na evidência, a investigação é fundamental para adquirir novos saberes, por isso, durante o estágio, foi também desenvolvido um estudo de investigação, permitindo descrever a felicidade subjetiva e a resiliência em famílias idosas.

Verificou-se que, em geral, os idosos se consideram felizes apesar de todas as adversidades decorrentes do envelhecimento, no entanto, ainda há um longo caminho a percorrer no que se refere à resiliência, já que os resultados do PRF são maioritariamente baixos, comprovando que este é um processo dinâmico e em constante reajuste e adaptação pelas famílias.

O estágio permitiu aplicar e consolidar os conhecimentos adquiridos na componente teórica, tendo atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente. Foi um período de grande enriquecimento profissional, fazendo transparecer o valor da formação contínua na melhoria da qualificação profissional, possibilitando cuidados de enfermagem de excelência.





**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abreu, W. (2010). Prefácio. In Escola Superior de Enfermagem do Porto, *Redes de conhecimento em enfermagem de família* (pp. 6–11). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes\\_de\\_conhecimento\\_enfermagem\\_de\\_familia.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf)
- Administração Central dos Serviços de Saúde. (2019). *Modelos organizacionais das USF*. Disponível em [www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/Departamentos/GestaoeFinanciamentoPrestSaude/CSaudePrimarios/CuidadosdeSaudePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/default.aspx](http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/Departamentos/GestaoeFinanciamentoPrestSaude/CSaudePrimarios/CuidadosdeSaudePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/default.aspx)
- Arantes, P. O., Alves, K. J., Campos, P. R., Rosa, E. B., Sousa, D. C., Costa, S. M., & Ramos, M. T. (2015). Resiliencia e bem estar subjetivo no envelhecer: Um estudo em idosos de Uberlândia. *E-RAC*, 5(1), 1-14. Disponível em <http://www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/e-rac/article/view/613/450>
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia*. Disponível em <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Augusto, C. C. (2014). *Resiliência das famílias de crianças com necessidades especiais: Contributos dos enfermeiros na intervenção transdisciplinar* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77055/2/33244.pdf>
- Barbosa, A. F. (2014). *Papéis da equipa de cuidados de saúde primários no cuidado aos idosos* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72985/2/28962.pdf>
- Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33-55. doi:10.1177/1074840707312237
- Branco, A. E. (2013). *A relação entre os diferentes tipos de família e a prevalência de doença mental nos indivíduos que compõem essa família* (Tese de doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/79771>
- Broeiro, P. (2016). Cuidar no lugar: Um apelo ao sentido de coerência e à resiliência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 32, 6-8.
- Broeiro, P., Maio, I., & Ramos, V. (2008). Polifarmacoterapia: Estratégias de racionalização. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(5), 625-631.
- Carvalho, M., & Dias, M. L. (2012). Saúde mental e desenvolvimento pessoal positivo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 135-144. Disponível em [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/4232/0214-9877\\_2012\\_1\\_4\\_135.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/4232/0214-9877_2012_1_4_135.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication. Disponível em <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Correia, C., & Sequeira, J. (2011). A rede social das famílias multiproblematizadas ou multidessafiadas. Estudo exploratório com famílias rurais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 483-492. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832329048.pdf>
- Couto, F. (2010). Resiliência e capacidade funcional em idosos. *Revista Kairós*, 13, 51-62. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/3922>
- De Santis, T. P. (2009). *Polimedicação e medicação potencialmente inadequada no idoso: estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/14808>
- Decreto-Lei nº 28/2008*, 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do serviço nacional de saúde. Diário da República, 38. Série I.
- Diogo, M. J. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 13(6), 395-399. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v13n6/395-399/pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/wp-content/uploads/2012/10/ranieribarreira01.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *A saúde dos portugueses 2016*. Lisboa: Autor. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOEspub\\_boui=263714091&PUBLICACOEsmode=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=263714091&PUBLICACOEsmode=2&xlang=pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável: 2017-2025*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Fernandes, J. I. (2017). *Caracterização da utilização de medicamentos em doentes idosos medicados* (Dissertação de mestrado integrado). Universidade de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/36140>
- Ferreira, C. L., Santos, L. M., & Maia, E. M. (2012). Resiliência em idosos atendidos na rede de atenção básica de saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista a Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 328-334. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200009>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lisboa: Lusociência.

- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2010). Avaliação familiar: Do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552-559. Disponível em <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.12559>
- Fontes, A. P. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). *Revista Kairós*, 7, 8-20. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/3917>
- Fortes, T., Portuguese, M., & Argimon, I. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia Campinas*, 26(4), 455-463. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/06.pdf>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F. (2003a). Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (3a ed., cap. 8, pp. 99-110). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003b). Glossário. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (3a ed., pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). A investigação científica. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (3a ed., cap. 1, pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Freitas, M. C., Queiroz, T., & Sousa, J. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407-412. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>
- Henriqueto, S. M. (2013). *A resiliência, o suporte social e o bem-estar na adaptação ao envelhecimento* (Dissertação de mestrado). Universidade do Algarve. Disponível em <http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/5973>
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos norte*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Inquérito nacional de saúde 2014*. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística. (2018a). *Estatísticas demográficas 2017*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018b). *Estimativas da população residente em Portugal 2017*. Lisboa: Autor.

- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing* (4th ed.). Philadelphia: Company, F.A. Davis.
- Lampert, S. S. (2009). *Rede de apoio social, resiliência e marcadores imunológicos em idosos cuidadosos de pacientes com demência* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. Disponível em <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2594>
- Laranjeira, C. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de literatura. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 23(3), 327-331. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a12v23n3.pdf>
- Leal, M. I. (2017). *Contributo para o estudo da resiliência em idosas: Efeito da coabitação com os filhos* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/104972/2/197507.pdf>
- Lima, M. G., Barros, M. B., & Alves, M. C. (2012). Sentimento de felicidade em idosos: Uma abordagem epidemiológica, ISA-Camp 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(12), 2280-2292. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400007>
- Lopes, S., & Massinelli, C. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Aletheia*, 40, 134-145. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a12.pdf>
- Loureiro, H., Mendes, A., Fernandes, A., Camarneiro, A., Fonseca, A., Veríssimo, M., ... Ângelo, M. (2015). *Construção de um programa promotor do envelhecimento ativo: O protótipo do programa REATIVA*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/22062>
- Maciel, F. (2010). *Dificuldade do idoso na terapêutica plurimedicamentosa e seus efeitos colaterais: iatrogênia* (Trabalho de conclusão de curso de especialização). Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
- Mantovani, E. P., Lucca, S. R., & Neri, A. L. (2016). Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 203-222. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150041>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com SPSS Statistics* (5a ed.). Lisboa: ReportNumber.
- Marques, F. D. (2013). *Famílias envelhecidas: Percursos e diversidade* (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/13373>
- Martins, M. H. (2014). Resiliência familiar: Revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios. *Cadernos Do Grei*, 10, 1-23. doi:10.13140/2.1.4365.8245

