Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar

Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Maria Fernanda Queirós da Mota

Orientador:

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Vila Real, 2022

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Universidade de Aveiro
Instituto Politécnico de Bragança

Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar

Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Maria Fernanda Queirós da Mota

Orientador:

Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Composição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Arguente: Doutor João Paulo de Almeida Tavares

Orientador: Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Vila Real, 2022

Mota, M. (2022). *Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar*. [Master's thesis, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositório Institucional da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Palavras-chave: Idoso, Saúde do idoso, Relações familiares, Família, Enfermagem família.

Declaração de responsabilidade pessoal das ideias apresentadas

Maria Fernanda Queirós da Mota, aluno n.º 72149, do curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, declara sob compromisso de honra, que este relatório final de estágio é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

Dedico este trabalho ao meu marido e aos meus filhos, para mim, foram sempre e representam a energia e luz do meu caminhar.
O meu maior e sincero obrigada!

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos:

Ao Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho orientador deste trabalho, por todo o apoio, disponibilidade, orientação e rigor científico dado nesta fase final deste percurso do Mestrado.

Ao Enfermeiro Ricardo Marcelino pela incansável paciência e orientação num estágio que se tornou tão enriquecedor, por todas as oportunidades dadas e pelos debates de ideias na intervenção familiar.

À Unidade USF 3 rios pela oportunidade de realização Estágio e por me ter possibilitado o estudo na instituição;

A todos os enfermeiros da USF 3 Rios por terem colaborado na recolha de dados, e pela disponibilidade demonstrada;

Aos meus colegas de mestrado que me acompanharam;

À Dora Machado, Rui, Teresa pelo percurso e incentivo constante;

À minha equipa da USF S. Martinho que me incentivou a continuar, e tiveram uma palavra amiga e de apoio;

Aos meus amigos, pela compreensão, apoio e motivação em especial nos momentos mais difíceis, por acreditarem que era possível, pela força que me deram quando a mesma me faltava.

À minha família, em especial aos meu marido e filhos pelo apoio e incentivo e por acreditarem que seria capaz de responder a este desafio nos momentos mais difíceis.

Aos meus … que sofreram, outros que partiram, meu coração está com vocês.

A Todos Muito Obrigada!

Resumo

Enquadramento: O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional do 1º semestre, do 2º ano, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Escola Superior de Saúde (UTAD-ESS), em consórcio com a Universidade de Aveiro e com o Instituto Politécnico de Bragança realizado na USF 3 Rios.

Objetivos: Refletir de forma crítica sobre as competências desenvolvidas durante o estágio, tendo em conta as atividades realizadas; desenvolver um estudo intitulado de Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar

Métodos: Realizou-se um estudo observacional, descritivo-correlacional, transversal, utilizando uma abordagem quantitativa. A amostra total foi composta por 60 idosos acompanhados pelos enfermeiros da USF 3 Rios do ACES Tâmega II Vale Sousa Sul. Foi aplicado um formulário constituído por três partes: avaliação dos dados sociodemográficas, avaliação da Funcionalidade Familiar (FF-APGAR familiar), avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (Índice de Barthel) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton). A recolha de dados foi realizada pela investigadora. Para o tratamento de dados recorreremos ao programa estatístico Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS, versão 22.0).

Resultados: A média de idade foi de 76,63 anos. A maioria era do sexo feminino, casada, possuía o 1º ciclo de escolaridade e vivia com o conjugue, considerava a família altamente funcional, estava quase sempre satisfeita com a ajuda que recebia da família sempre que alguma coisa a preocupava. Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre a pontuação da FF dos utentes com diferente sexo (t de Student: $p \geq 0,158$), grupo etário (t de Student: $p \geq 0,670$), estado civil (t de Student: $p \geq 0,349$), escolaridade (ANOVA: $p \geq 0,061$) e coabitação (ANOVA: $p \geq 0,101$). O mesmo sucedeu entre as categorias FF dos utentes com sexo diferente (χ^2: $p \geq 0,361$), grupo etário (χ^2: $p \geq 0,570$), estado civil (χ^2: $p \geq 0,184$), escolaridade (χ^2: $p \geq 0,213$) e coabitação (χ^2: $p \geq 0,712$). Constataram-se diferenças estatísticas significativas entre pontuação da FF dos utentes com diferente grau de dependência nas ABVD (ANOVA: $p < 0,011$) bem como, entre as categorias da FF dos utentes e as categorias das ABVD (χ^2: $p < 0,024$). Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre a pontuação da FF dos utentes com diferente grau de dependência nas AIVD (ANOVA: $p \geq 0,378$) bem como entre as categorias da FF e as categorias nas AIVD (χ^2: $p \geq 0.507$).

Conclusão: Concluiu-se que quanto maior é o grau de independência nas ABVD melhor é a perceção da FF dos idosos. Esta conclusão alerta para a necessidade de o enfermeiro de família apoiar mais as famílias com idosos portadores de elevada dependência. Com este trabalho importa fortalecer o papel crucial do enfermeiro de família na prestação de cuidados especializados à família idosa e na avaliação da FF de forma a contribuir para os cuidados especializados com vista à promoção da saúde.

Palavras-chave: Idoso, Saúde do idoso, Relações familiares, Família, Enfermagem família.

Abstract

Background: This report is part of the Internship of a Professional Nature of the 1st semester of the 2nd year of the 6th Master's Degree Course in Family Health Nursing of the University of Tras-os-Montes e Alto Douro - School of Health (UTAD-ESS), in consortium with the University of Aveiro and the Polytechnic Institute of Bragança held in USF 3 Rios.

Objective: To reflect critically on the skills developed during the internship, taking into account the activities undertaken; develop a study entitled Perception of the elderly on the family functionality.

Methods: An observational, descriptive-correlational, cross-sectional study was conducted using a quantitative approach. The total sample was composed of 60 older people accompanied by the nurses of the USF 3 Rios of the ACES Tâmega II Vale Sousa Sul. A form consisting of three parts was applied: sociodemographic data assessment, assessment of Family Functionality (Family FF-APGAR), assessment of Basic Activities of Daily Living (Barthel Index) and Instrumental Activities of Daily Living (Lawton Index). Data collection was carried out by the researcher. For data processing, we used the Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS, version 22.0) statistical software.

Results: The mean age was 76.63 years. Most patients were female, married, had completed the first cycle of education, lived with their spouse, considered their family to be highly functional, and were almost always satisfied with the help they received from their family whenever they were worried about something. There were no statistically significant differences between users' FF scores with different gender (Student's t: $p \geq 0.158$), age group (Student's t: $p \geq 0.670$), marital status (Student's t: $p \geq 0.349$), education (ANOVA: $p \geq 0.061$) and cohabitation (ANOVA: $p \geq 0.101$). The same was true among FF categories of users with different gender (χ^2: $p \geq 0.361$), age group (χ^2: $p \geq 0.570$), marital status (χ^2: $p \geq 0.184$), education (χ^2: $p \geq 0.213$) and cohabitation (χ^2: $p \geq 0.712$). Statistically significant differences were found between users' FF scores with different degree of dependence in BADL (ANOVA: $p < 0.011$) as well as, between users' FF categories and BADL categories (χ^2: $p < 0.024$). There were no statistically significant differences between the FF scores of users with different degrees of dependence in IADL (ANOVA: $p \geq 0.378$) as well as between the FF categories and the categories in IADL (χ^2: $p \geq 0.507$).

Conclusion: It was concluded that the higher the degree of independence in BADL, the better the elderly's perception of FF. This finding highlights the need for family nurses to provide more support to families with highly dependent older people. This study should strengthen the crucial role of family nurses in the provision of specialized care to the elderly family and in the assessment of FF in order to contribute to specialized care with a view to promoting health.

Key-words: Elderly, Health of the elderly, Family relations, Family, Family nursing.

Abreviaturas e/ou siglas

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

CS- Cuidados de Saúde Primários

Fa- Frequência absoluta;

FF- Funcionalidade Familiar

Fr- Frequência relativa;

Gl- grau de liberdade;

INE- Instituto Nacional de Estatística

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE- Ordem dos Enfermeiros

ONU- Organização das Nações Unidas

p- Probabilidade

SAPE- Sistema de apoio à prática de enfermagem SI- Sistema de informação t- t de Student.

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

UTAD-ESS- Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro- Escola Superior de Saúde

χ^2- Qui quadrado

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 19

1. CONTEXTUALIZAÇÃO 20

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 22

2.1. Reflexão sobre as competências comuns dos enfermeiros especialistas 22

2.2. Reflexão sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar 23

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO 29

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO 30

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 30

2.1. Envelhecimento 30

2.2. Família 31

2.3 Cuidados do enfermeiro de família 31

2.4 Referencial Teórico 32

3. METODOLOGIA 34

3.1. Tipo de estudo 34

3.2. População e amostra 34

3.3. Problemática, objetivos e variáveis 35

3.4. Questões e hipóteses de investigação 36

3.5. Instrumento de recolha de dados 37

3.6. Procedimento de recolha de dados 38

3.7. Considerações éticas 38

3.8. Tratamento e análise dos dados 39

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS 41

4.1. Caracterização sociodemográfica dos idosos 41

4.2. Perceção dos idosos acerca da Funcionalidade Familiar 42
4.3. Grau de Dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária 43
4.4. Dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária..... 45
4.5. Relação entre a Funcionalidade Familiar e outras variáveis em estudo..... 47
5. DISCUSSÃO 52
5.1. Quanto à caraterização sociodemográfica dos idosos da amostra 52
5.2. Quanto à perceção dos idosos acerca da funcionalidade familiar 53
5.3. Quanto ao grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária 54
5.4. Quanto ao grau de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária..... 54
5.5. Quanto às relações encontradas entre a Funcionalidade Familiar e as variáveis em estudo..... 55
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO..... 57
6.1. Limitações do estudo 57
6.2. Implicações na prática..... 58
6.3. Proposta de intervenção 58
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO 60
REFERÊNCIAS BILBLIOGRÁFICAS 62
APÊNDICES..... 68

APÊNDICES

Apêndice I- Mini Mental State Examination 69
Apêndice II- Formulário..... 61
Apêndice III- Autorização Do Estudo Ao Diretor Aces 75
Apêndice IV- Parecer Comissão De Ética 76
Apêndice V- Consentimento Informado 79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica dos idosos da amostra 41
Tabela 2 Itens do índice do APGAR 42
Tabela 3 Grau de dependência nas atividades básicas de vida diária 43
Tabela 4 Resultadosdescritivos do grau de dependência nas ABVD 44
Tabela 5 Grau de dependência nas atividades básicas de vida diária 45
Tabela 6 Resultados descritivos do grau de depêndencia nas AIVD 466
Tabela 7 Relação entre a FF e as caracteristicas sociodemegráficas 47
Tabela 8 Associação entre as categorias da FF e as carateristicas socidemograficas 48
Tabela 9 Relação da FF com o nível de independência nas ABVD 49
Tabela 10 Associação das categorias da FF com as categorias nas ABVD recodificadas . 50
Tabela 11 Relação da FF com as categorias nas AIVD recodificadas 500
Tabela 12 Associação entre as categorias da FF e as categorias das AIVD recodificadas 51

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, do 1º semestre, do 2º ano, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Escola Superior de Saúde (UTAD-ESS), em consórcio com a Universidade de Aveiro e com o Instituto Politécnico de Bragança. O estágio, com duração de 620 horas, decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) 3 Rios, ACeS Tâmega II Vale de Sousa Sul, Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, no período de 14 de setembro de 2020 a 12 fevereiro de 2021, sob supervisão clínica do enfermeiro Ricardo Teixeira, Mestre e especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e orientação pedagógica do Professor Doutor Amâncio Carvalho.

Os estágios apresentam-se como instrumentos formativos essenciais, já que permitem desenvolver habilidades, consolidar e mobilizar conhecimentos teóricos, promovendo uma atuação crítica (Dias et al., 2014).

O processo formativo envolveu a realização de um estudo empírico subordinado ao tema "Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar". A escolha da temática prendeu-se com a importância que o conhecimento da funcionalidade familiar (FF) representa no desenvolvimento de estratégias de cuidado à família. Ressalva-se que os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar são profissionais capazes de assistir às necessidades crescentes dos idosos e de suas famílias, visando o equilíbrio familiar, por reconhecimento da importância do suporte familiar na manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo.

A literatura aponta para que os maus-tratos contra a pessoa idosa seja um fenómeno crescente em Portugal (Gabinete de atendimento à família, 2021). Assim, os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, ao não se encontrarem circunscritos ao indivíduo idoso, mas a todo o sistema familiar, poderão direcionar-se para a redução de hostilidades e sofrimento intrafamiliar, permitindo que os elementos da família desenvolvam novas formas de interação (Sousa, 2021).