- Mata, M. A. (2012). *Sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes* (Tese de doutoramento). Universidade de Salamanca.
- Mello, D. R., Apratto Jr, P. C., César, T. P., Souza, D., Miranda, D., Freitas, G., ... Leite, L. C. (2016). Factores de resiliência no envelhecimento verificados na visita domiciliar: Relato de uma experiência na atenção básica. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, 2(2), 30-44. Disponível em <http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/200/70>
- Meneses, D. L., Silva Jr., F. J., Melo, H. D., Silva, J. C., & Figueiredo, M. L. (2013). A dupla face da velhice: O olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 15-18. doi:10.21675/2357-707X.2013.v4.n1.495
- Ministério da Saúde. (2017a). *BI-CSP: Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10012/1031273/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2017b). *BI Reforma*. Disponível em [www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/bi-da-reforma](http://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/bi-da-reforma)
- Neri, A. L. (2007). *Qualidade de vida e idade madura* (7a ed.). Porto: Porto Editora.
- Neri, A., & Teixeira, I. (2008). Envelhecimento bem sucedido: Uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v19n1/v19n1a10.pdf>
- Nobre, S., Reis, S., Castro, F. V., & Esteves, M. L. (2013). Felicidade: Amor e arte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 421-430. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/3498/349852173031/>
- Ó, A. R. (2013). *Os idosos e a felicidade: Memória e expectativa. Estudo sobre as representações de felicidade dos idosos num centro social paroquial em Lisboa* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/16689>
- Oliveira, C., & Encarnação, P. (2017). Promover competências de envolvimento social do estudante de enfermagem: Propostas de cuidados em enfermagem baseado nas forças para melhorar a escuta atenta. *Evidências, Supl. 2*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/19586>
- Oliveira, S. F., Queiroz, M. I., & Costa, M. L. (2012). Bem estar subjetivo na terceira idade. *Motricidade*, 8(2), 1038-1047. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023568131.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: Autor. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=1176E7C1641BEE724584C50A04AE776E?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=1176E7C1641BEE724584C50A04AE776E?sequence=6)

- Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 157-168. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70630/2/87625.pdf>
- Peixoto, M. J., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a17.pdf>
- Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: Atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. In *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Livro de comunicações* (pp. 26-34). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/49457>
- Pinto, T. R. (2012). *Conhecimentos e capacidades de idosos dependentes e seus familiares cuidadores e as práticas educativas dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72930/2/28948.pdf>
- PORDATA. (2018). *Indicadores de envelhecimento*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- PORDATA. (2019a). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+nível+de+escolaridade+completo+mais+elevado-332>
- PORDATA. (2019b). *Dimensão média dos agregados domésticos privados*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Dimensão+média+dos+agregados+domésticos+privados-847>
- Portella, M. R., Scortegagna, H. D., Pichler, N. A., & Graeff, D. B. (2017). Felicidade e satisfação com a vida: Voz de mulheres adultas e idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 14(1), 93-101. Disponível em <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5960>
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2015). Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(4), 874-884. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00874.pdf>
- Ranieri, L. P., & Barreira, C. R. (2012). A empatia como vivência. *Memorando*, 23, 12-31. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/wp-content/uploads/2012/10/ranieribarreira01.pdf>
- Regulamento nº 428/2018*, de 16 julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Diário da República, 135. Série II.

- Resolução da Assembleia da República nº 1/2001*. Disponível em <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/ces/Documents/Conven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Oviedo.pdf>
- Rodrigues, F., & Polidori, M. (2012). Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(4), 619-627. Disponível em [https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n\\_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf](https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf)
- Roque, S. N. (2013). *Resiliência e apoio social em idosos: Uma interface com a qualidade de vida* (Tese de doutoramento). Universidade federal de Paraíba, João Pessoa, Brasil. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6971>
- Santos, M., & Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (Série 3), 149-162.
- Santos, S. M. (2012). *Viúvas e mudanças de vida . Estudo narrativo com idosas* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9208/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Sarmento, M. E. (2017). *A polimedicação em idosos : Reconciliação terapêutica ferramenta para a gestão do processo terapêutico. Ferramenta para a gestão do processo terapêutico* (Dissertação de mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Schafer, K. C., & Biasus, F. (2013). Representações sociais do envelhecimento, cuidado e saúde do idoso para estudantes e profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 9(3), 356-370. Disponível em <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.049>
- Schuck, L. M., & Antoni, C. (2014). Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente : Um estudo de caso. *Temas em Psicologia*, 22(4), 941-951. Disponível em <https://doi.org/10.9788/TP2014.4-20>
- Silva Júnior, E. G., Eulálio, M., Souto, R., Santos, K., Melo, R., & Lacerda, A. (2019). A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(1), 7-16. doi:10.1590/1413-81232018241.32722016
- Silva Leal, M. I. (2017). *Contributo para o estudo da resiliência em idosas: efeito da coabitação com os filhos*. Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/104972/2/197507.pdf>
- Silva, A. (2006). *Envelhecimento: Resiliência e espiritualidade. História de vida de idosos: Sobreviver às adversidades sem perder o senso de integridade*. Universidade católica de Brasília.
- Silva, E., Silva, P., Moura, P., Santos, A. R., Dabbicco, P., Azevedo, A., & Freitas, C. (2012). Resiliência e saúde: Uma análise da qualidade de vida em idosos. *ConScientiae Saúde*, 11(1), 111-118. Disponível em <https://doi.org/10.5585/ConsSaude.v11n1.2709>

- Silva, L., & Santos, K. (2010). Analfabetismo e declínio cognitivo: Um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. *Revista Kairós*, 13(1), 245-256.
- Silva, M., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(Série 3), 19-28.
- Silva, P., Luís, S., & Biscaia, A. (2004). Polimedicação: Um estudo de prevalência nos centros de saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 323-336. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10041/9778>
- Sousa, C., & Rodriguez-Miranda, F. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação e Realidade*, 40(1), 33-51. doi:10.1590/2175-623645562
- Souza, M., & Cervený, C. (2006). Resiliência psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(1), 119-126. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v40n1/v40n1a13.pdf>
- Valada, M. J. (2011). *A arte da vida: Caminhar pelo envelhecimento com resiliência e com qualidade de vida* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1577/Maria%20Jose%20Valada.pdf?sequence=1>
- Vieira, M. L. (2016). *Resiliência e funcionalidade em idosos institucionalizados: Estudo comparativo entre idosos participantes em sessões de psicomotricidade e não participantes* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.8/1947>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Editora Sílabo.



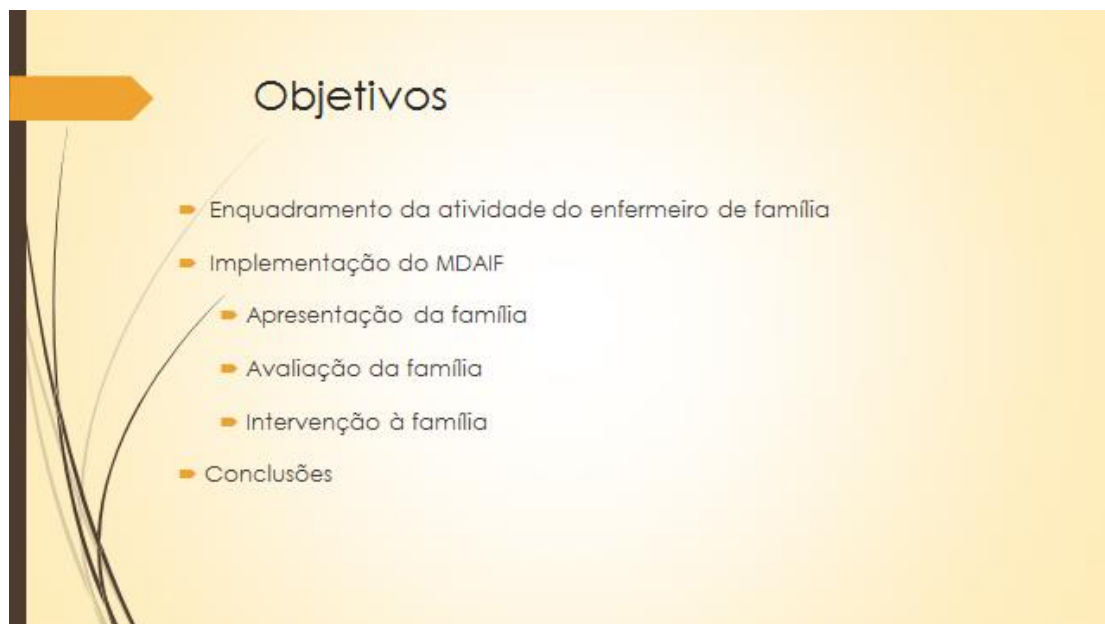
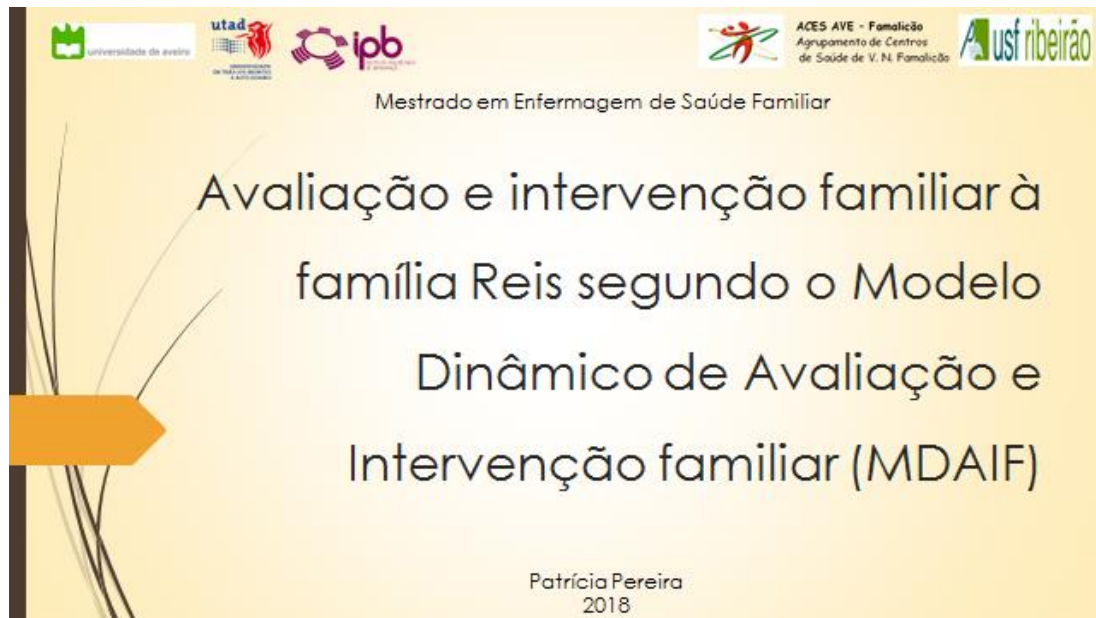
## **APÊNDICES**

---



## Apêndice A

Apresentação da avaliação familiar e intervenção do enfermeiro de família à equipa da USF da ARS Norte



## Enquadramento da atividade do enfermeiro de família

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar:

- Cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Diário da República, 2018

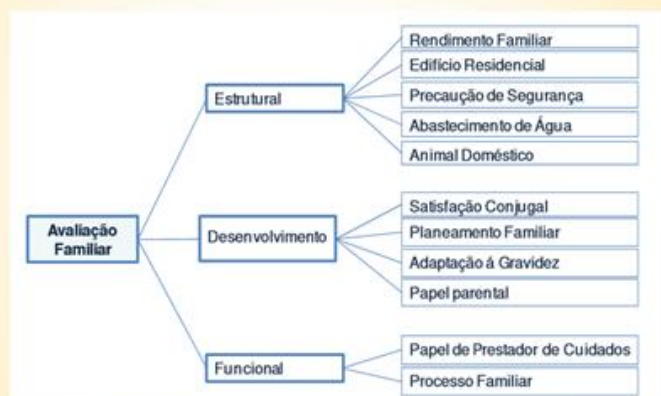
## Apresentação da família

- O agregado da família Reis é constituído pelo pai/marido – Altino mãe/esposa – Alda, e por 4 dos 5 filhos do casal: Raquel, Marco, Filipe e Cátia.
- Na família há história de diabetes mellitus, asma brônquica e hipertensão arterial, por parte dos avós.

## Apresentação da família

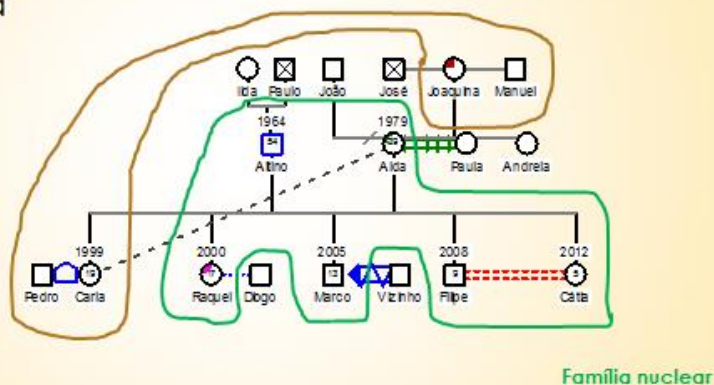
| Família Reis              |         |                                                                                  |                                                                                                            |            |
|---------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Membro                    | Idade   | Profissão                                                                        | Patologias                                                                                                 | outros     |
| Sr. Altino<br>pai/ marido | 54 anos | Serralheiro civil – desempregado                                                 | Neoplasia gástrica – gastrectomia 3/2018 Fumador (ainda em processo de transição saúde/doença),<br>Sífilis | Alcoolismo |
| Sra. Alda<br>Mãe/esposa   | 38 anos | Empregada doméstica em casas particulares – desempregada (antes operária fabril) | Obesidade – colocação de banda gástrica 9/2011<br>Sífilis                                                  |            |
| Raquel - filha            | 17 anos | estudante                                                                        | Melanoma – seguida no IPO                                                                                  |            |
| Marco - filho             | 13 anos | estudante                                                                        | Asma medicada<br>História de abuso sexual por parte de um vizinho em 02/2018                               |            |
| Filipe - filho            | 9 anos  | estudante                                                                        | Obesidade                                                                                                  |            |
| Cátia - filha             | 5 anos  | Frequenta o ensino pré-escolar                                                   |                                                                                                            |            |

## Avaliação da família



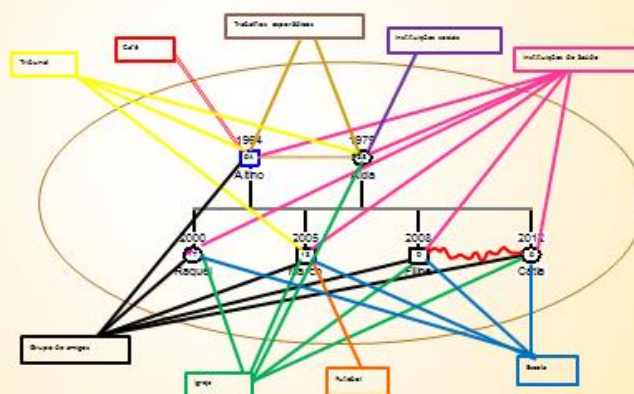
## Avaliação da família - estrutural

**Genograma**  
Representação gráfica da família



## Avaliação da família - estrutural

**Ecomapa**  
Representação dos sistemas mais amplos da família



## Avaliação da família - estrutural

- **Classe social** – escala de Graffar adaptada – classe baixa
- **Edifício residencial** – habitação social, 2 andares, com escadas e coluna no meio da sala
- **Sistema de abastecimento** – água e tratamento de resíduos da rede pública
- **Ambiente biológico** – 1 cão vacinado e desparasitado, 2 gatos não vacinados mas desparasitados e um canário

## Avaliação da família – desenvolvimento

- **Etapas do ciclo vital** – 4 etapas - família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.
- **Satisfação conjugal** – sem disfunção sexual, mas com alterações ao nível da comunicação e relação dinâmica do casal e da interação sexual.
- **Planeamento familiar** – não aplicável
- **Adaptação à gravidez** – não aplicável
- **Papel parental** – concentrado na Mãe