Em consonância com o referido, este documento tem como objetivo refletir de forma crítica sobre as competências desenvolvidas durante o estágio, tendo em conta as atividades realizadas, e apresentar o estudo de investigação efetuado.

Encontra-se estruturado em dois capítulos principais: (i) análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências, onde serão apresentados e contextualizados o estágio e a reflexão sobre o desenvolvimento de competências durante o mesmo, na USF

3 Rios; (ii) descrição do estudo empírico, no qual consta a contextualização do estudo, o enquadramento teórico, a metodologia, a apresentação dos resultados, a discussão dos mesmos e as principais conclusões do estudo. O relatório finaliza com a apresentação de uma síntese conclusiva.

CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Para contextualizar este estágio, realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) 3 Rios irão de seguida apresentar esta unidade funcional. A USF 3 Rios é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com as unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)Tâmega II Vale Sousa Sul da ARS Norte. O ACES engloba o Concelho de Penafiel, Paredes (distrito do Porto) e Castelo de Paiva (distrito de Aveiro), num total de 52 freguesias e união de freguesias.

A USF localiza-se num edifício partilhado com duas unidades de saúde familiar, com a Unidade de Apoio à Gestão e com a sede do ACES, que funciona no rés-do-chão do mesmo edifício. A estrutura física está composta por vários gabinetes para a consulta médica, outros para a realização da consulta de enfermagem de saúde infantil, hipertensos e diabéticos, saúde materna e planeamento familiar e dois para executar os tratamentos de feridas e os tratamentos farmacológicos.

A USF 3 Rios iniciou a atividade em julho de 2009, é modelo B, em regulamento interno tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica das 28 freguesias de Penafiel, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos; e como visão, ser uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próximas das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais. Os processos chave são a consulta não programada, consulta programada e consulta domiciliária. A carteira básica de serviços é composta por: consulta de saúde de adultos, saúde infantil e juvenil, saúde materna, planeamento familiar, rastreio oncológico, hipertensão arterial, consulta de saúde diabetes mellitus e vacinação.

A equipa multidisciplinar é constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros, 4 secretários, a organização de trabalho é em equipas de saúde por lista de utentes. Os enfermeiros trabalham como Enfermeiro de Família dos utentes e famílias designados em lista privilegiando a estrutura familiar conforme o Decreto-Lei n.º 73/2017.

A equipa de enfermagem é constituída, na sua maioria, por elementos do sexo feminino (67%), as idades estão compreendidas entre os 37 e 56 anos, sendo a média de idades de 42 anos. Têm em média 17 anos de experiência em cuidados de saúde primários. No que se relaciona com o tempo de serviço em cuidados de saúde primários

é em média de 15 anos. Tem uma enfermeira com especialidade em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria e uma com Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar.

Encontravam-se inscritos na USF 3 Rios em dezembro de 2020, segundo a plataforma do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 11480 utentes, destes 5564 eram homens e 5916 eram mulheres. O índice de dependência era de 39,64% sendo que 18,77% eram jovens e 20,87% idosos. De salientar que a lista de utentes da unidade possuía 380 idosos com mais de 80 anos.

O Estágio Clínico desenvolveu-se no 3º semestre do curso de Mestrado em ESF decorreu ao longo de 540 horas, distribuídas de 14 setembro de 2020 a 12 fevereiro de 2021. O horário realizado foi de acordo com o praticado nas instituições, seguindo o horário do enfermeiro tutor e a oportunidade para a consecução dos objetivos traçados. O período de estágio coincidiu com pico da pandemia em Portugal e em que a zona do Tâmega foi fortemente afetada, o que condicionou bastante as oportunidades de aprendizagem.

O estágio decorreu sob supervisão clínica do enfermeiro Ricardo Teixeira Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar e orientação pedagógica do Professor Doutor Amâncio Carvalho.

Os objetivos propostos no estágio foram: Cuidar a família como uma unidade de cuidados; Prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária; Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar; Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

Pretenderam-se ainda adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e do guia orientador de estágio (ESSUA, UTAD & IPB, 2020).

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se efetuar uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do Estágio. A reflexão será efetuada com base nas competências comuns dos Enfermeiros Especialistas e das competências especificas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

2.1. Reflexão sobre as competências comuns dos enfermeiros especialistas

A Ordem dos Enfermeiros (OE) regulamentou as competências comuns dos enfermeiros especialistas, publicadas em Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06 - regulamento nº 140/2019, em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De seguida será realizada uma reflexão relativa a cada uma destas competências, pela mesma sequência com que figuram no referido regulamento.

1- **"Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal"** Durante o estágio teve-se sempre em consideração a dignidade, confidencialidade e privacidade do utente/família. Perspetivou-se sempre de forma ética a relação com o indivíduo e família, sendo que a confidencialidade foi o valor que mereceu maior atenção, nomeadamente no âmbito de reuniões familiares e de articulação com equipas multidisciplinares. Aliás, a recusa do utente em informar a família sobre o seu estado de saúde constituiu-se como um desafio à prestação de cuidados. Ainda assim, o seu direito à confidencialidade de dados e ao consentimento livre e esclarecido foi sempre respeitado (Entidade Reguladora da Saúde, 2020).

2- "Competências do domínio melhoria contínua da qualidade"

Este domínio foi muito positivo porque a USF pauta-se pelo rigor na qualidade e trabalha com os vários referenciais: Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários; Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020; Plano Nacional de Saúde; Plano Local de Saúde; Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e está no início do processo de acreditação, com o Manual de Acreditação de Unidades de Saúde na Gestão Clínica.

Durante o estágio teve-se em atenção as normas e procedimentos da instituição de acordo com a uniformização de procedimentos nos processos de gestão, suporte e assistenciais.

3- **"Competências do domínio gestão dos cuidados"**

Ao longo do estágio, teve-se a oportunidade de participar na gestão de horários e na planificação de atividades, exigidas pelas alterações que a complexidade da pandemia implicou. Constatou-se que as decisões de gestão de recursos humanos em tempos de crise são muito desafiantes. Além disso, após verificação das necessidades do serviço, colaborou-se na requisição de material clínico, através da plataforma.

4- **"Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais"**

O estágio permitiu desenvolver competências e articular os vários saberes de Enfermagem com a atualização de Normas da DGS, os doze Programas de Saúde Prioritários e os Programas Nacionais de Saúde. Ao longo do mesmo, mobilizou-se os conhecimentos adquiridos na teoria, procurando a melhor evidência científica para prestar cuidados de saúde ao utente e família.

2.2. Reflexão sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

A Ordem dos Enfermeiros publicou o regulamento que define o perfil de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar no Decreto-Lei n. 428/2018. A reflexão acerca do desenvolvimento destas competências durante a realização do estágio será efetuada pela mesma sequência do respetivo regulamento e em função das suas unidades de competência.

1. **"Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção".**

1.1 "Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas"

Prestaram-se cuidados de enfermagem familiar nas consultas de Enfermagem na Unidade e durante as Visitas Domiciliárias. Criou-se um ambiente acolhedor para identificar as necessidades específicas de cada utente/família e definir um plano de ação. A relação empática estabelecida com a família e utente facilitou todo o processo. A família

e o utente estiveram sempre presentes na tomada de decisão, contribuindo desta forma para o emporwerment da família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

1.2- "Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família"

No primeiro contato com a família procedeu-se à avaliação inicial, constatando a sua extrema importância para estabelecer um diagnóstico de situação e posteriormente elaborar um plano de cuidados familiar adaptado e individualizado.

No decorrer dos contatos estabelecidos com a família, recorreu às três dimensões do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012). Assim, colheu dados referentes (i) à caracterização socioeconómica, tipo de família, ciclo de Vida Familiar, escala de Graffar, rendimentos e apoio social; (ii) ao edifício residencial, onde avaliou o tipo de residência, nº de divisões, abastecimento de água e saneamento básico, conservação e higiene da habitação; (iii) à saúde, tais como adesão à imunização, doenças crónicas e incapacitantes, dependentes do autocuidado e dependentes de cuidado doméstico; (iv) às atividades de estilo de vida como uso de tabaco, álcool e drogas.

Ao longo do seu percurso no estágio, compreendeu-se também a importância da identificação de crenças e cultura familiar nos cuidados assistenciais. São exemplos desta exigência as famílias testemunhas de Jeová, quando às grávidas lhes é solicitado o consentimento informado para administração de Imunoglobulinas Anti-D, ou quando é fornecida informação sobre o Registo Nacional do Testamento Vital.

Procurou-se, por isso, conhecer as famílias de forma global para identificar elementos com impacto na saúde familiar e individual.

Ressalva-se que, no decorrer das visitas, a avaliação inicial foi atualizada de forma sistemática.

1.3- "Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas"

Quando encontrou focos de atenção significativos, aplicou e analisou as escalas de avaliação familiar, adequando-as ao ciclo de vida familiar. Durante a sua intervenção considerou a transgeracionalidade nos estilos de vida (violência doméstica, obesidade),

as necessidades do contexto familiar e a sua exposição a fatores de desgaste e de fortalecimento (luto, desemprego, condições de trabalho).

1.4 "Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica"

Mobilizou-se conhecimentos adquiridos durante o mestrado e recorreu à revisão teórica, pesquisando e selecionando a melhor evidência, para aplicar o plano de intervenção à família. Durante as consultas, recorreu ao pensamento sistémico para análise da dinâmica familiar, identificando fatores promotores de disfuncionalidade familiar. Como exemplo surge um diagnóstico de satisfação conjugal não mantida, onde uma intervenção especializada, permitiu concluir relacionar-se com problemas de saúde - cancro da próstata - e alterações decorrentes da menopausa.

1.5- "Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas"

Estabeleceu-se uma relação de confiança, fundamentada em respeito mútuo, promovendo uma comunicação aberta e honesta. As intervenções foram diversas como: sessões individuais com estratégias de comunicação e educação do paciente/família e entrevistas motivacionais. As atitudes face às famílias, pautaram-se pelo equilíbrio, adequando-se às diferentes componentes cognitivas, afetivas e comportamentais familiares. Por exemplo, numa família com um adolescente diabético foram utilizadas estratégias adaptadas à sua individualidade e contexto familiar. Desta forma obtiveram se ganhos em saúde familiar, tais como, papel parental adequado, comunicação eficaz, sem saturação de papel, comunicação familiar eficaz, coping familiar eficaz e relação conjugal eficaz.

1-6- "Facilita a resposta da família em situação de transição complexa"

Utilizou o reconhecimento dos pontos de resiliência e de fortalecimento de acordo com as necessidades da família; encorajou-se a família a partilhar a sua história; promoveu o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança; identificou-se e analisou-se a dinâmica familiar que a suporta, promovendo as adequadas relações de apoio; identificou-se e analisou-se a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança; explorou estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificou com a

família novas estratégias para alcançar os seus objetivos; registou no programa do SClinico de Enfermagem.

1.7- "Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar"

Viu a família como um todo, considerando todos os aspetos relacionados com a mesma, desde o contexto social, às situações de vulnerabilidade; refletiu com o orientador e com a equipa multiprofissional as estratégias de saúde familiar. Em reuniões informais com a equipa de enfermagem, foram discutidos os diversos focos de atenção das famílias da USF e a identificação de intervenções. Os focos mais discutidos foram: animal doméstico, edifício residencial, papel parental no filho adulto, satisfação conjugal e o processo familiar.

1.8- "Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem"

Avaliou-se de forma contínua e ajustou o plano de cuidados sempre que as intervenções realizadas não tiveram o resultado esperado. No entanto, houve sempre ganhos em saúde, principalmente, na relação familiar. Foi solicitado a algumas famílias a sua avaliação das intervenções.

2. "Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar"

2.1- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família"

A articulação entre as várias unidades funcionais permitiu uma continuidade na prestação de cuidados às famílias. A articulação com a equipa multidisciplinar, permitiu a discussão de casos, a referenciação e sinalização ao Serviço Social e o estabelecimento de parcerias com instituições de prestação de cuidados ao domicílio. Por exemplo numa primeira visita a uma família de idosos com escala de Graffar classe IV, foi requerido apoio do serviço social e da Fisioterapeuta da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e articulou-se com a instituição da Santa Casa da Misericórdia para apoio domiciliário. Noutras situações foi necessário a orientação para o Gabinete Médico Veterinário Municipal, para garantir a vacinação e desparasitação dos animais, para a

Divisão dos Assuntos Sociais Inclusão e Saúde e para as ações do Gabinete de Apoio à família e Habitação Social. Foi ainda contatada a Associação de Diabetes Vale de Sousa para obter calçado de pé diabético gratuito.