## Avaliação da família – funcional

- **Papel do prestador de cuidados** – não aplicável
- **Processo familiar**

### Escala de readaptação social de Holmes e Rahe

avalia eventos familiares geradores de stress)

50% probabilidade de adoecer por doença física ou psíquica

Comunicação familiar

Coping familiar

### Interação de papéis familiares

- Provedor
- Gestão financeira
- Cuidado doméstico
- Recreativo
- Parente

## Avaliação da família – funcional

### Relação dinâmica

- Escala de FACES II (coesão e adaptabilidade família)  
**Família de meio termo: coesão muito baixa e adaptabilidade baixa/moderada**
- Escala de apgar familiar de Smilkstein (percepção da funcionalidade família)  
**Família com disfunção moderada**

### Crenças

- Religiosas
- Espirituais
- Valores
- Culturais
- Intervenção dos profissionais de saúde

## Intervenção familiar -Focos de atenção/ diagnósticos da dimensão estrutural

- Rendimento familiar
  - Rendimento familiar insuficiente
- Edifício Residencial
  - Edifício residencial não seguro
  - Edifício Residencial Negligenciado
- Precaução de segurança
  - Precaução de segurança não demonstrada
- Animal doméstico
  - Animal doméstico negligenciado

## Intervenção familiar -Focos de atenção/ diagnósticos da dimensão de desenvolvimento

- Satisfação conjugal
  - Satisfação conjugal não mantida
- Papel parental – famílias com filhos pequenos/ na escola
  - Papel Parental não adequado:
    - Conhecimento não demonstrado
    - Adaptação da família à escola não eficaz
    - Comportamentos de adesão não demonstrado
    - Consenso Não
    - Conflito Sim



## Intervenção familiar -Focos de atenção/ diagnósticos da dimensão de desenvolvimento

- Papel parental – família com filhos adolescentes
  - Papel Parental não adequado
    - Conhecimento não demonstrado
    - Comportamentos de adesão não demonstrado
    - Consenso Não
    - Conflito Sim
- Papel parental – família com filhos adultos
  - Conhecimento não demonstrado
  - Comportamentos de adesão não demonstrado
  - Consenso não
  - Conflito Sim

## Intervenção familiar -Focos de atenção/ diagnósticos da dimensão funcional

### Processo familiar

- Comunicação Familiar Não Eficaz
- Coping familiar Não eficaz
- Interação de Papeis Familiares Não eficaz
- Relação Dinâmica Disfuncional

## Conclusões

- **Enfermeiro de família** - importante papel de mediador dos vários recursos existentes na comunidade
- **MDAIF** - instrumento pormenorizado e facilitador na identificação das necessidades das famílias e no planeamento das intervenções adequadas
  - Abordagem colaborativa – para e com a família



FIM



*Obrigada pela colaboração*



## Apêndice B

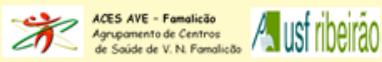
Apresentação do estudo à equipa da USF da ARS Norte



Projeto de relatório de estágio integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

# FELICIDADE E RESILIÊNCIA DAS FAMÍLIAS IDOSAS NA USF RIBEIRÃO

Patrícia Pereira nº 65916 UTAD





## Felicidade

Sentimento subjetivo

Bem supremo da vida de uma pessoa



### Estruturado em novos valores:

- ✓ Bem estar;
- ✓ Ter saúde;
- ✓ Satisfação com a vida.

(Pontella et al., 2017)

- ✓ Convívio com a família;
- ✓ Visitas dos netos;
- ✓ Observação do sucesso da família.

(Pontella et al., 2017)

- ✓ Capacidade funcional;
- ✓ Função cognitiva;
- ✓ Memória;
- ✓ Autonomia;
- ✓ Estilo de vida;
- ✓ Construção individual e da dinâmica afetiva e social.

(Mantovani et al., 2018)

## Resiliência Familiar



### Resiliência

Capacidade humana de se adaptar e transformar situações de risco e de vulnerabilidade em potencialidades.

(Ferreira et al., 2012)

### Resiliência familiar

Consiste na superação bem-sucedida dos familiares diante da adversidade, que lhes permite florescer com calor, apoio e coesão.

(Black & Lobo, 2008).

## Resiliência Familiar



### Resiliência

Capacidade humana de se adaptar e transformar situações de risco e de vulnerabilidade em potencialidades.

(Ferreira et al., 2012)

### Resiliência familiar

Consiste na superação bem-sucedida dos familiares diante da adversidade, que lhes permite florescer com calor, apoio e coesão.

(Black & Lobo, 2008).



## Metodologia

### Tipo de estudo

- ✓ Metodologia quantitativa;
- ✓ Estudo descritivo-correlacional;
- ✓ De corte transversal.

### Questão de investigação

Será que há relação entre a felicidade dos idosos e a resiliência de famílias idosas na USF Ribeirão?

### Objetivos

- ✓ Descrever a felicidade dos idosos;
- ✓ Descrever a resiliência familiar;
- ✓ Analisar a relação entre a felicidade e a resiliência familiar.

### População

Idosos com 65 e mais anos na USF Ribeirão

### Amostra

- ✓ Amostragem não probabilística, selecionada por conveniência;
- ✓ Idosos com 65 e mais anos que recorram à USF;
- ✓ Que vivam em agregados familiares com 65 e mais anos;
- ✓ Que não tenham patologia mental.



## Metodologia

### Hipóteses

- H1 – Há relação entre as variáveis sociodemográficas e a felicidade dos idosos.
- H2 – Há relação entre as variáveis sociodemográficas e a resiliência familiar.
- H3 – Há relação entre as variáveis clínicas e a felicidade dos idosos.
- H4 – Há relação entre as variáveis clínicas e a resiliência familiar.
- H5 – Há relação entre a felicidade e a resiliência familiar.

- ✓ Variáveis dependentes: Felicidade dos idosos e resiliência familiar.
- ✓ Variáveis independentes: sociodemográficas e clínicas.



## Metodologia

### Instrumento de recolha de dados - Formulário:

- ✓ Caracterização sociodemográfica dos idosos;
- ✓ Caracterização de dados clínicos dos idosos;
- ✓ Escala de felicidade subjetiva (Pais-Ribeiro, 2012);
- ✓ Escala de Perfil de Resiliência Familiar – traduzida e adaptada para Portugal por Maria José Peixoto e Teresa Martins, 2012).

### Análise de dados - SPSS

- ✓ Análise estatística descritiva: medidas de tendência central e de dispersão;
- ✓ Análise estatística inferencial: testes paramétricos e não paramétricos em função da distribuição das variáveis.



## Metodologia

### Considerações éticas

A investigação em saúde está sujeita a padrões éticos que promovem e garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a sua saúde e direitos.

(Kong & West, 2013)

- ✓ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte e ACeS Ave;
- ✓ Pedido de autorização de utilização de escalas;
- ✓ Consentimento informado aos participantes da amostra.



## Bibliografia

- ✓ Arantes, P. O. (2015). RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR SUBJETIVO NO ENVELHECER: um estudo em idosos de Uberlândia, MG, 1-14.
- ✓ Augusto, C. (2014). Resiliência das famílias de crianças com necessidades especiais - Contributos dos enfermeiros na intervenção transdisciplinar.
- ✓ Barbosa, A. F. (2014). Papel da equipa de Cuidados de Saúde Primários no Cuidado aos idosos. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72985/2/28982.pdf>
- ✓ Barreto, D. R., Jr., A., Cavalcante, P., & Messias, J. (2018). FATORES DE RESILIÊNCIA NO ENVELHECIMENTO VERIFICADOS NA VISITA DOMICILIAR: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA. *Revista Interdisciplinar Do Pensamento Científico*, 2, 30-44. Retrieved from <http://reinspec.arvroot.com:8888/reinspec/index.php/reinspec/article/view/200/70>
- ✓ Black, K., & Lobo, M. (2008). A Conceptual Review of Family Resilience Factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33-55. <https://doi.org/10.1177/1074840707312237>
- ✓ Broeiro, P., Maio, I., & Ramos, V. (2008). Polifarmacoterapia: estratégias de racionalização, 625-631.
- ✓ Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. (2001). Retrieved from <http://www.gdoc.pt/asil/doca/oviado.pdf>
- ✓ De Santa, T. P. L. S. (2008). Polimedicação e medicação potencialmente inapropriada no idoso: estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários. Dissertação de Mestrado Em Geriatria, 1-108. Retrieved from <https://estudogeral.sib.ucp.pt/handle/10316/14808>
- ✓ Diário da República. (2011). Diário da República, 2ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011, 8890-8891.
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. Direção-Geral da Saúde, 52. Retrieved from <https://www.ans.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- ✓ Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 46(2), 328-334. <https://doi.org/10.1590/S0080-82342012000200009>
- ✓ Figueiredo, M. H. D. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552-559. <https://doi.org/10.4025/cienciasecuidado.v9i3.12589>
- ✓ Fortin, M.-F. (1999). O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- ✓ Gadanho, T. F. R. (2014). Relação entre estratégias de coping e resiliência após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático, 118.
- ✓ Henriques, S. M. (2013). A resiliência, o suporte social e o bem-estar na adaptação ao envelhecimento. Retrieved from <http://sapientia.usg.pt/handle/10400.1/5973>
- ✓ INE. (2002). O Envelhecimento Português e a Situação demográfica e socio-económica pessoas idosas.
- ✓ Kong, H., & West, S. (2013). Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial. Retrieved from <http://apup.up.pt/doca/declaracao-de-helsinki.pdf>
- ✓ Lima, M. G., Barros, M. B. de A., & Alves, M. C. G. P. (2012). Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, IBA-Camp 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(12), 2280-2282. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400007>



## Bibliografia

- ✓ Mantovani, E. P., Lucca, S. R. de, Neri, A. L., Mantovani, E. P., Lucca, S. R. de, & Neri, A. L. (2018). Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicados por satisfação em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 19(2), 203-222. <https://doi.org/10.1590/1809-86232018018150041>
- ✓ Meneses, D. L. P., Júnior, F. J. G. da S., Melo, H. D. S. F., Silva, J. C. e, & Figueiredo, M. do L. F. (2013). A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enfermagem Em Foco*, 4(1), 15-18. Retrieved from <http://revista.portaliocofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495/185>
- ✓ Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida e idade madura. Retrieved from [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=t\\_iv78H-AM0&pg=PA8&q=Qualidade+de+vida+no+adulto+maduro+interpretações+teóricas++evidências+de+pesquisa.&ots=SuEDBCjT&pg=PTN19](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=t_iv78H-AM0&pg=PA8&q=Qualidade+de+vida+no+adulto+maduro+interpretações+teóricas++evidências+de+pesquisa.&ots=SuEDBCjT&pg=PTN19)
- ✓ OMS. (2014). Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. *Psychological Science*, 25(9), 1882-1890. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7>
- ✓ Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Validação transcultural da escala de felicidade e subjetiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(2), 157-188. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70830/2/87825.pdf>
- ✓ Peixoto, M. J., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(2), 372-388. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a17.pdf>
- ✓ Pinto, T. R. (2012). Conhecimento e capacidades de idosos dependentes e seus familiares cuidadores e as práticas educativas dos enfermeiros. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72930/2/28948.pdf>
- ✓ Portella, M. R., Scortegagna, H. D. M., Pichler, N. A., & Graeff, D. B. (2017). Felicidade e satisfação com a vida: voz de mulheres adultas e idosas. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 93-101. Retrieved from <http://seer.ufr.br/index.php/rbceh/article/view/5980>
- ✓ Schaefer, K. C., & Bisau, F. (2013). Representações sociais do envelhecimento, cuidado e saúde do idoso para estudantes e profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 9(3), 359-370. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.049>
- ✓ Serviço Nacional de Saúde. (2018). BI - CBR. Retrieved April 14, 2018, from <https://bicip.min-saude.pt/bitfa/1/10012/1031273/Pages/default.aspx>
- ✓ Silva Leal, M. I. (2017). CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DA RESILIÊNCIA EM IDOSAS: EFEITO DA COABITAÇÃO COM OS FILHOS. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/104972/2/187507.pdf>
- ✓ Valada, M. J. S. (2011). A ARTE DA VIDA: CAMINHAR PELO ENVELHECIMENTO COM RESILIÊNCIA E COM Qualidade de Vida. Retrieved from <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1577/Maria%20Jose%20Valada.pdf?sequence=1>
- ✓ Villela, J. (2009). Investigação - O processo de construção do Conhecimento. (Bilbo, Ed.) (1ª edição). Lisboa.

## **Apêndice C**

Instrumento de recolha de dados

### **Formulário**

#### **Dados sociodemográficos**

**Idade:** \_\_

**Sexo:** M\_\_ F\_\_

**Estado civil:** Solteiro \_\_ Casado \_\_ Viúvo\_\_ Divorciado\_\_ União de facto\_\_

**Escolaridade:** 1º ciclo\_\_ 2º ciclo\_\_ Ensino Secundário\_\_ Ensino Superior\_\_

**Número de familiares com quem vive:** \_\_

**Número de vezes que é visitado pelos seus familiares:** \_\_

#### **Dados clínicos**

**Número de patologias:**

**Farmacoterapia habitual:** não medicado\_\_ polimedicado minor (1-4 fármacos)\_\_  
polimedicado major (mais que 5 fármacos)\_\_

**Realiza atividades de vida diária:** sem ajuda\_\_ com ajuda parcial\_\_ com ajuda total\_\_

### **Escala de Felicidade Subjetiva de Pais-Ribeiro, 2012**

Para cada uma das questões e/ou afirmações seguintes, por favor assinale na escala, entre 1 e 7, a que parece que melhor o/a descreve.

|                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |                        |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------------|---|---|
| 1 – Em geral considero-me:                                                                                                                                                                                  |   |   |   |                        |   |   |
| 1                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5                      | 6 | 7 |
| Uma pessoa que não é muito feliz                                                                                                                                                                            |   |   |   | Uma pessoa muito feliz |   |   |
| 2 - Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:                                                                                                                                           |   |   |   |                        |   |   |
| 1                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5                      | 6 | 7 |
| Menos feliz                                                                                                                                                                                                 |   |   |   | Mais feliz             |   |   |
| 3 - Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si? |   |   |   |                        |   |   |
| 1                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5                      | 6 | 7 |
| De modo nenhum                                                                                                                                                                                              |   |   |   | Em grande parte        |   |   |
| 4 - Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?               |   |   |   |                        |   |   |
| 1                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5                      | 6 | 7 |
| De modo nenhum                                                                                                                                                                                              |   |   |   | Em grande parte        |   |   |



**Questionário de Perfil de Resiliência Familiar de McCubbin e McCubbin, 1993,  
validado para Portugal por Maria José Peixoto e Teresa Martins, 2012**

|                                    | <b>Pontuação<br/>total da<br/>Família</b> | <b>Baixo</b> | <b>Médio</b> | <b>Alto</b> | <b>Classificação<br/>familiar</b> |
|------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|-----------------------------------|
| <b>Mudanças<br/>familiares</b>     |                                           | 0 - 3        | 4 - 5        | 6 - 15      | B M A                             |
| <b>Coerência<br/>familiar</b>      |                                           | 0 - 11       | 12 – 14      | 15 - 16     | B M A                             |
| <b>Flexibilidade<br/>familiar</b>  |                                           | 7 - 21       | 22 - 26      | 27 – 35     | B M A                             |
| <b>Envolvimento<br/>familiar</b>   |                                           | 7 - 28       | 29 – 33      | 34 – 35     | B M A                             |
| <b>Suporte social<br/>familiar</b> |                                           | 0 - 53       | 54 - 63      | 64 - 68     | B M A                             |