2.2- "Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção"

As tecnologias de informação que se utilizou no SClinico, programa de saúde familiar, são baseadas no MDAIF, que orienta tanto na colheita de dados como no planeamento das intervenções. Os cuidados foram documentados no sistema de informação (SI), ainda que nem sempre tenha sido possível por ausência de local de registo – caso do genograma e Ecomapa. Por isso mesmo, informou os gestores do sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) para a necessidade de construção de mais instrumentos que ofereçam suporte ao processo familiar.

Reforçou-se o esforço positivo do paciente e dos membros da família, quer tivessem ou não obtido sucesso. Como defendido por Figueiredo (2012), teve sempre em atenção os vários determinantes em saúde, nomeadamente a estrutura familiar e os estágios de desenvolvimento, sintetizando e registando informações individuais e familiares e a sua relevância para família, personalizando as intervenções.

Perspetivou-se a família como uma unidade de cuidados, não menosprezando a individualidade de cada elemento (Dias, 2011). Reconheceu-se o esforço construtivo dos membros da família para resolver problemas e a importância dos dados de avaliação. Utilizou-se uma variedade de técnicas de intervenção para a abordagem familiar.

O estágio foi muito positivo. Um dos fatores que influenciaram positivamente foi estagiar com um enfermeiro mestre em saúde familiar, que permitiu uma constante reflexão crítica. Outro fator positivo foi o método de trabalho organizado por enfermeiro de família, com lista de famílias atribuídas. Esta organização, fomentou uma relação de confiança e o envolvimento das famílias no seu processo de cuidados, permitindo a implementação de intervenções com resultados positivos.

A existência de um programa de família com um modelo teórico de enfermagem auxiliou o processo de cuidados às famílias, favoreceu uma linguagem adequada nos focos de atenção e um guia de orientação na documentação. No entanto, ainda falta criar um Programa Nacional de Saúde Familiar e redefinir indicadores de resultados na contratualização das USF. No sistema de informação do SClinico faltam instrumentos de avaliação familiar, tais como o Ecomapa e o Faces. Além disso, o sistema de informação

não está adequado ao registo de intervenções de enfermagem, nomeadamente pela não contemplação dos elementos familiares que não estão inscritos no mesmo processo familiar, impossibilitando o registo e a partilha de informação.

Durante o estágio, sentiram-se como dificuldades, no processo de enfermagem familiar, aplicar o processo familiar de forma sistemática, avaliar as intervenções à família e documentar as intervenções à família, uma vez que, após elaboração dos diagnósticos estas são inexistentes no SI, como por exemplo o edifício residencial não seguro, satisfação conjugal comprometida e satisfação conjugal não mantida.

É importante considerar que o estágio decorreu durante a pandemia, tendo a organização do serviço sido planeada de forma a diminuir o número de utentes na unidade. Além disso, o uso de equipamento de proteção individual e as medidas de distanciamento social interferiram na abordagem familiar. Também o agendamento da consulta do programa de Saúde Familiar foi escasso, sendo quase exclusiva às visitas domiciliárias e, no caso dos restantes programas de saúde, foram oportunistas.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

No Plano Nacional de Saúde extensão a 2020 a orientação para a implementação tem sete princípios, um deles, é a promoção de ambientes saudáveis na obtenção de ganhos em saúde enfatiza que as ações a desenvolver devem considerar a relevância do ambiente para a saúde em geral e ao longo do ciclo de vida individual e das famílias.

Este estudo surgiu pelo fato de se perceber que a FF interfere com a saúde do idoso e segundo Campos et, al (2019) as diversas situações e vivências que o processo de envelhecimento apresenta aos idosos e aos seus familiares podem afetar a FF.

Este estudo é importante para o serviço para contribuir o desenvolvimento do conhecimento na área de saúde familiar e despertar para o cuidado à Família do idoso, de forma a avaliar, monitorizar e intervir com o propósito dos melhores ganhos em saúde familiar, e compreenderem a importância da FF para a promoção do envelhecimento saudável e digno (Ferreira et, al 2019).

Este estudo encontra-se integrado unidade curricular Estágio do 3º semestre, do 2º ano, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. O objetivo principal do estudo de investigação é analisar a relação entre os aspetos sociodemográficos, o grau de dependência nas atividades básicas da vida diária (ABVD), o grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e a perceção do idoso, acompanhado pela equipa de enfermagem no domicílio, sobre a funcionalidade familiar.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Envelhecimento

O envelhecimento da população surge como tema de grande atualidade a nível mundial e em Portugal, uma vez que temos assistido a um aumento da população idosa e com prognóstico de um crescimento nos próximos anos. A ONU refere que em 2018, pela primeira vez existiam mais pessoas idosas do que crianças com menos de cinco anos (ONU News, 2019).

De acordo com os resultados das últimas projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal prevê-se um aumento da população com mais 65 anos de idade, em que poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080 (INE, 2017).

Apesar do processo de envelhecimento não estar necessariamente relacionado com doenças e incapacidades, as doenças crónicas degenerativas são frequentemente encontradas nas pessoas idosas e, este facto, está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional, determinando consequências ao nível do indivíduo, família e comunidade (Pereira & Roncon, 2009).

2.2. Família

As famílias alem das mudanças demográficas têm vindo a enfrentar um processo de profundas transformações devido a vários fatores: económicos, sociais, políticos e culturais, contribuindo para as alterações na estrutura familiar. O idoso convive com maior número de gerações e em menor quantidade de familiares por geração.

A família como unidade sistémica com funções sociais, dotada de energia, com capacidade auto-organizativa, é um espaço privilegiado e por excelência de suporte à vida e à saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012).

Para um processo de envelhecimento ativo e saudável, é reconhecido o papel fundamental da família no cuidar do idoso. Quanto mais harmonioso e equilibrado for o sistema familiar, melhor é a adaptação do indivíduo às alterações relacionadas ao processo de envelhecimento. Em contrapartida, quando o sistema familiar apresenta dificuldades em aceitar e entender o processo de envelhecimento de um de seus membros, a convivência familiar se torna conflituosa e pode trazer repercussões físicas, emocionais, sociais e económicas para o enfrentar dessa etapa no ciclo de vida familiar.

Existem outros fatores que interferem na funcionalidade familiar, os quais requerem estruturação e adequação, tais como condições sociais, composição familiar, falta de adaptabilidade às mudanças e papéis de seus membros, além dos aspetos intrínsecos a idade (Vera et al., 2015).

2.3 Cuidados do enfermeiro de família

O contributo dos enfermeiros de família para um envelhecimento sustentável é muito importante atendendo que o enfermeiro de família atua ao longo do ciclo vital na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados às pessoas doentes, sendo um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente, quer em situações de crise, quer em

questões de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Um dos objetivos do desenvolvimento sustentável é: "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades", é essencial para a realização dos outros objetivos do desenvolvimento (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

A prevalência da cronicidade e longevidade tem contribuído para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando em cuidados constantes por parte dos serviços de saúde e, sobretudo, das famílias (Gonçalves et al., 2019).

2.4 Referencial Teórico

O MDAIF dá resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A sua construção emergiu num percurso de investigação-ação desenvolvido com os enfermeiros que atualmente estão mais ligados à prestação de cuidados à família. Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização específica, partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente (OE, 2011).

A avaliação Funcional do MDAIF alude aos padrões de interação familiar. Integra duas dimensões do funcionamento da família: a instrumental e a expressiva. A dimensão expressiva realça as interações entre os membros da família visando a identificação de necessidades familiares (Figueiredo, 2012).

Um dos instrumentos de avaliação que compõem a dimensão expressiva é o *Adaptation, Participation, Growth, Affection, Resolution* (APGAR Familiar de Smilkstein) (Figueiredo, 2012).

Um estudo efetuado com Revisão Integrativa da Literatura de forma a sistematizar o conhecimento produzido através da escala do APGAR de Família, na identificação da funcionalidade nas relações familiares de idosos concluiu que todos os artigos analisados descrevem que o APGAR de Família é um instrumento de avaliação da família de fácil

aplicação e interpretação e possibilita a deteção precoce da disfunção familiar (Ivane et al., 2014).

Outro estudo de Reis &Trad (2019) refere que independentemente da classe social, as famílias estudadas enfrentam dificuldades em se reestruturar diante da presença do idoso dependente. A necessidade de cuidado do idoso incomoda as famílias, uma vez que modifica a rotina de seus membros. Essa quebra da rotina, além de gerar sentimentos negativos, afeta o desenvolvimento das relações familiares.

3. METODOLOGIA

A investigação científica segundo Vilela (2020) é a atividade que consegue obter conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis.

A metodologia é a explanação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método do trabalho de pesquisa (Vilelas, 2020). Tendo por base a definição questão-problema. Neste capítulo pretende-se descrever a natureza metodológica desta investigação.

Estruturou este capítulo da metodologia em oito subcapítulos: no primeiro classifica-se o tipo de estudo; no segundo descreve-se a população e a amostra; no terceiro formula-se a problemática, os objetivos e variáveis; no quarto formula-se as questões e objetivos de investigação; no quinto procede-se à apresentação do instrumento de recolha de dados; no sexto descreve-se o procedimento de recolha de dados; no sétimo apresentam-se as principais considerações éticas e, por último, no oitavo subcapítulo descreve-se o tratamento e análise dos dados.

3.1. Tipo de estudo

Este estudo é classificado como observacional, descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa.

É classificado como observacional, uma vez que, o investigador não interfere nas variáveis, e as variáveis independentes do estudo não são passíveis de serem manipuladas. É descritivo-correlacional porque visa descrever e determinar a ocorrência de fenómenos existentes e estabelecer relações entre variáveis e transversal porque a avaliação irá ser realizada num determinado momento temporal definido (Fortin, 2009; Vilelas, 2020).

Desenvolveu-se este estudo, de acordo com um paradigma de investigação quantitativo. De acordo com Fortin (2009), neste tipo de abordagem objetivista, os investigadores colhem os dados observáveis e mensuráveis e estudam a relação entre eles.

3.2. População e amostra

Para o estudo de investigação, considerou-se como população alvo a díade família/utente idoso, que satisfez cumulativamente os critérios de inclusão. A população é definida pelos critérios de inclusão (Fortin et al., 2009).

Os critérios de inclusão considerados foram: i) Famílias inscritas na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Tâmega II Vale Sousa Sul, USF 3 Rios; ii) Famílias com pelo menos um membro com idade igual ou superior a 65 anos, acompanhadas pela equipa de enfermagem no domicílio. Na USF 3 Rios, a população de idosos acompanhados no domicílio tem um total 70 pessoas.

Os critérios de exclusão foram: i) Família cujo idoso se encontra ao cuidado de uma instituição (pública ou privada); ii) Família cujo idoso não apresenta condições cognitivas após aplicação do *Mini Mental State Examination* (Versão portuguesa validada por Guerreiro *et al.,* 1994) (Apêndice A). No presente estudo correspondeu aos idosos inscritos na USF 3 RIOS, que tiveram consulta de enfermagem no domicílio entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021. A amostra final ficou constituída por 60 idosos, cerca de 85,7% da população.

Dadas as características do estudo e limitação temporal para a sua execução, o tipo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência também chamada acidental (Vilelas, 2020). A amostra foi "constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondam aos critérios de inclusão precisos (…) permitindo escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo" (Fortin, 2009, p. 321).

3.3. Problemática, objetivos e variáveis

A questão de partida para este estudo de investigação foi: Quais os fatores relacionados com a perceção do idoso, acompanhado pela equipa de enfermagem no domicílio, sobre a funcionalidade familiar.

No âmbito deste estudo, e considerando a problemática apresentada, a definição de objetivos permite-nos uma clarificação do que efetivamente se pretende estudar. De modo geral, é fundamental que os objetivos de investigação sejam precisos e estejam redigidos de modo claro, com a finalidade que o investigador deseja atingir, devendo fazer alusão às variáveis e à população alvo do estudo (Fortin et al., 2009).

Tendo em consideração esta questão de investigação foram definidos os seguintes objetivos específicos:

i) Caraterizar em termos sociodemográficos a amostra em estudo;

ii) Avaliar a funcionalidade da família do idoso;

iii) Analisar a relação entre a FF e as variáveis sociodemográficas;

iv) Analisar a relação entre a FF e o grau de dependência nas ABVD;

v) Analisar a relação entre a FF e o AIVD.

As variáveis de investigação são propriedades, qualidades ou características que são suscetíveis de assumir diferentes valores (Vilelas, 2020).

Por sua vez, segundo Fortin et al. (2009) variáveis atributo são características preexistentes dos indivíduos em estudo, que no presente trabalho são: sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil e coabitação.

Os mesmos autores referem-se também às variáveis de investigação, que neste estudo são as variáveis que dizem respeito às qualidades, propriedades ou características que são monitorizadas e observadas, sendo neste estudo o grau de ABVD, o grau de dependência AIVD e a FF.

Para a avaliação destas variáveis, haverá a necessidade de recorrer a instrumentos de medida, validados na população portuguesa, que permitirão obter uma caraterização mais objetiva e ampla.

3.4. Questões e hipóteses de investigação

As questões de investigação descritiva correlacional, no dizer de Fortin et al. (2009, p.165) "as questões de investigação que concernem à exploração de relações, podem comportar um certo número de subquestões".

Para este estudo formulamos as seguintes questões de investigação:

i) Quais as características sociodemográficas do idoso?

ii) Qual é a perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar?

iii) Qual o grau de dependência do idoso nas ABVD?

iv) Qual o grau de dependência nas AIVD?

Segundo Fortin et al. (2009) uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. No presente estudo formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existe relação entre a perceção do idoso sobre a FF e as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e coabitação).

Hipótese 2: Existe relação entre a perceção do idoso sobre a FF e o nível de dependência nas atividades básicas de vida diária.

Hipótese 3: Existe relação entre a perceção do idoso sobre a FF e o nível de dependência nas atividades instrumentais de vida diária.

3.5. Instrumento de recolha de dados

Uma vez que, o utente idoso tem dificuldades de visão e alguns são analfabetos, o instrumento de recolha de dados foi um formulário (Apêndice B).

O método de formulário visa recolher informações diretamente do entrevistado e o preenchimento das respostas pelo investigador (Prodanov & Freitas, 2013)

Optamos pelo formulário como instrumento de recolha, uma vez que, tem uma apresentação uniforme, ordem idêntica das questões para todos os idosos, permitindo assim uniformização de uma situação de medida, assegurando a fidelidade e facilitando comparação entre sujeitos (Fortin et al., 2009).

O formulário é constituído por quatro partes: a parte I incluiu questões para obter dados sobre as caraterísticas sociodemográficas, permitindo a caraterização dos idosos quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, coabitação; a parte II integrou a Escala de APGAR Familiar (Smilkstein, 1982) destinada à avaliação da FF existente no MDAIF da Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo; a parte III incluiu a escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) validada por Sequeira (2007), que respeita às caraterísticas psicométricas, o Índice de Barthel apresenta uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,89, para avaliação das ABVD; a parte IV integrou a escala de Lawton & Body (Lawton- Brody,1969), versão apresentada por Sequeira (2007) que tem caraterísticas psicométricas e tendo em consideração o estudo de adaptação para a língua portuguesa, a Escala de Lawton apresenta boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,92.destinada à avaliação das AIVD.

Foi realizado um pré-teste ao instrumento de recolha de dados. Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar, resolver problemas e imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões. O pré-teste foi realizado a dez utentes de outra USF do mesmo ACES, com caraterísticas muito semelhantes às da amostra em estudo. As perguntas não suscitaram dúvidas pelo que não foram efetuadas alterações.

3.6. Procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos pelo investigador e pelo enfermeiro de família, aquando da visita domiciliaria, após verificação dos critérios de exclusão e explicado o teor e os objetivos da investigação, salvaguardando a confidencialidade. Os enfermeiros de família foram instruídos relativamente ao procedimento de recolha de dados, com vista à uniformização do método de colheita de dados, perspetivando um mínimo de enviesamento. A aplicação dos instrumentos foi realizada nos domicílios dos idosos, em ambiente isolado e, preferencialmente, sem a presença de familiares.

A recolha de dados ocorreu apenas num momento, no período de dezembro a fevereiro de 2021, aquando da consulta de enfermagem em ambiente domiciliário pela equipa de enfermagem da USF 3 Rios do ACES Tâmega II Vale de Sousa Sul da ARS (Administração Regional de Saúde) Norte.

3.7. Considerações éticas

Durante o trabalho de investigação foram salvaguardados todos os requisitos éticos em que se baseiam os padrões de conduta ética aplicados em investigação, nomeadamente, a beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, adotando os seguintes procedimentos:

- Foi solicitada a autorização para a realização do estudo ao Diretor do ACES Tâmega II Vale de Sousa Sul onde decorreu o estudo (Apêndice C);
- Foi solicitado o parecer do estudo à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, IP que obteve parecer favorável com a referência CE/2020/4 (Apêndice D);
- Para efeito de tratamento dos dados os formulários foram identificados através de uma codificação, apenas do conhecimento do investigador, garantindo assim a confidencialidade dos dados;
- Os participantes foram informados sobre os objetivos, características e condições de realização da investigação, tendo sido garantido o direito de não participação no estudo, de não responder a questões ou desistir do estudo;
- Foi solicitado o consentimento informado a todos os participantes e salvaguardando o seu anonimato, bem como o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas (Apêndice E).

3.8. Tratamento e análise dos dados

Para dar resposta às questões de investigação, foi feita uma análise estatística dos dados. Para tal foi construída uma base de dados no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22), na qual os dados foram inseridos e de seguida tratados e analisados.

Numa primeira fase os dados foram analisados através da estatística descritiva, utilizando as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis. Foram utilizadas medidas de tendência central e determinadas medidas de dispersão, no caso das variáveis de nível de medição rácio.

Numa segunda fase da análise dos dados recorreu-se à estatística inferencial, tendo-se realizado testes estatísticos para verificação das hipóteses. Tendo em conta o objetivo do estudo, o tipo de dados, a questão de investigação, as hipóteses e variáveis do estudo foram usados o teste paramétrico Teste t de Student e Anova, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado no caso das variáveis categóricas.

Para testar a hipótese 1, entre a pontuação do índice de APGAR dos utentes com as suas características sociodemográficas foi utilizado o teste t de Student (variável sexo, grupos etários, estado civil) e o teste Anova (variáveis escolaridade e coabitação). Na comparação das categorias FF (funcionalidade familiar) com as categorias das variáveis sociodemográficas recodificadas utilizou-se o teste Qui-Quadrado.

Para testar a hipótese 2 entre a pontuação do índice de APGAR dos utentes com nível de dependência nas ABVD (Índice de Barthel) utilizou-se o teste ANOVA. No cruzamento entre as categorias da FF com categorias da dependência nas AIVD recorreu-se ao teste de Qui-Quadrado.

Para testar a hipótese 3 entre a pontuação do índice de APGAR dos utentes e o nível de dependência nas AIVD utilizou-se o teste ANOVA. No cruzamento entre as categorias da FF e as categorias da dependência nas AIVD recorreu-se ao teste de Qui-Quadrado.

O nível de significância considerado foi em todos os casos analisados de 5% (Marôco, 2018).

Recodificou-se a variável idade em dois grupos etários (65-74) anos Idosos Jovens e maior ou igual a 75 anos Idosos e Idosos-idosos. A variável estado civil foi recodificada em duas categorias: casados e outros (solteiros, viúvos e divorciados). O nível de

escolaridade foi recodificado em três categorias: sem escolaridade, 1º ciclo do ensino básico, 2º ciclo do ensino básico e igual ou maior que o 3º ciclo do ensino básico. A variável coabitação foi recodificada em três categorias: sozinho, conjugue e outros (filhos, netos, irmãos ou cunhadas e amigos). Procedeu-se à recodificação do variável nível de independência nas atividades de vida diária em três categorias: dependente total a moderadamente dependente; ligeiramente dependente, e independente. A variável nível das AIVD foi recodificada em três categorias: severamente dependente, moderadamente dependente e independente.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados provenientes da aplicação do formulário à díade família/idoso, de idosos acompanhados pela equipa de Enfermagem da USF 3 Rios. Este ponto encontra-se organizado em cinco subpontos: no primeiro procede-se à caraterização sociodemográfica dos idosos; no segundo apresenta-se a perceção dos idosos acerca da FF; no terceiro apresentam-se os resultados relativos ao grau de dependência dos idosos nas ABVD; no quarto apresentam-se os resultados acerca da dependência nas AIVD e, por último, no quinto, apresentam-se a relação entre a FF e outras variáveis em estudo

A fonte das tabelas será omissa uma vez que resultaram todas de dados recolhidos no âmbito desta investigação, sendo a fonte a própria investigadora.

4.1. Caracterização sociodemográfica dos idosos

A caraterização sociodemográfica dos idosos foi efetuada quanto ao sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade e coabitação.

Do total da amostra (n= 60 idosos) a maioria era do sexo feminino (53,3%), pertencia ao grupo etário dos Idosos Meia-Idade (45%), possuía o estado civil de casado (61,7%), detinha como escolaridade o 1º ciclo (46,7%) e coabitava com o cônjuge (46,2%) (**Tabela 1**). A média da idade foi de 76,63±6,98 anos, a mediana de 76,52 anos, a moda foi de 68 anos, tendo as idades ficado compreendidas entre os 65 e os 94 anos (Dados que não constam da tabela).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos idosos da amostra (n= 60)

Variáveis	Fa	Fr
Sexo		
Masculino	28	**46,7**
Feminino	32	53,3
Grupo Etário		
Idosos Jovens (65-74 anos)	24	40,0
Idosos Meia-idade (75-84 anos)	27	**45,0**
Idosos-Idosos (85-99 anos)	9	15,0
Estado Civil		
Casado	37	**61,7**
Solteiro	4	6,7
Viúvo	18	30,0

Divorciado	1	1,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	4	10,0
Sabe ler e escrever	16	26,7
1º ciclo	28	**46,7**
2º Ciclo	7	11,7
3º ciclo	1	1,7
Ensino Superior	2	3,3
Coabitação		
Sozinho	14	17,9
Cônjuge	36	**46,2**
Filho(s)	16	20,5
Netos	7	9,0
Irmãos ou cunhados	2	2,6
Amigos	3	3,8

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa.

4.2. Perceção dos idosos acerca da Funcionalidade Familiar

Em todos os itens desta escala a maioria dos idosos posicionaram-se na opção de resposta "Quase sempre" com percentuais que variaram entre os 50% (Item 3) e os 75% (Item 1), sendo por isso o Item que apresenta maior positividade de respostas. Por seu lado o item com maior percentagem na opção de resposta "Quase nunca" foi o item 5 (18,3%). Daí que os idosos tenham expressado maior satisfação com a Adaptação (75%), seguida pela Parceria e não tão boa satisfação no caso do Desenvolvimento (50%), Afetividade e Resolução (**Tabela 2**).

Tabela 2

Itens do índice de APGAR

Apgar	Fa	Fr
Adaptação		
Quase nunca	3	5,0
Algumas	12	20,0
Quase sempre	45	**75,0**
Parceria		
Quase nunca	5	8,3
Algumas	19	31,7
Quase sempre	36	**60,0**
Desenvolvimento		
Quase nunca	6	10,0
Algumas	24	**40,0**
Quase sempre	40	30,0

Afetividade		
Quase nunca	7	11,7
Algumas	20	33,3
Quase sempre	33	**55,0**
Resolução		
Quase nunca	11	18,3
Algumas	14	23,3
Quase sempre	35	**58,3**

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa.

A pontuação média do índice de Apgar foi de 7,4±2,63 pontos, a mediana foi de 8 pontos, a moda de 10 pontos, sendo o mínimo de 1 e o máximo de 10 pontos (Dados que não constam da tabela).

A maioria dos idosos considerava a sua família altamente funcional (71,7%) e os restantes 28,3% tinham a perceção que a sua família era disfuncional, embora apenas 10% a considerassem como tendo uma disfunção acentuada.

4.3. Grau de Dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária

A maioria dos idosos era independente na Alimentação (95%), no Banho (73,3%), no Controlo intestinal (93,3%), no Uso da casa de banho (86,7%), na Transferência da cadeira-cama (86,7%), no Vestir (66,7%), na Higiene Corporal (85,0%), no Controlo Vesical (75,0%), no Subir escadas (

60,0%) e na Deambulação (76,7%). A ABVD em que os idosos apresentavam maior independência foi a Alimentação e a maior dependência na ABVD do Banho (26,7%) (**Tabela 3**).

Tabela 3

Grau de dependência nas atividades básicas de vida diária

ABVD	Fa	Fr
Alimentação		
Dependente	2	3,3
Necessita de ajuda	1	1,7
Independente	5	**95,0**
Banho		
Dependente	1	26,7
Independente	4	**73,3**
Controlo intestinal		
Incontinente fecal	1	1,7

Incontinência	3	5,0
Independente	5	**93,3**
Uso da casa de banho		
Dependente	2	3,3
Necessita de ajuda	6	10,0
Independente	5	**86,7**
Transferência cadeira-cama		
Dependente	2	3,3
Necessita de	2	3,3
Necessita de ajuda	4	6,7
Independente	5	**86,7**
Vestir		
Dependente	2	3,3
Necessita de ajuda	1	30,0
Independente	4	**66,7**
Higiene Corporal		
Dependente	9	15,0
Independente	5	**85,0**
Controlo Vesical		
Incontinente ou algaliado	4	6,7
Incontinência	1	18,3
Independente	4	**75,0**
Subir escadas		
Dependente	4	6,7
Necessita de ajuda	2	33,3
Independente	3	**60,0**
Deambulação		
Dependente	2	3,3
Necessita de ajuda	1	20,0
Independente	4	**76,7**

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa.