**Indicações:**

Tendo o membro da família completado os cinco questionários, mudanças familiares, coerência familiar, flexibilidade familiar, envolvimento familiar e escala de suporte social familiar, confirme se todas as questões foram respondidas. Adicione os números obtidos em cada subescala dentro das colunas e coloque a pontuação total na última coluna da página. Transfira o total da pontuação para a respetiva escala na coluna correspondente à pontuação total da família. De seguida, compare os números da pontuação total da família com a pontuação baixo, médio, alto. Assim, determina a classificação da sua família: o círculo no B significa baixo, no M significa médio, no A significa alto. Esta prevê o perfil da sua família em relação às mudanças, coerência, flexibilidade, envolvimento e suporte, isto é, o perfil da resiliência.

| <b>Mudanças Familiares</b>                                                                                                                                                                                                                                              |            |            |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|--------------------------|
| <b>Indicações:</b> Verifique se cada uma das situações abaixo transcritas aconteceram ou não na sua família, incluindo a si durante o último ano. Depois de ter selecionado e decidido um número (0 ou 1), coloque-o na coluna à direita onde diz pontuação da família. |            |            |                          |
| <b>Durante o último ano isto aconteceu na sua família?</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>Não</b> | <b>Sim</b> | <b>Pontuação Família</b> |
| 1. Alguém da família teve um bebé ou adotou uma criança.                                                                                                                                                                                                                | 0          | 1          |                          |
| 2. Alguém da família deixou de trabalhar (por reforma, despedimento ou demissão).                                                                                                                                                                                       | 0          | 1          |                          |
| 3. Alguém da família começou ou voltou a trabalhar.                                                                                                                                                                                                                     | 0          | 1          |                          |
| 4. Alguém da família mudou para um novo emprego/carreira, ou foram-lhe dadas mais responsabilidades.                                                                                                                                                                    | 0          | 1          |                          |
| 5. A família mudou-se para uma nova casa/apartamento.                                                                                                                                                                                                                   | 0          | 1          |                          |
| 6. Alguém da família, parente ou amigo próximo ficou gravemente doente ou ferido.                                                                                                                                                                                       | 0          | 1          |                          |
| 7. Alguém da família ou parente próximo ficou incapacitado fisicamente, com doença crónica ou foi internado numa clínica ou instituição.                                                                                                                                | 0          | 1          |                          |
| 8. Alguém da família, parente próximo ou amigo próximo morreu.                                                                                                                                                                                                          | 0          | 1          |                          |
| 9. Um filho/filha separou-se ou divorciou-se.                                                                                                                                                                                                                           | 0          | 1          |                          |
| 10. Alguém da família saiu ou regressou a casa.                                                                                                                                                                                                                         | 0          | 1          |                          |
| 11. Alguém da família apresentou problemas emocionais.                                                                                                                                                                                                                  | 0          | 1          |                          |
| 12. Alguém da família apresentou dependência de álcool ou drogas.                                                                                                                                                                                                       | 0          | 1          |                          |
| 13. Violência doméstica física e/ou psicológica.                                                                                                                                                                                                                        | 0          | 1          |                          |
| 14. Aumento da dificuldade em dar e/ou manter a qualidade de cuidados às crianças.                                                                                                                                                                                      | 0          | 1          |                          |
| 15. Casal divorciou-se ou separou-se.                                                                                                                                                                                                                                   | 0          | 1          |                          |
| <b>Pontuação Total</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |            |            |                          |

| <b>Coerência Familiar</b>                                                                                                                                                                                              |                            |                 |                                  |                 |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| <b>Indicações:</b> Verifique qual o grau de concordância com as afirmações sobre a sua família. (0) = Discordo totalmente, (1) = Discordo, (2) = Não concordo nem discordo, (3) = Concordo, (4) = Concordo totalmente. |                            |                 |                                  |                 |                            |
| <b>Nós lidamos com os problemas familiares:</b>                                                                                                                                                                        | <b>Discordo totalmente</b> | <b>Discordo</b> | <b>Não concordo nem discordo</b> | <b>Concordo</b> | <b>Concordo Totalmente</b> |
| 1. Aceitando as situações stressantes como um acontecimento de vida.                                                                                                                                                   | 0                          | 1               | 2                                | 3               | 4                          |
| 2. Aceitando que as dificuldades acontecem quando menos se espera.                                                                                                                                                     | 0                          | 1               | 2                                | 3               | 4                          |
| 3. Encarando o problema familiar de uma forma mais positiva de modo a evitar o desânimo.                                                                                                                               | 0                          | 1               | 2                                | 3               | 4                          |
| 4. Tendo fé em Deus.                                                                                                                                                                                                   | 0                          | 1               | 2                                | 3               | 4                          |
| <b>Pontuação Total</b>                                                                                                                                                                                                 |                            |                 |                                  |                 |                            |

| <b>Flexibilidade Familiar</b>                                                                                                                                                                   |                    |                          |                      |                         |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| <b>Indicações:</b> Verifique com que frequência cada uma das afirmações ocorre na sua família. (5) Quase nunca, (4) Uma vez por outra, (3) Algumas vezes, (2) Frequentemente, (1) Quase sempre. |                    |                          |                      |                         |                     |
| <b>Na sua família:</b>                                                                                                                                                                          | <b>Quase nunca</b> | <b>Uma vez por outra</b> | <b>Algumas vezes</b> | <b>Frequent e-mente</b> | <b>Quase sempre</b> |
| 1. Todos dizem o que querem.                                                                                                                                                                    | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 2. Cada um participa nas grandes decisões da família.                                                                                                                                           | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 3. As sugestões das crianças são tidas em conta na resolução de problemas.                                                                                                                      | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 4. As crianças têm algo a dizer quanto à sua disciplina/castigo.                                                                                                                                | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 5. A nossa família tenta novas maneiras de lidar com os problemas.                                                                                                                              | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 6. Quando os problemas surgem, todos se empenham em resolvê-los.                                                                                                                                | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 7. Nós alternamos a responsabilidade de pessoa a pessoa.                                                                                                                                        | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| <b>Pontuação Total</b>                                                                                                                                                                          |                    |                          |                      |                         |                     |

| <b>Envolvimento Familiar</b>                                                                                                                                                                                                                    |                    |                          |                      |                         |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| <b>Indicações:</b> Verifique com que frequência cada uma das afirmações ocorre na sua família. (5) Quase nunca, (4) Uma vez por outra, (3) Algumas vezes, (2) Frequentemente, (1) Quase sempre. Por favor responda cada um e todas as questões. |                    |                          |                      |                         |                     |
| <b>Na sua família:</b>                                                                                                                                                                                                                          | <b>Quase nunca</b> | <b>Uma vez por outra</b> | <b>Algumas vezes</b> | <b>Frequent e-mente</b> | <b>Quase sempre</b> |
| 1. É mais fácil discutir/conversar os problemas com as pessoas externas à família do que com os membros da família.                                                                                                                             | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 2. Todos se sentem mais próximos das pessoas de fora do que com os próprios familiares.                                                                                                                                                         | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 3. Cada um segue o seu caminho.                                                                                                                                                                                                                 | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 4. As pessoas dividem-se em vez de funcionar como um todo.                                                                                                                                                                                      | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 5. As pessoas evitam-se umas às outras em casa.                                                                                                                                                                                                 | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 6. As pessoas têm dificuldade em pensar no que se deve fazer como família.                                                                                                                                                                      | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| 7. As pessoas não seguem as decisões familiares.                                                                                                                                                                                                | 5                  | 4                        | 3                    | 2                       | 1                   |
| <b>Pontuação Total</b>                                                                                                                                                                                                                          |                    |                          |                      |                         |                     |