A média da pontuação do índice de Barthel foi de 87,92±18,985 pontos, a mediana foi de 95 pontos, a moda de 100 pontos, tendo o mínimo sido 5 pontos e o máximo 100 pontos (Dados que não constam da tabela).

A maioria dos idosos foi classificada como Independente na realização das ABVD (63,3%), sendo que os piores níveis de dependência apresentavam percentagens residuais (1,7%) (**Tabela 4**).

Tabela 4

Resultados descritivos do grau de dependência nas ABVD

Grau de Dependência nas ABVD	Fa	Fr

Dependente	1	1,7
Severamente dependente	1	1,7
Moderadamente dependente	1	1,7
Ligeiramente dependente	19	31,7
Independente	38	**63,3**

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa.

4.4. Dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária

Quanto à AIVD "Cuidar da casa", o maior grupo de idosos só fazia tarefas leves (33,3%), na AIVD "Lavar a roupa" todas as opções de resposta obtiveram o mesmo percentual (33,3%), na AIVD "Preparação das refeições" a opção de resposta mais selecionada foi o Planeia, prepara e serve sem ajuda (38,3%), na AIVD "Ir às compras" verificou-se um empate (28,3%) entre as opções de respostas Fazem as compras acompanhados e É incapaz de ir às compras, na AIVD "Uso de telefone" a opção de resposta mais assinalada (46,7%) foi "Só liga para lugares familiares", na AIVD "Uso de transporte" a maioria dos idosos respondeu (45%) que Viaja em transporte público ou conduz, quanto à AIVD "Uso de dinheiro" a opção de resposta mais assinalada (55%) foi Paga as contas e vai ao banco e, por último, na AIVD "Responsável pelos medicamentos", a opção mais indicadas (61,7%) foi que é Responsável pela medicação (**Tabela 5**).

Tabela 5

Grau de dependência nas atividades básicas de vida diária

AIVD	Fa	Fr
Cuidar da casa		
Cuida da casa sem ajuda	12	20,0
Faz tudo exceto o trabalho pesado	10	16,7
Só faz tarefas leves	20	**33,3**
Necessita de ajuda para todas as tarefas	9	15,0
Incapaz de fazer qualquer tarefa	9	15,0
Lavar a roupa		
Lava a sua roupa	20	33,3
Só lava pequenas peças	20	33,3
É incapaz de lavar a roupa	20	33,3
Preparar a comida		
Planeia, prepara e serve sem ajuda	23	**38,3**
Prepara se lhe derem os ingredientes	11	18,3
Prepara pratos pré-cozinhados	13	21,7

Incapaz de preparar refeições	13	21,7
Ir às compras		
Faz as compras sem ajuda	12	20,0
Só faz pequenas compras	14	23,3
Faz as compras acompanhado	17	**28,3**
É incapaz de ir às compras	17	28,3
Uso de telefone		
Usa-o sem dificuldade	15	25,0
Só liga para lugares familiares	28	**46,7**
Necessita de ajuda para o usar	13	21,7
Incapaz de usar o telefone	4	6,7
Uso de transporte		
Viaja em transporte público ou conduz	27	**45,0**
Só anda de táxi	13	21,7
Necessita de acompanhamento	18	30,0
Incapaz de usar o transporte	2	3,3
Uso de dinheiro		
Paga as contas, vai ao banco, etc.	33	**55,0**
Só em pequenas quantidades de dinheiro	19	31,7
Incapaz de utilizar o dinheiro	2	3,3
Responsável pelos medicamentos		
Responsável pela medicação	37	**61,7**
Necessita que lhe preparem a medicação	17	28,3
Incapaz de se responsabilizar pela medicação	6	10,0

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa.

A maioria dos idosos apresentava uma dependência moderada das AIVD (65,0%), existindo um percentual residual de idosos independentes (3,3%), nesta tipologia de atividades (**Tabela 6**).

A pontuação média obtida na escala de Lawton foi de 16,98±5,565 pontos, a mediana foi de 16,00, a moda 12 pontos, tendo variado entre o mínimo 8,0 pontos e o máximo de 30,0 pontos (Dados que não constam da tabela).

Tabela 6

Resultados descritivos do grau de dependência nas AIVD

AIVD	Fa	Fr
Grau de Dependência nas AIVD		
Severamente dependente	19	31,7
Moderadamente dependente	39	**65,0**
Independente	2	3,3

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa.

4.5. Relação entre a Funcionalidade Familiar e outras variáveis em estudo

Procede-se agora à validação ou refutação das hipóteses formuladas hipótese a hipótese.

Hipótese 1: Existe relação entre a pontuação da FF e as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e coabitação).

Para testar a hipótese 1, cruzou-se a pontuação do índice de APGAR dos utentes com as suas características sociodemográficas. Através da análise da **Tabela 7** verificou se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação da FF dos utentes de sexo diferente (t de Student: $p \geq 0{,}158$), de diferentes grupos etários (t de Student: $p \geq 0{,}670$), com diferente estado civil (t de Student: $p \geq 0{,}349$), com diferente escolaridade (ANOVA: $p \geq 0{,}061$) e com diferente coabitação (ANOVA: $p \geq 0{,}101$).

Rejeita-se assim a hipótese de que existe relação entre a pontuação da FF e as caraterísticas sociodemográficas.

Tabela 7

Relação entre a FF e as características sociodemográficas

Variáveis	n	Média	Valor do teste	gl	p
FF * Sexo			t = 1,432	58	0,158
Masculino	28	7,96			
Feminino	32	7,00			
FF * Grupo etário			t = 1,864	58	0,670
Idosos Jovens	24	8,21			
Idosos e Idosos -Idosos	36	6,94			
FF * Estado civil			t = 0,945	58	0,349
Casados	37	7,70			
Solteiros, viúvos e divorciados	23	7,04			
FF * Escolaridade			Anova = 0,610	57	0,061
Sem escolaridade	22	6,59			
1º ciclo	28	7,61			
2º ciclo até ensino superior	10	8,90			
FF * Coabitação			Anova = 0,610	2	0,101
Sozinho	14	6,14			
Conjugue	36	7,89			
Outros	10	7,70			

Legenda: gl: grau de liberdade; FF: Funcionalidade Familiar n: frequência absoluta; p: probabilidade, t: t de Student

Também se procedeu ao cruzamento para teste entre as categorias da FF com as categorias das características sociodemográficas recodificadas, recorrendo ao teste do qui-quadrado. Constatou-se que as categorias da FF não diferem significativamente entre os idosos de diferente sexo (χ^2: p≥0,361), nem entre os idosos de diferentes grupos etários (χ^2: p≥0,570), nem entre os idosos com diferente estado civil (χ^2: p≥0,184), nem entre os idosos com diferente escolaridade (χ^2: p≥0,213) e nem entre os idosos com diferente coabitação (χ^2: p≥0,712) (**Tabela 8**).

Rejeita-se assim a hipótese de que existe relação entre as categorias da FF e as caraterísticas sociodemográficas.

Tabela 8

Associação entre as categorias da FF e as caraterísticas sociodemográficas

Variáveis	Disfunção Acentuada	Disfunção Moderada	Altamente Funcional	Valor do teste χ2	gl	p
FF * Sexo				2,038	2	0,361
Masculino	3	3	22			
Feminino	3	8	31			
FF * Grupo etário				5,890	2	0,570
Idosos Jovens	2	1	21			
Idosos e Idosos - Idosos	4	10	22			
FF * Estado civil				3,649	2	0,184
Casados	4	4	29			
Outros	2	7	14			
FF * Escolaridade				5,839	4	0,213
Sem escolaridade	4	5	13			
1º ciclo	1	6	21			
2º ciclo até ensino superior	1	0	9			
FF * Coabitação				1,248	2	0,712
Casados	4	4	29			
Outros	2	7	14			

Legenda: gl: grau de liberdade; FF: Funcionalidade Familiar n: frequência absoluta; p: probabilidade; χ^2 : qui quadrado

H2- Existe relação entre a pontuação da FF e o nível de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária (Índice de Barthel).

Ao analisar a relação entre a pontuação da FF e o nível de dependência nas ABVD com o recurso ao teste estatístico ANOVA observaram-se diferenças estatísticas significativas entre os idosos enquadrados nas diferentes categorias das ABVD (ANOVA: p <0,011), sendo que os idosos independentes obtiveram uma média superior à dos idosos com ligeira dependência (8,21 contra 6,16 pontos) (**Tabela 9**).

Assim não se rejeita a hipótese de que existe relação entre a pontuação da FF e o nível de dependência nas ABVD.

Tabela 9

Relação da FF com o nível de independência nas atividades de vida diária

Variáveis	n	Média / Média de posição	Valor do teste Anova	gl	p
FF * grau dependência nas ABVD			4,931	59	0,011
Dependente total e Moderadamente	3	6,00			
Ligeiramente dependente	19	6,16			
Independente	38	8,21			

Legenda: gl: grau de liberdade; FF: Funcionalidade Familiar n: frequência absoluta; p: probabilidade.

Na tabela 10 apresentam-se os resultados do cruzamento das categorias da FF com as categorias da dependência nas ABVD. Recorrendo ao teste de qui-quadrado observou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da FF dos idosos enquadrados nas diferentes categorias das ABVD (χ^2: p<0,024), sendo que na categoria de Disfunção acentuada da FF existiam - 2,5 casos, do que o esperado de idosos classificados na categoria de Independente nas ABVD, na Disfunção moderada da FF existiam - 2,1 casos do que o esperado de idosos, enquadrados na categoria Independente nas ABVD e na categoria Altamente Funcional da FF existiam - 2,8 casos do que o esperado de idosos Ligeiramente dependentes nas ABVD e mais +3,4 casos do que o esperado de idosos enquadrados na categoria Independente nas ABVD. Ou seja, a proporção de idosos Independentes nas ABVD enquadrados nas categorias Disfunção acentuada e Disfunção moderada é menor do que a os idosos classificados como Ligeiramente dependentes.

Assim não se rejeita a hipótese de que existe relação entre as categorias da FF e as categorias das ABVD.

Tabela 10

Associação entre as categorias da FF e as categorias das ABVD recodificadas

Variáveis	Disfunção Acentuada (RA)	Disfunção moderada (RA)	Altamente funcional (RA)	Valor do teste $\chi 2$	gl	p
ABVD X FF				12,869	4	0,024
Dependente total e Moderadamente	1(1,4)	1(0,7)	1(-1,5)			
Ligeiramente dependente	4(1,9)	6(1,8)	9 (-2,8)			
Independente	1(-2,5)	4(-2,1)	33(3,4)			

Legenda: gl: grau de liberdade; FF: Funcionalidade Familiar n: frequência absoluta; p: probabilidade; RA resíduo ajustado; $\chi 2$: qui quadrado.

H3: Existe relação entre a pontuação da FF e o nível de dependência nas AIVD (Índice de Lawton).

No cruzamento para teste estatístico entre a pontuação da FF e o grau de dependência nas AIVD verificou-se que não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os idosos enquadrados em diferentes graus de dependência nas AIVD (ANOVA: p ≥0,378) (**Tabela 11**).

Rejeita-se assim a hipótese de que existe relação entre a pontuação da FF e os graus de dependência nas AIVD.

Tabela 11

Relação da FF com as categorias das AIVD recodificadas

Variáveis	n	Valor do teste Anova	gl	p
FF * grau dependência nas AIVD		0,990	59	0,378
Severamente dependente	19			
Moderadamente dependente	39			
Independente	2			

Legenda: gl: grau de liberdade; FF: Funcionalidade Familiar; n: frequência absoluta; p: probabilidade.

O mesmo sucedeu no cruzamento para teste entre as categorias da FF e as categorias das AIVD (χ^2: p≥ 0.507), como se pode visualizar na (**Tabela 12)**.

Assim rejeita-se a hipótese de que existe relação entre as categorias da FF e as categorias das AIVD.

Tabela 12

Associação entre as categorias da FF e as categorias das AIVD recodificadas

Variáveis	Disfunção Acentuada	Disfunção Altamente	Moderada funcional	Valor do teste$\chi 2$	gl	p
FF * grau dependência nas AIVD				3,134	4	0,507
Severamente dependente	3	5	11			
Moderadamente dependente	3	6	30			
Independente	0	0	2			

Legenda: gl: grau de liberdade; FF: Funcionalidade Familiar n: frequência absoluta; p: probabilidade; $\chi 2$: qui quadrado.

5. DISCUSSÃO

Depois da apresentação dos resultados, procedemos neste capítulo à sua discussão, tendo em conta os objetivos delineados à partida. Para tal, recorremos a estudos realizados a nível nacional e internacional, com o mesmo objeto de estudo e com população semelhante ou, na sua ausência, a autores desta área específica de conhecimento.

Este capítulo está organizado em cinco subcapítulos: no primeiro procedemos à discussão quanto à caraterização sociodemográfica dos idosos da amostra; no segundo quanto à perceção dos idosos acerca da FF; no terceiro quanto ao grau de dependência nas ABVD; no quarto quanto ao grau de dependência nas AIVD; no quinto, e último, quanto às relações encontradas entre a FF e as variáveis em estudo.

5.1. Quanto à caraterização sociodemográfica dos idosos da amostra

No total dos 60 idosos estudados observou-se que a maioria era do sexo feminino (53,3 %). No estudo Campos et al. (2017), com o objetivo de avaliar a FF de idosos brasileiros e testar a influência de fatores determinantes, com uma amostra de 2052 idosos, observou-se também uma maior prevalência do sexo feminino, embora com um percentual um pouco mais elevado (61,3%). A feminização destas amostras indica uma maior longevidade das mulheres, um aspeto relevante do envelhecimento populacional, no dizer de Oliveira & Silva (2020).

No que diz respeito ao estado civil, obtiveram-se 61,7% idosos casados, sendo os resultados semelhantes ao do estudo de Lima et al. (2020), no qual participaram 604 idosos, na região de Tâmega e Sousa, a Norte de Portugal, com o objetivo de traçar um perfil do estado de saúde do idoso, que obteve um percentual de 67,2% de idosos casados.

Relativamente à escolaridade, 46,7% da população possui 1º ciclo, o que difere do estudo de Lima et al. (2020), no qual 92,7% dos idosos da amostra apresentavam um nível de escolaridade de 1ºciclo, valor bastante mais elevado do que o obtido no presente estudo. Esta situação deve-se ao facto da amostra do estudo Lima et al. (2020) ser constituída por idosos a viver predominantemente em meio rural. No entanto, segundo o INE em 2020, 51,6% dos idosos portugueses possuíam o 1ºciclo, um percentual mais próximo do obtido no presente estudo.

Quanto à coabitação, a maioria (46,2%) vivia com o conjugue. Este percentual é ligeiramente inferior ao do estudo de Maia et al. (2016) realizado com 306 idosos, que

teve por objetivo caracterizar a funcionalidade das pessoas idosas e relacionar a funcionalidade com os determinantes do envelhecimento ativo, tendo os autores constatado que 58% dos idosos também viviam com o conjugue. Por seu lado no nosso estudo 17,9% vivia sozinho. Esta situação é natural na sociedade portuguesa atual, devido à maior longevidade do sexo feminino e na opinião de Perseguino, Horta, & Ribeiro (2017) dá a noção de liberdade para o idoso e família. Segundo estes autores parece haver um afastamento dos demais familiares, que respeitam a decisão do idoso em morar sozinho.

5.2. Quanto à perceção dos idosos acerca da funcionalidade familiar

Na caraterização da FF da amostra em estudo, obteve-se uma prevalência de famílias altamente funcionais de 71,7%, sendo semelhante à percentagem do estudo de Campos et al. (2017), que obteve 76,3%. No estudo de Ferreira et al. (2019), com o objetivo de analisar a FF de idosos dependentes residentes, no interior da região Nordeste do Brasil, foram inquiridos 117 idosos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família. Os autores verificaram que 26,5% dos idosos apresentaram boa funcionalidade familiar, percentual bastante inferior ao do presente estudo, resultado que poderá explicar-se pelas diferenças culturais entre as amostras e por se tratar de uma amostra de idosos dependentes. No estudo de Elias et al. (2018) com o objetivo de verificar a associação da FF com o arranjo domiciliar, no qual participaram 637 idosos, da área urbana de município mineiro, constatou-se que 87,8% consideraram possuir boa funcionalidade familiar, percentual um pouco mais elevado do que o do nosso estudo, mas que está na mesma direção.

O mesmo não se verificou no estudo de Martins et al. (2015), realizado na cidade de Ourém, com uma amostra de 66 idosos, que pretendia identificar a satisfação com a vida em Idosos com apoio Domiciliário e sua relação com variáveis sociodemográficas e psicossociais, o qual verificou que os percentuais mais elevados estavam associados a famílias moderadamente funcionais (54,5%) e de seguida a famílias altamente funcionais (36,4%). Este achado pode explicar-se por se tratar de uma amostra de utentes que beneficiavam dos serviços de apoio domiciliário, situações que de maneira geral se encontram associadas a doenças cronicas e que geram stresse nas famílias.

É importante referir a existência de 10% de disfuncionalidade acentuada das famílias. Esta pode ser explicada pelas constantes mudanças da sociedade, que têm

provocado modificações na sua estrutura, com alteração do convívio entre as diferentes gerações, por conta do aumento da expectativa de vida e dos distintos papéis entre seus membros (Brito et al., 2019).

No que diz respeito aos itens do índice de APGAR familiar, no nosso estudo, o item que obteve maior satisfação dos respondentes foi a adaptação com 75%. Já no estudo de Oliveira & Silva (2020), no qual participaram 30 idosos, que se propunha analisar o APGAR familiar de idosos com dependências sobre a funcionalidade dos seus respetivos sistemas familiares, através de prontuários de um centro-dia, a adaptação teve um valor percentual de 47%, valor bastante inferior ao do presente estudo. Este diferencial poderá explicar-se pelo facto dos idosos serem utentes de um centro de dia, em que a família delega a terceiros as suas tarefas, na resolução de problemas.

5.3. Quanto ao grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária

Na avaliação da capacidade funcional, constatamos uma maior distribuição de idosos classificados como independentes nas Atividades Básicas de Vida Diária (63,3 %). Na Região do Tâmega e Sousa, na qual decorreu o estudo de Lima et al. (2017), a mesma região no qual se realizou o nosso estudo, 72,07% dos idosos apresentavam um elevado nível de funcionalidade, percentual um pouco superior ao do nosso estudo, mas na mesma linha. Por sua vez, no estudo de Mayorga-Munõz (2019), que teve lugar no Chile, 81% dos idosos eram também independentes, percentual bastante mais elevado.

No estudo de Novais et al. (2016) realizado no Brasil, no qual participaram 117 idosos, com o objetivo de avaliar os indicadores de desempenho funcional de idosos longevos residentes em domicílio observou-se uma maior distribuição de idosos classificados como independentes nas ABVD (59,0%), percentual bastante semelhante ao obtido no nosso estudo.

5.4. Quanto ao grau de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária

Em relação ao grau de dependência nas AIVD verifica-se que a maioria dos idosos do nosso estudo era moderadamente dependente (65 %), resultado que vai ao encontro do obtido no estudo de Novais et al. (2016), no qual 80,3% dos idosos eram dependentes nas AIVD. Em sentido contrário está o estudo de Júnior et al. (2016), realizado no Brasil, com uma amostra de 191 idosos, que moravam com a família e eram assistidos pela Estratégia

Saúde da Família no Brasil, que objetivou estimar a prevalência e os fatores associados à dependência funcional dos idosos, no qual os autores constataram que 51,3% dos idosos eram completamente independentes na realização das AIVD, o que poderá explicar-se pelo facto da nossa amostra ser constituída por idosos acompanhados no domicilio ou seja, utentes com alguma situação de vulnerabilidade, para necessitar de consulta de enfermagem no domicilio, enquanto a amostra do estudo de Júnior et al. (2016) era composta por indivíduos com mais de 60 anos que residiam na área de abrangência da USF, por apresentarem melhor capacidade funcional e maior autonomia.

5.5. Quanto às relações encontradas entre a Funcionalidade Familiar e as variáveis em estudo

Não foram observadas relações entre a FF e as características sociodemográficas, resultados que corroboram os obtidos num estudo realizado por Ferreira et al. (2019), no Brasil, em que a problemática era a FF e a sua relação com fatores biopsicossociais, no qual os autores também não constataram existir qualquer relação entre as mesmas variáveis. Esta verificação explica-se porque a FF sobrepõe-se à influência das variáveis sociodemográficas segundo Lins et al. (2018).

Esta constatação diverge do estudo observado de Campos et al. (2017), cujos achados demonstraram que quem gozava de boa FF era casada, vivia com cônjuge e era independente nas AIVD.

O mesmo sucedeu no caso do estudo de Marzola et al. (2019) no Brasil, no qual participaram 637 idosos, com o objetivo de avaliar a FF de idosos comunitários e os fatores sociodemográficos e de saúde associados, no qual os autores constataram, que houve correlação positiva com a idade, no sentido quanto maior a idade melhor o funcionamento familiar.

O cenário repetiu-se no estudo efetuado por Arango et al. (2019) na Colômbia, com uma amostra de 1514 pessoas, com idades ≥ a 60 anos, com o objetivo de determinar a capacidade preditiva da felicidade com o funcionamento familiar, que concluiu que existia associação entre a FF e ser mulher e ter alto nível educativo.

Também o estudo conduzido por Elias et al. (2018), com uma amostra de 637 idosos brasileiros, que tinha como objetivo verificar a associação da FF com o arranjo domiciliar de idosos da área urbana de município mineiro, concluiu que existia relação

entre os indivíduos que viviam sozinhos e a perceção de família com Disfunção Acentuada, que também não coincide com o resultado obtido no nosso estudo.

Esta não convergência com os resultados do nosso estudo continua a verificar-se no estudo desenvolvido por Saavedra-González, et al. (2016) na Colômbia a 220 idosos, que visava determinar a associação entre a depressão e a funcionalidade familiar, em adultos idosos, na unidade de medicina familiar, constatou que a FF estava associada à estrutura familiar.

Todas estas diferenças verificadas entre o presente estudo e os estudos atrás descritos poderão ser explicadas através das diferenças culturais entre a amostra do nosso estudo e as amostras dos outros estudos, bem como a diferente condição social dos participantes.

Neste estudo existe relação entre a FF e a independência das ABVD, resultado que vai ao encontro do resultado obtido no estudo de Ferreira, et al. (2019), o qual refere que a disfuncionalidade familiar está presente entre os idosos em processo de fragilização com múltiplas doenças e limitações nas atividades.

Não foram observados neste estudo relação entre FF e a independência das AIVDs. Este resultado corrobora o obtido no estudo de Brito et al. (2019), no qual os autores também não identificaram nenhuma relação entre as mesmas variáveis.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Depois de uma análise rigorosa aos resultados obtidos e à sua discussão, tendo em conta os objetivos formulados à partida para este estudo estamos em condições de elencar um conjunto de conclusões, que apresentamos de seguida.

Tendo em conta o tema escolhido a perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar, o estudo foi pertinente uma vez que conhecer a funcionalidade familiar é fundamental para o enfermeiro de família cuidar das famílias de idosos em que a longevidade aumenta e existem limitações nas AVDs e AIVD.

O perfil sociodemográfico dos nossos idosos carateriza-se por ser um idoso do sexo feminino, muito idoso (85 e mais anos), casado, possuir o 1º ciclo e coabitar com o cônjuge.

A perceção dos idosos acerca da FF é muito positiva, estando a maioria dos mesmos satisfeitos com a sua família, no mesmo sentido de outros estudos. Essa satisfação é mais acentuada no item da Adaptação.

O grau de dependência dos idosos nas ABVD pode considerar-se que é baixo, estando em linha com outros estudos, sendo que a atividade mais afetada é o "Banho".

Por sua vez, o grau de dependência nas AIVD pode considerar-se muito elevado, estando acima do de outros estudos, uma vez que 96,7% dos idosos apresentam algum tipo de dependência neste tipo de atividades, sendo as atividades mais afetadas o "Cuidar da casa" e "Ir às compras".

Não se constataram relações entre a FF e as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e coabitação), embora em vários estudos exista relação com as varáveis sociodemográficas.

Foi possível verificar a existência de relação entre a FF e o grau de dependência nas atividades de vida diária, que indica que quanto maior o grau de independência nas ABVD melhor é a perceção da funcionalidade familiar dos idosos.

Também não se observou existir relação entre a FF e o grau de dependências nas AIVD.

6.1. Limitações do estudo

As principais limitações do estudo realizado relacionam-se com o fato da amostra ser não aleatória, o que pode ter comprometido a representatividade de alguma das suas

caraterísticas e ter tido repercussões nos testes estatísticos realizados, bem como por ter sido utilizado como instrumento de colheita de dados um formulário, preenchido pelos enfermeiros de família, o que pode ter condicionado algumas respostas, por parte dos idosos, que podem ter-se sentido constrangidos.