| Suporte social da família                                                                                                                                                                                                      |                     |          |             |          |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| <b>Indicações:</b> Indique qual o nível de concordância para cada uma das situações acerca da sua família/comunidade. (0) = Discordo totalmente, (1) = Discordo, (2) = Sem opinião, (3) = Concordo, (4) = Concordo totalmente. |                     |          |             |          |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                | Discordo totalmente | Discordo | Sem opinião | Concordo | Concordo totalmente |
| 1. Se eu tivesse uma emergência, mesmo as pessoas que eu não conheço nesta comunidade, estariam disponíveis para ajudar.                                                                                                       | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 2. Eu sinto-me bem comigo próprio, quando me sacrifico e dou tempo e energia à minha família.                                                                                                                                  | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 3. As coisas que eu faço pelos meus familiares e o que eles fazem por mim, fazem-me sentir parte deste importante grupo.                                                                                                       | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 4. As pessoas sabem que se tiverem problemas podem ter ajuda/apoio da comunidade.                                                                                                                                              | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 5. Tenho amigos que me valorizam pelo que eu sou e pelo que faço.                                                                                                                                                              | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 6. As pessoas podem apoiar-se umas às outras nesta comunidade.                                                                                                                                                                 | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 7. Os membros da família raramente ouvem os meus problemas ou preocupações. Sinto-me frequentemente criticado.                                                                                                                 | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 8. Nesta comunidade, os meus amigos fazem parte das atividades do meu dia a dia.                                                                                                                                               | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 9. Às vezes os membros da minha família fazem coisas que tornam os outros familiares infelizes.                                                                                                                                | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 10. Eu preciso de ser cuidadoso no que faço pelos meus amigos, porque eles aproveitam-se de mim.                                                                                                                               | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 11. Viver nesta comunidade dá-me segurança.                                                                                                                                                                                    | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 12. Os membros da minha família fazem um esforço para me demonstrarem amor e afeto.                                                                                                                                            | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 13. Há um sentimento nesta comunidade de que as pessoas não devem ser muito amigas umas com as outras.                                                                                                                         | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 14. Esta não é uma comunidade muito boa para nela crescerem as crianças.                                                                                                                                                       | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 15. Eu sinto-me segura, pois sou tão importante para os meus amigos como eles são para mim.                                                                                                                                    | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 16. Eu tenho alguns amigos muito chegados à família que sei que se interessam e gostam de mim.                                                                                                                                 | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| 17. Eu sinto que os membros da minha família parecem não me entenderem.                                                                                                                                                        | 0                   | 1        | 2           | 3        | 4                   |
| <b>Pontuação total</b>                                                                                                                                                                                                         |                     |          |             |          |                     |

## Apêndice D

### Modelo de consentimento informado

#### **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação (de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>)**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**Título do estudo:** Felicidade e Resiliência familiar das famílias idosas de uma USF do Norte do País

**Enquadramento:** Este estudo realizado no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar do Consórcio entre Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação do Professora Maria João Monteiro e Maria Augusta Mata será aplicado a idosos com 65 e mais anos, numa USF da ARS Norte.

**Explicação do estudo:** Trata-se de um estudo quantitativo, cuja análise de dados será colhida por meio de formulário, utilizando as instalações da USF para esse efeito. A seleção dos participantes será aleatória.

**Condições e financiamento:** o estudo não requer financiamento.

**Confidencialidade e anonimato:** os dados recolhidos pelos formulários são confidenciais (sem identificação dos participantes) e a sua aplicação, exclusivamente para este estudo. Os dados serão obtidos em ambiente isolado, permitindo a privacidade dos participantes, relativamente as informações recolhidas.

**Este estudo pretende analisar a felicidade e a resiliência (capacidade de recuperar de situações difíceis) das famílias idosas. Para isso são questionados dados sociodemográficos, e também uma escala que avalia a felicidade e outra que avalia a resiliência. As questões serão feitas pela investigadora e escritas no formulário para o efeito.**

**Grata pela sua participação neste estudo.**

---

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**Identificação do investigador:**

**Nome:** Patrícia da Purificação Marques Pereira – Enfermeira no ACeS Ave – Vila Nova de Famalicão

**Contacto telefónico** – 919418861

**Email:** patricia.m.pereira@live.com.pt

**Assinatura/s:** ... ..

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: ... ..

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA ... ..

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## **ANEXOS**

---





## Anexo A

### Parecer da Comissão de Ética



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE 1979-2019



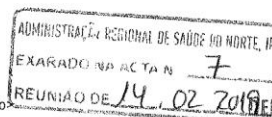
ARS NORTE

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

☐ COMUNICAÇÃO ☒ INFORMAÇÃO ☐ PARECER

DATA : 22.01.2019

Nº <Processo> <Registo>



LIBERADO CONCORDAR

PARA .....: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE .....: Comissão de Ética para a Saúde

ASSUNTO ...: Parecer nº 177/2018

Dr. Carlos Nunes  
Presidente do CD

Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 177/2018 sobre o Estudo "Felicidade e resiliência das famílias idosas na USF Ribeirão", aprovado na reunião de 6 de novembro de 2018, por unanimidade.

Dr. Ponciano Oliveira  
Vogal C. D.

À consideração superior

Ana Paula Capela  
Ana Paula Capela  
(Assessoria CES/UIC)

Paula Duarte  
Vogal do CD

**Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.**

**PARECER Nº 177/2018**

**Sobre o estudo T936 – “*Felicidade e resiliência das famílias idosas na USF Ribeirão*”**

**A – Relatório**

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T936, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela Investigadora, *Patrícia da Purificação Marques Pereira*, sobre o estudo “*Felicidade e resiliência das famílias idosas na USF Ribeirão*”, a realizar na USF Ribeirão.
2. Fazem parte do processo de avaliação o *curriculum vitae* dos investigadores, o protocolo de investigação, com a discriminação do cronograma e dos recursos, a declaração de confidencialidade dos dados, do seu uso exclusivo neste estudo e de como será entregue à CES um exemplar do trabalho final e as declarações dos Conselhos Técnicos das respetivas USF, autorizando a realização do estudo.
3. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional e de corte transversal cujos objetivos são: estudar a relação entre a felicidade dos idosos e a resiliência de famílias idosas na USF Ribeirão.
4. A amostra deste estudo será obtida por amostragem não probabilística, selecionada por conveniência, incluindo os utentes com 65 e mais anos que recorram à USF Ribeirão e que vivem em agregados familiares constituídos por pessoas com 65 e mais anos.
5. Os dados serão recolhidos através de questionário que inclui: i. a caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, número de familiares com quem vive e o número de vezes que são visitados pelos seus familiares); ii. os dados clínicos (número de patologias, número de medicamentos que toma e necessidade de ajuda nas atividades de vida diária); iii. a caracterização da felicidade através da Escala de Felicidade Subjetiva de Pais-Ribeiro e; iv. a Escala de Resiliência CD RISK de Connor e Davinson.

**B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas**

1. O anonimato dos dados está garantido e a participação assegurada através de declaração de consentimento informado.
2. O risco de dano para os participantes é mínimo e o benefício social e científico considerado relevante.
3. Está garantido o uso responsável e racional dos recursos para a investigação.



C – Conclusões

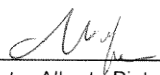
1. A CES reconhece a este estudo originalidade, relevância e pertinência dos resultados.
2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

Aprovado na reunião de 6 de novembro de 2018, por unanimidade.

O relator,

  
\_\_\_\_\_  
Professor Doutor Pedro M. Teixeira

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP

  
\_\_\_\_\_  
Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

Reencaminhou esta mensagem a ter, 02/04/2019 15:10

E

etica  
ter, 02/04/2019 14:50  
Patricia Purificação Marques Pereira ▾

👍

↶

↷

➡

⋮

Prezada Investigadora

Relativamente ao assunto referido, informa-se que a Comissão de Ética para a Saúde, reunida hoje, dia 2 de abril de 2019, deliberou que nada tem a opor à substituição da escala CD- Risk de Connor e Davinson, pela escala de perfil de resiliência familiar de McCubbin e McCubbin.

Com os melhores cumprimentos.

*Ana Paula Capela*  
Assessoria CES/UIC



Rua de Santa Catarina,1288 | 4000-447 Porto | Portugal  
Tlm. 925099817 | Tel. 220 411 093  
[etica@arsnorte.min-saude.pt](mailto:etica@arsnorte.min-saude.pt)  
PENSE ANTES DE IMPRIMIR

?

👤

^

📶

🔌

📶

🔊

POR

11:00

07-04-2019

3

96

## Anexo B

### Autorização do ACeS



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



**ACES AVE - Famalicão**  
Agrupamento de Centros  
de Saúde de V. N. Famalicão

Projeto / Estudo n.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data de Receção: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

##### Identificação do(s) investigador(es) do estudo

**Nome Completo:** Patrícia da Purificação Marques Pereira

**Contacto telefónico:** 919418861

**E.Mail:** patricia.m.pereira@live.com.pt

**Qualificação Académica:** licenciatura

**Funções que desempenha:** enfermagem

**Instituição:** ACeS Ave – UCSP Lousado e UCSP Fradelos

**Designação do Estudo:** Felicidade e resiliência nas famílias idosas da USF Ribeirão

**Área científica em que se enquadra o estudo:** Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

**Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim):** cerca de 2 meses (Fevereiro e Março de 2019)

**Tipo de análise (quantitativa, qualitativa) -** quantitativa

**Palavras – chave:** felicidade, resiliência, envelhecimento, enfermeiro, família

##### OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS ( Exemplo: Orientador )

**Nome Completo:** Maria João Filomena Santos Pinto Monteiro

**Instituição:** Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, em consórcio com a Universidade de Aveiro e Instituto Politécnico de Bragança

##### OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

**Objetivos:** Descrever a felicidade dos idosos, descrever a resiliência familiar e analisar a relação entre a felicidade e a resiliência das famílias idosas

**Metodologia:** quantitativa – estudo descritivo-correlacional de corte transversal

**População alvo:** famílias idosas da USF Ribeirão

**Crítérios de inclusão** utentes com 65 e mais anos que recorram à USF Ribeirão e que vivem em agregados familiares constituídos por pessoas com 65 e mais anos.

**Método de recolha dados (anexar instrumento recolha) -** formulário



Descrição do que consiste a colaboração do ACeS:

O estudo será enquadrado no estágio do 2º ano do Mestrado, pelo que a colaboração do ACeS, será na facilitação das colegas da USF Ribeirão em permitir que no final da consulta aos utentes com 65 e mais anos, eu possa aplicar o instrumento de recolha de dados.

#### Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Ave Famalicão

Data: 20/02/2019

Assinatura: *Patrícia de Benfiquês Marques Pereira*

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| Projeto / Estudo n.º | ____ / ____        |
| Data de Receção:     | ____ / ____ / ____ |

#### PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável ☒

Não Favorável ☐

Data: 27.02.2019

Assinaturas:

*[Signature]* *Também*

*Desde que haja a subscrição do infante  
que nunca passou favorável a Com. B.H.*

DIRETOR EXECUTIVO

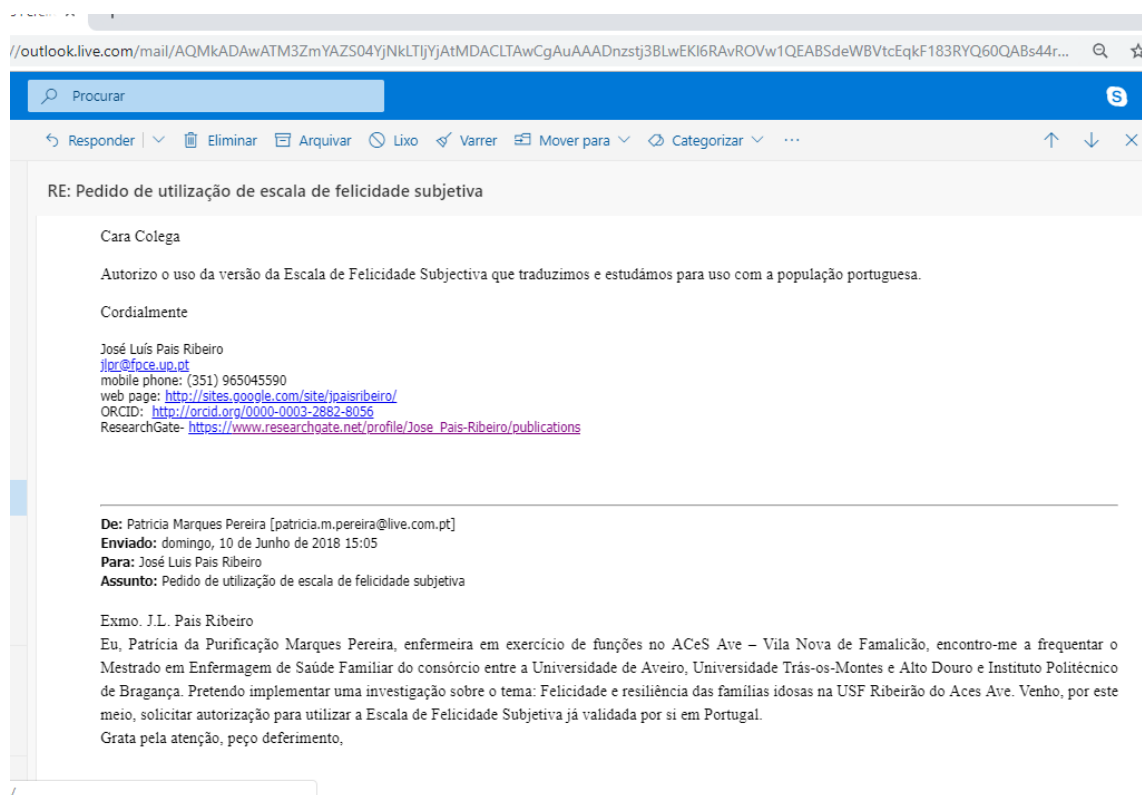
ACeS Ave Famalicão

Nada a opor á sua realização,

*[Signature]*  
(Ivo Sá Machado, Dr.)

## Anexo C

### Autorização para utilização da Escala de Felicidade Subjetiva de Pais Ribeiro, 2012







## **Anexo D**

### **Autorização para utilização do Questionário de Perfil de Resiliência Familiar de Peixoto e Martins, 2012**

Cara colega

Patrícia Pereira

Serve o presente para autorizar a aplicação da versão portuguesa do instrumento de medição do perfil de resiliência familiar (PRF), na investigação referida.

Na perspetiva dos autores a aplicação do PRF em diferentes contextos representa um contributo para que esta área de atuação adquira maior relevância na prática dos cuidados.

Caso precise de algum esclarecimento não hesite em contactar-me.

A validação do PRF encontra-se:

PEIXOTO, Maria José & MARTINS, Teresa (2012). ADAPTAÇÃO DO PERFIL DE RESILIÊNCIA FAMILIAR À POPULAÇÃO PORTUGUESA. *Psicologia Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho

Com os meus melhores cumprimentos

Maria José Peixoto