6.2. Implicações na prática

As implicações que este estudo poderá ter para a prática profissional na área da Enfermagem de Saúde familiar residem nos resultados obtidos que serão fornecidos à unidade funcional contexto deste estudo, que permitirão aos enfermeiros de família adequar e dirigir melhor as suas práticas, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e a satisfação dos idosos e das famílias com os mesmos.

Por sua vez, este trabalho poderá sensibilizar os enfermeiros de família para a importância de avaliar a funcionalidade familiar e a independência funcional, que são importantes para o conhecimento da dinâmica familiar, podendo ter repercussões na vida do idoso e no processo de envelhecimento. Estas avaliações poderão ser o ponto de partida para as intervenções de enfermagem e o desenvolver estratégias com o idoso e família para o equilíbrio do sistema familiar, uma vez que a intervenção precoce potencia a promoção, a autonomia e a funcionalidade familiar.

Como sugestão final recomenda-se que futuros estudos possam investigar a funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas, bem como o apoio de algumas instituições no terreno a estas famílias.

6.3. Proposta de intervenção

A partir dos principais achados e conclusões deste estudo foram elaboradas as seguintes propostas de intervenção: i) reunião com a equipa multidisciplinar da USF 3 Rios, para apresentação dos resultados; ii) formação em serviço sobre funcionalidade familiar, dirigida às equipas de enfermagem das unidades funcionais do ACeS; iii) elaboração de um manual de procedimentos para avaliação inicial das famílias, incentivando a documentar as escalas e introduzindo aspetos mais específicos da enfermagem de saúde familiar; iv) incentivar a priorização das consultas de enfermagem de vigilância familiar nos domicílios; v) reuniões periódicas para elucidar e consciencializar para a promoção da saúde familiar.

Sugere-se uma atualização do sistema de informação no programa de saúde familiar otimização da escala de APGAR e da escala de atividades instrumentais da vida diária.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O relatório de estágio possibilitou dar respostas aos objetivos delineados anteriormente. A elaboração do relatório permitiu a reflexão acerca das competências do enfermeiro de saúde familiar desenvolvidas na USF 3 Rios. Foi realizada uma caraterização do local de estágio e uma análise critico-reflexiva das competências desenvolvidas, demonstrando algumas limitações e pontos positivos do estágio.

Com o estágio adquiriu-se e desenvolveu-se competências do enfermeiro especialista em saúde familiar, desenvolvimento de boas práticas do enfermeiro especialista de saúde familiar, num contexto de equipa de saúde familiar, com um orientador especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Apesar de ter vários anos de experiência nos cuidados de saúde primários, este estágio permitiu o desenvolvimento de novas competências, nomeadamente, no processo familiar, e como obter ganhos em saúde para a família e utente. Refletindo sobre todas as competências desenvolvidas, tendo em conta a teoria de Patrícia Benner, poderei afirmar que me encontro no nível de perito na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

No que concerne ao estudo empírico, procedeu-se à apresentação de todos os passos metodológicos que guiaram a realização do estudo, apresentaram-se e discutiram-se os principais resultados e obtiveram-se um conjunto de conclusões, a partir dos objetivos do estudo que se delinearam à partida. O estudo permitiu obter um perfil sociodemográfico dos idosos da amostra, avaliar a funcionalidade familiar do idoso e o grau de dependência nas ABVD e nas AIVD, bem como identificar as relações entre estas variáveis.

Este trabalho fortalece o papel crucial do enfermeiro de família na prestação de cuidados especializados à família idosa e alerta para a importância de avaliar a funcionalidade familiar, de forma a contribuir para os cuidados especializados com vista à excelência.

Este trabalho demonstra ser vantajoso porque a informação nele contida pode traduzir-se na melhoria da identificação dos focos de atenção de enfermagem familiar no âmbito da funcionalidade familiar, utilizando a escala de APGAR e, por conseguinte, na identificação de diagnósticos de enfermagem e na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Não consegue transcrever tudo o que se aprendeu, as reflexões que teve, a complexidade e amplitude dos conhecimentos do trabalho realizado, ao longo de meses,

os ganhos em saúde das famílias. Na opinião da autora este trabalho poderia ter sido mais compensador, se não tivesse sido realizado em plena pandemia.

Em suma, consideram-se atingidos os objetivos propostos inicialmente para este relatório.

REFERÊNCIAS BILBLIOGRÁFICAS

Arango, D., Cardona, Á., Cardona, A., Rodríguez, D., & Agudelo-Cifuentes, M. (2019). Felicidade como indutor de funcionalidade em três cidades da Colômbia. Hacia la Promoción de la Salud., 24(1), 97-11. http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00097.pdf

Bellato, R., Araújo, L., Dolina, Janderléia, V., Musquim, C., & Corrêa, G. (2016). Experência familiar de cuidado na situação crônica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50, 81-88. https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300012

Berlezi, E., Farias, A., Dallazen, F., Oliveira, K., Pillatt, A., & Fortes, C. (2016). Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19(4), 643-652. https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150156

Brito, L., Lopes, A., Oliveira, A., Reis, L., & Oinhos, J. (2019). Grau de dependência e funcionalidade familiar do idoso. Revista Kairós Gerontologia. 22(1), 447-461. https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p447-461

Campos, A., Rezende, G., Efigênia, F., Vargas, A., & Gonçalves, L. (2017). Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. Acta Paulista Enfermagem, 30(4), 358-367. https://doi.org/10.1590/1982-0194201700053

Centro Internacional sobre o Envelhecimento. (2018, Janeiro 24). A velhice já não começa aos 65 anos. https://cenie.eu/pt/noticias/velhice-ja-nao-comeca-aos-65-anos

Concelho Internacional de Enfermeiros. (2016, Maio 12). Enfermeiros: Uma força para a mudança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8885/cievf_site.pdf

Decreto-Lei nº73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I série, n.º 118/2017. https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/107541409/details/normal?q=lei+usf+2017

Dias, E., Stutz, B., Resende, T., Batista, N., & Sene, S. (2014). Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. Revista Psicopedagogia, 31(94), 44-55. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/v31n94/06.pdf

Elias, H., Marzola, T., Molina, N., Assunção, L., Rodrigues, L., & Tavares, D. (2018). Relação entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar de idosos. Revista

Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 21(5), 582-590. https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081

Entidade Reguladora da Saúde. (2020, Novembro). Consentimento Informado. https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/#

Entidade Reguladora da Saúde. (2020, Novembro, 20). Consentimento informado. https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequente/faq /consentimento-informado/

Ferreira, Y., Santos, L., Brito, T., Rezende, F., Neto, L., Osório, N., & Nunes, D. (2019). Funcionalidade Familiar e sua relação com fatores biopsicossociais. Humanidades e Inovação. 6(11), 158-166. https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1582

Figueiredo, M., Grau, C., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M., & Charepe, Z. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. In M. Figueiredo (Ed.), Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (pp. 55-60). Loures: Lusociência. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31852/1/2012_Transferibilidade%20do%20conhecimento%20em%20enf%20Família55-60.pdf

Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. (1st ed.). Lusodidacta

Gabinete de atendimento à família. (2021). Violência contra a pessoa idosa. https://www.gaf.pt/pt/recursos/violencia/idosos

Gomes, I. (2017). Dor Crónica, Funcionalidade Familiar e Solidão, em Idosos acompanhados em Consulta da Dor. [Master's thesis, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/5807

Gomes, I., & Pinheira, V. (2017). Dor Crónica, Funcionalidade Familiar e Solidão, em idosos acompanhados em Consulta da Dor [Master's thesis, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. file:///C:/Users/wrt%20pnf/Desktop/trabalho/biblio%2027jan/229-1010-1PB.pdf

Gonçalves, L., Costa, M., Martins, M., Nassar, S., & Zunino, R. (2019). Redalyc.A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19(3),telas 01-09. https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300003

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia, 1(9), 9–10.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Destaque. p.1. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y

Ivania, V., Lucchese, R., Nakatani, A., Sadoyama, G., Bachion, M., & Vila, V. (2015). Fatores Associados À Disfuncionalidade Familiar Em Idosos Não Institucionalizados. Texto & Contexto Enfermagem. 24(2), 494-504. https://doi.org/10.1590/0104-07072015001602014

Junior, E., Silva, I., Vilela , A., & Silva, M. (2016). Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. Cadernos Saúde Coletiva. 24(4), 404-412. https://doi.org/10.1590/1414-462X201600040229

Leite, M., Castioni, D., Kirchner, R., & Hildebrandt, L. (2015). Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. Revista eletrónica trimestral de Enfermería. 14(37), 12-21. https://doi.org/10.6018/eglobal.14.1.196461

Lima, S., Esteves, R., Teixeira, L., Ribeiro, F., & Clarisse, M. (2020). Perfil da saúde dos idosos: importância do suporte social e da funcionalidade. In H. Pereira., S. Monteiro., G. Esgalhado., A. Cunha., & I. L (Eds.), Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 609-617). Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7583/1/13CongNacSaude609.pdf

Lins,A., Rosas, C., & Neri,a. (2018). Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 21(3), 341-352. https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170177

Lopes, G., & Santos, M. (2015). Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 18(1). 71-83. https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013

Maia, C., Castro, F., Fonseca, A., & Fernández, M. (2016). A Funcionalidade Como Determinante Do Envelhecimento Ativo. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(2), 229-235. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.666

Marôco, J. (2018). Análise estatística com o SPSS statistics. (7nd ed). ReportNumber.

Martins, M., Monteiro, C., Martinho, J., Guerra, M., & Schoeller, S. (2019, Dezembro 04). Família e dependência no idoso – Que desafio para o Enfermeiro de Reabilitação?. Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. https://www.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202015/Posteres/18%20-%20Fam%C3%ADlia%20e%20Depend%C3%AAncia%20no%20Idoso.pdf

Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em idosos: prevalência e determinantes. Gestão E Desenvolvimento, (23), 107-123. https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2015.274

Marzola, T., Molina, N., Assunção, L., Tavares, D., & Rodrigues, L. R. (2020). A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. 8(1), 78-86. https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4440

Mata, T. (2020). Atividade física, independência funcional e desempenho cognitivo: Um estudo descritivo e correlacional em clientes idosos alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny].Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/32854

Mayorga-Muñoz, C., Gallardo-Peralta, L., & Galvez-Nieto, J. (2019). Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. Revista Médica de Chile, 147(10), 1283-1290. http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283

Novais, M., Araújo, C., Bôas, S., Prates, R., Pinto, D., & Reis, L. (2016). Avaliação de indicadores de desempenho funcional de idosos longevos residentes em domicílio. Archives of Health Sciences., 23(3), 67-72. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680110p

Oliveira, N., Souza, É., Luchesi, B., Inouye, K., & Pavarini, S. (2017). Estresse e otimismo de idosos cuidadores de idosos que residem com crianças. Revista Brasileira de Enfermagem., 70(4), 697-703. https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0088

Oliveira, W., & Silva, T. (2020). Centro-dia para idosos e análise do APGAR familiar dos usuários sobre a funcionalidade do seu sistema familiar: um relato de experiência. Revista Kairós Gerontologia. 23(2), 201-216. http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p201-216

OMS. (2021, Abril 1). Cuidados de Saúde Primários. https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care

ONU News. (2019, Junho 17). População mundial deve ter mais 2 bilhões de pessoas nos próximos 30 anos. https://news.un.org/pt/tags/envelhecimento

Orlandi, A., Brigola, A., Ottaviani, A., Luchesi, B., Souza, É., Moura, F., Zacarin, J., Terassi, M., Oliveira, N., & Pavarini, S. (2019). Idosos cuidadores de idosos: fragilidade, solidão e sintomas depressivos. Revista Brasileira de Enfermagem. 72(2), 95-103. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0137

Pereira, M., & Roncon, J. (2009). Relacionamento familiar em pessoas idosas: Adaptação do Índice de Relações Familiares (IFR). Psicologia, Saúde & Doenças. 11(1), 41-53. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100004

Perseguino, M., Horta, A., & Ribeiro, C. (2017). The family in face of the elderly's reality of living alone. Revista Brasileira de Enfermagem. 70(2), 251-257. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398

PORDATA. (2019, Novembro 25). População residente com 16 a 64 anos e 65 a 89 anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%). https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%c3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266

Priberam. (2020, Abril 22). Coabitar. https://dicionario,priberam.org/coabitar

Prodanov, C., & De Freitas, E. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. (2nd ed). Feevale.

Rabelo, D., & Neri, A. (2015). Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 18(3), 507-519. https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120

Regulamento nº367/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: IIª série, n.º 124. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf

Reis, L., & Trad, L. (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. Psicologia: teoria e prática. 17(3), 28-41. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398

RHV. (2020, Março 15). USF 3 Rios. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10003/1132271/Pages/default.aspx

Rosa , A., Machado , J., & Bos, Â. (2020). Suporte familiar de nonagenários e centenários durante a atual pandemia de covid. Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano. 17(2), 146. https://doi.org/10.5335/rbceh.v17i2.11875

Saavedra-González, A., Rangel-Torres, S., García-de León, Á., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y., & Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Atención Familiar. 23(1), 24-28. https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6

Silva, A. (2016). Fatores associados a funcionalidade familiar de idosos na estratégia saúde da família. [Master's thesis, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional Universidade Federal do Ceará. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21905/1/2016_dis_aasilva.pdf

Smilkstein, G., Ashworth, G., & Montano, D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. The Journal of family practice, 15(2), 303–311. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7097168/

Sousa, Sofia. (2021, Agosto). A importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa- função do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23664/ago-2021.pdf

Souza, A., Pelegrini, T., Ribeiro, J., Pereira, D., & Mendes, M. (2015). Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis. Revista Brasileira de Enfermagem., 68(6), 864-873. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i

Vera , I., Lucchese, R., Nakatani, A., Sadoyama, G., Bachion, M., & Vila, S. (2015). Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. [Master's thesis, Universidade Federal de Goiás]. Texto & Contexto Enfermagem. https://doi.org/10.1590/0104-07072015001602014

Vera, I., Lucchese, R., Munari, D., & Nakatani, A. (2014). Índex APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. Revista Eletrônica De Enfermagem, 16(1), 199–210. https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514

Vilelas, J. (2020). Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. (3nd ed). Sílabo

APÊNDICES

APÊNDICE I- MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota:____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota:____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peco-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota:____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:
Relógio ____
Lápis_____

Nota:____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota:____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.
Pega com a mão direita____
Dobra ao meio ____
Coloca onde deve____

Nota:____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.
Fechou os olhos____

Nota:____

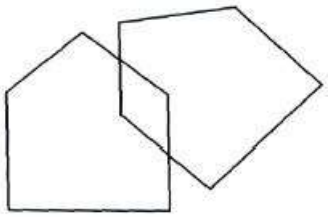
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:____

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:____

TOTAL(Máximo 30 pontos):____

Considera-se com defeito cognitivo:	• analfabetos ≤ 15 pontos • 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 • com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

APÊNDICE II- FORMULÁRIO

Formulário

Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar

Parte I – Caraterísticas sociodemográficas

1. Sexo: Masculino ☐ (1)
Feminino ☐ (2)

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil:
Casado ☐ (1)
Solteiro ☐ (2)
Viúvo ☐ (3)
Divorciado ☐ (4)

4. Escolaridade:
Sem escolaridade ☐ (1)
Sabe ler e escrever ☐ (2)
1° ciclo de ensino básico (4ª classe) ☐ (3)
2° ciclo do ensino básico (ensino preparatório) ☐ (4)
3° ciclo do ensino básico (9° ano) ☐ (5)
Ensino secundário (12° ano) ☐ (6)
Ensino superior ☐ (7)

5. Coabitação:
Sozinho (a) ☐ (1)
Conjugue ☐ (2)
Filho(s) ☐ (3)
Netos ☐ (4)
Pais ou sogros ☐ (5)
Irmãos ou cunhados ☐ (6)
Amigos ☐ (7)

Parte II – Avaliação da funcionalidade familia

APGAR Familiar de Smilkstein, existente no MDAIF (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar) da Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo 2012			
	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha familia, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha familia discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.			
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida.			
4 – Estou satisfeito com o modo como a minha familia manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha familia			
Total			
7 - 10 pontos- Familia altamente funcional 4 - 6 pontos- Familia com moderada disfunção 0 - 3 pontos- Familia com disfunção acentuada			

Parte III- Avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD)

Indice de Barthel (Mahoney&Barthel, 1965; Sequeira, 2007) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)			
Item	**ABVD**	**Cotação**	
1. Alimentação	Independente	10	
	Necessita de ajuda	5	
	Dependente	0	
2. Banho	Independente	5	
	Dependente	0	
3. Controlo intestinal	Independente	10	
	Incontinência involuntária ocasional	5	
	Incontinente fecal	0	
4. Uso da casa de banho	Independente	10	
	Necessita de ajuda	5	
	Dependente	0	
5. Transferência da cadeira - cama	Independente	15	
	Necessita de ajuda mínima	10	
	Necessita de grande ajuda	5	
	Dependente	0	
6. Vestir	Independente	10	
	Necessita de ajuda	5	
	Dependente	0	
7. Higiene corporal	Independente	5	
	Dependente	0	
8. Controlo vesical	Independente	10	
	Incontinência urinária ocasiona	5	
	Incontinente ou algaliado	0	
9. Subir escadas	Independente	10	
	Necessita de ajuda	5	
	Dependente	0	
10. Deambulação	Independente	15	
	Necessita de ajuda	10	
	Ind. c/ cadeira de rodas	5	
	Dependente	0	
			Total
independente 90-100 ligeiramente dependente 60-85 moderadamente dependente 40-55 severamente dependente 20-35 dependente 0-20			

Parte IV- Avaliação das atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Índice de Lawton (Lawton- Brody,1969), versão apresentada por Sequeira (2007)
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Item	AVID	Cotação	
1. Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2	
	Só faz tarefas leves	3	
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5	
2. Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	
	Só lava pequenas peças	2	
	É incapaz de lavar a roupa	3	
3. Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2	
	Prepara pratos pré-cozinhados	3	
	Incapaz de preparar refeições	4	
4. Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	
	Só faz pequenas compras	2	
	Faz as compras acompanhado	3	
	É incapaz de ir às compras	4	
5. Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1	
	Só liga para lugares familiares	2	
	Necessita de ajuda para o usar	3	
	Incapaz de usar o telefone	4	
6. Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1	
	Só anda de táxi	2	
	Necessita de acompanhamento	3	
	Incapaz de usar o transporte	4	
7. Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1	
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2	
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3	
8. Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1	
	Necessita que lhe preparem a medicação	2	
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3	
		Total	

Severamente dependente 21-30
Moderadamente dependente 9-20
Independente 0-8

APÊNDICE III- AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO AO DIRETOR DO ACES TÂMEGA II VALE SOUSA

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral: avaliar a perceção do idoso acompanhado pela equipa de enfermagem no domicílio sobre a funcionalidade familiar e analisar a relação entre os aspetos sociodemográficos e o grau de dependência atividades básicas da vida diária e o grau de dependência atividades instrumentais vida diária

Metodologia: observacional, descritivo-correlacional e transversal de natureza quantitativa
População alvo: díade família/ idosos acompanhados no domicilio da USF 3 Rios.
Critérios de inclusão: Famílias inscritas na USF 3 Rios; famílias com pelo menos um membro com idade igual ou superior a 65 anos. A dimensão estimada da amostra é 60 idosos.
Método de recolha dados: Formulário em anexo.

Descrição do que consiste em a colaboração do ACeS: Parecer favorável para a realização do estudo aplicado a idosos USF 3 Rios.

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 Tâmega II - Vale sousa Sul.

Data: 21 setembro de 2020

Assinatura:

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

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável ☒ **Não Favorável** ☐

Data: 29/9/2020

Assinaturas:

DIRETOR EXECUTIVO

ACeS Tâmega II - Vale sousa Sul

Nada a opor á sua realização,

(ccccccccccc)

APÊNDICE IV- PARECER COMISSÃO DE ÉTICA

ARSN - s_2020_09103_2020-12-08

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | 40 | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Por E-mail

Exmo./a Senhor/a
Diretor
ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul
Travessa Rua Marquês do Pombal
4560-682 Penafiel

Sua referência	Data	Nossa referência	Data
		CE/2020/4	2020-12-08

Assunto: Parecer sobre o Estudo 20200097

Junto se envia o Parecer sobre o Estudo 20200097 "Perceção do idoso sobre funcionalidade familiar"

Com os melhores cumprimentos de,

Presidente do Conselho Diretivo

c=PT,o=Administração Regional de Saúde do Norte IP,cn=Carlos Alberto de Jesus Nunes, 2020.12.08 19:53:42 +00:00

Carlos Nunes
Presidente do CD

Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 - Porto

Tel: 220411000
Fax: 220041005

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

Página 1 de 1

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

☐ COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☒ PARECER DATA: 2020-11-04

REFERÊNCIA: CE/2020/3

PARA .....: CONSELHO DIRETIVO

DE .....: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ..: emissão de parecer

PARECER Nº X

Sobre o estudo "Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar"

A - RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do estudo "Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar", a pedido de Maria Fernanda Queirós da Mota, estudante da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Escola Superior de Saúde, sob orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho, com o objetivo de analisar a relação entre os aspetos sociodemográficos, o grau de dependência nas atividades básicas da vida diária, o grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária e a perceção do idoso, acompanhado pela equipa de enfermagem no domicílio, sobre a funcionalidade familiar
A.2. Trata-se de um estudo observacional transversal
A.3. Envolve um conjunto de idosos da USF 3 Rios, ACES Tâmega II Vale Sousa Sul, que obtenham consulta de enfermagem no domicílio entre outubro a novembro de 2020, num ttal previsto de 60 participantes.
A.4. Os idosos serão submetidos a entrevista estruturada com formulário de colheita de dados, incluindo questões sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, coabitação), a avaliação da funcionalidade familiar (APGAR familiar), a avaliação das atividades básicas da vida diária (Índice de Barthel) e a avaliação atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton).
A.5. Os dados serão recolhidos anonimizados, sem elementos de identificação nominal.

B - Identificação das questões com eventuais implicações éticas

B.1. Reconhece-se relevância ao estudo e interesse nos resultados esperados.
B.2. Os dados recolhidos são adequados à dimensão em estudo.
B.3. Não há intervenção direta sobre doentes, suscetível de poder colocar os participantes em risco.
B.4. Os dados serão tratados de forma lícita, preservando a confidencialidade e a anonimização dos participantes.
B.5. Os dados serão tratados por profissionais competentes e mantidos anónimos para efeitos de investigação.
B.6. A legitimidade para a recolha e tratamento dos dados é dada pelo consentimento informado na forma escrita.

C - Conclusão

EXARADO NA ATA Nº 2020_48
REUNIÃO DE 2020-11-19

DELIBERADO AUTORIZAR
2020-11-19

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Cosme

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

Ponciano Oliveira
Vogal do CD

Aprovado na reunião de 3 Novembro2020. Ao Conselho Directivo para os devidos efeitos
2020-11-11

Alberto Hespanhol
Presidente da Comissão de Ética

Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO
Tel: 220411000
Fax: 220041005
arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

C.1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

Paulo Santos
Professor Doutor

Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO
Tel: 220411000
Fax: 220041005
arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

APÊNDICE V- CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia[1] e a Convenção de Oviedo[2]

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:

Título do estudo: Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar.

Enquadramento: Este estudo será desenvolvido na USF 3 Rios do Aces Tâmega II Vale de Sousa Sul, no âmbito do estágio do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde familiar Familiar da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Escola Superior de Saúde (UTAD-ESS), em consórcio com a Universidade de Aveiro e com o Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho.

Explicação do estudo: O estudo que se pretende realizar através deste trabalho é um estudo quantitativo, do tipo observacional e transversal com amostragem não probabilística: Amostra por conveniência. Tem como objetivo geral analisar a relação entre os aspetos sociodemográficos e o grau de dependência nas atividades básicas da vida diária, o grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária e a perceção do idoso acompanhado pela equipa de enfermagem no domicílio sobre a funcionalidade familiar. Será aplicado um formulário constituído em quatro partes: Caraterísticas sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, coabitação); Avaliação da funcionaliade familiar; Avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD); Avaliação atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). O enfermeiro de família aplicara o formulário no domicílio num único momento com duração aproximada de 10 minutos durante os meses de outubro e novembro de 2020. Não haverá lugar a gravações (áudio ou vídeo) no estudo.

Condições e financiamento: Não há pagamento de deslocações ou outras contrapartidas. Todos os custos relacionados com o estudo serão suportados pelo investigador. O estudo tem caráter voluntário da participação e é garantida a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde de ARS Norte.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. O anonimato é garantido (não se procederá ao registo de dados de identificação), garantindo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Agradeço a sua colaboração

Maria Fernanda Queirós da Mota, enfermeira, aluna do 6º Mestrado em Enfermagem Familiar da UTAD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Escola Superior de Saúde com contato telefónico 916985722 e endereço eletrónico mfqmota@arsnorte.min-saude.pt.

Assinatura: ……

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

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 investigador.

Nome: ……

Assinatura: …… Data: ……/……/……..

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

[1] http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

[2] http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf