

APRENDER A CUIDAR DE FAMILIAS NA TRANSIÇÃO PARA ELABORAR LUTOS E PERDAS

Learning how to care for families in transition to mourning
and loss

FÁTIMA MOREIRA RODRIGUES | Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Doutora em Ciências de educação, Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar mrodrigues@esel.pt

RESUMO: Aprender a cuidar de famílias a viver processos de perdas e lutos requer a compreensão das características do sistema familiar que afetam o processo de luto, assim como a perceção de que cada pessoa e cada membro da família difere na expressão do seu luto (Delalibera, Presa, Coelho, Barbosa & Franco, 2015).

Descreve um estudo com abordagem qualitativa sobre as aprendizagens dos estudantes do último semestre do curso de licenciatura em enfermagem para cuidar das famílias a viver transições de perda e luto.

A amostra, obtida por bola de neve, é constituída por 42 participantes sendo 46 % estudantes, 27% docentes e 27% enfermeiros tutores. A recolha de informação foi obtida por entrevista semiestruturada, sendo posteriormente submetida a análise de conteúdo.

Os participantes consideram que há falta de preparação para cuidar das famílias como cliente dos cuidados. As aprendizagens e os contextos da prática clínica nem sempre são promotores de experiências significativas para que os estudantes aprendam a avaliar as necessidades da família a viver processos de perda e a acompanhá-la na elaboração do luto.

Os estudantes tendem a centrar-se na pessoa doente, ignorando as necessidades da família e não a integrando no processo de cuidar.

Aprender a cuidar de famílias é uma área que urge desenvolver na enfermagem. Os enfermeiros consideram que estamos numa fase inicial no que se refere a cuidar das famílias como cliente de cuidados.

Palavras-chave: Aprender, cuidar, enfermagem, famílias; luto.

ABSTRACT: Learning how to care for families to experience loss and grief processes requires an understanding of the characteristics of the family system that affect the grieving process, as well as the perception that each person and each family member differs in the expression of their grief (Delalibera, Presa, Coelho, Barbosa & Franco, 2015).

Describes a study with a qualitative approach on the learning of students in the last semester of the nursing degree course to care for families experiencing transitions of loss and grief.

The sample, obtained by snowball, consists of 42 participants, 46% students, 27% teachers and 27% nurse tutors. The collection of information was obtained through semi-structured interviews, which were subsequently submitted to content analysis.

Participants consider that there is a lack of preparation to take care of families as a care client. The learning and contexts of clinical practice are not always promoters of significant experiences so that students learn to assess the needs of the family to live loss processes and to accompany them in the elaboration of mourning.

Students tend to focus on the sick person, ignoring the family's needs and not integrating it into the care process.

Learning to care for families is an area that needs to be developed in nursing. Nurses consider that we are in an initial phase when it comes to taking care of families as a care client.

Keywords: Learning, caring, nursing, families; mourning.

INTRODUÇÃO

Em termos comparativos pouca investigação tem sido realizada sobre as experiências das famílias a viver processos de fim de vida e a influencia no modo de elaboração do luto, que deverá ser uma reação natural e esperada à perda de um ente querido, como referem Delalibera, et al. (2015). Mas também pouca investigação tem sido produzida sobre o modo como se aprende a cuidar das famílias a elaborar o luto, quer este decorra na fase antecipatória quer na pós-morte.

Apesar de não ser recente a discussão sobre a necessidade de desenvolver competências para cuidar de famílias em processo de elaboração de luto é desejável clarificar que não há uma única definição de competência e de acordo com a perspetiva de Lima (2005: 371) o conceito pode ser perspetivado numa tripla abordagem “Uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados observados ou obtidos e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados”.

As competências para cuidar das famílias diferem em função do modo como estas são abordadas pela enfermagem, segundo Hanson (2005: 8) “a enfermagem de família pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como sistema, ou a família como uma componente da sociedade”. De acordo com o tipo de abordagem são requeridas competências diferentes.

As famílias a viverem transições de perdas e elaboração de lutos têm as necessidades e as prioridades alteradas, sendo necessário caracterizá-las,

validá-las, ajudar na resolução das dificuldades, na mobilização de recursos e na adaptação ao processo (Walsh & McGoldrick, 1998).

Nem todos os membros da família vivem de modo idêntico esta transição, podendo haver familiares em diferentes etapas do processo de luto ou alheados da realidade, procurando diferentes estratégias, antes de aceitar o inevitável. Em vivências mais complexas a enfermagem tem um papel importante ao ajudar a suavizar barreiras emocionais, que levam à desconfiança, falta de harmonia ou desequilíbrio. “Uma forma de atenuar a situação é promover o envolvimento no cuidar do doente, facilitar o contacto, promover manifestações de carinho e vontade de serem úteis” (Astudillo, Mendinueta & Astudillo, 2002: 42). Esta ideia é reforçada por Sapeta e Lopes (2007: 52) que consideram necessário “envolver a família no processo, colocando-a igualmente como alvo de cuidados, o que é muito representativo para o doente”.

APRENDER A
CUIDAR DE
FAMILIAS NA
TRANSIÇÃO PARA
ELABORAR LUTOS
E PERDAS

Esta transição familiar requer especial atenção na formação dos enfermeiros e o desenvolvimento de competências que facilitem a comunicação entre os enfermeiros e as famílias e promovam o diálogo intrafamiliar.

OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivos:

Identificar as competências a desenvolver pelos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) para cuidar de famílias a elaborar processos de luto.

Caraterizar as dificuldades dos estudantes do CLE na aprendizagem para cuidar das famílias a elaborar processos de luto.

METODOLOGIA

Para responder à questão: Que competências adquirir para cuidar da família a viver processo de perda e luto? Foi realizado um estudo observacional descritivo, com metodologia qualitativa. O material empírico foi recolhido através de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio MP3. Como recomenda Turato (2010: 340) “o que deixa o entrevistador livre para prestar toda a atenção ao entrevistado”. O uso deste dispositivo permite registar a comunicação digital e aspetos da analógica, como entoações de voz, risos e formas de falar do entrevistado, sendo posteriormente o material transcrito e sujeito a análise de conteúdo, baseado nas orientações de Bardin (2016) e de Torato (2010).

Utilizou-se neste estudo a análise temática para tratamento de dados. Esta modalidade de análise de conteúdo relaciona-se com a afirmação referente a um determinado tema ou assunto, abarcando um conjunto de relações e podendo ser representada por meio de uma palavra, frase ou até resumo. No aspeto operacional, a análise temática foi estruturada em três

fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos materiais obtidos e interpretação (Bardin, 2016).

As entrevistas que ocorreram após agendamento prévio, depois de validar com o convidado a intenção de participar, decorreram em sala reservada para o efeito, nas instalações de uma escola de enfermagem em gabinete privado. Estas foram transcritas de forma integral, seguindo-se a comparação do transcrito com a gravação de forma a garantir a fiabilidade do 'corpus da análise', seguiu-se a 'leitura flutuante' dos relatos transcritos e a elaboração de mapa dos temas e categorias emergentes, de acordo com as orientações de Bardin (2016), tendo por base esta sequência: primeiro a formação da unidade de contexto através da leitura por sistematização. Posteriormente a formação da unidade de registo, feita com escolha de frases que se agrupam de acordo com o significado. Esta operação teve os seguintes procedimentos: recorte e escolha de material; enumeração; classificação e agregação. As categorias e as unidades de contexto foram formuladas de acordo com os seguintes princípios, como refere Bardin (2016), exclusão mútua, homogeneidade, objetividade, pertinência ou adequação, exaustão e produtividade, tendo emergido para este tema três categorias.

As entrevistas relativas a esta temática tiveram a duração média de 20 minutos. A amostra obtida por bola de neve, começou pelos estudantes que se voluntariaram, sendo-lhe sugerido que indicassem um professor e um tutor que tivesse contribuído para esta aprendizagem. A amostra constituída por 44 entrevistados, pretendia triangular a opinião de três grupos de participantes: 20 estudantes do último semestre do CLE, 12 docentes de uma escola de enfermagem da região sul do país e 12 enfermeiros supervisores clínicos dos quais 50% orientam ensinamentos clínicos em contexto hospitalar e os restantes em cuidados de saúde primários.

A problemática de investigação foi estudada por uma triangulação de atores, porém nem sempre é claro o significado de triangulação, resultante do uso metafórico da palavra, que representa um conceito direto no seu quadro inicial de referência da geometria e carrega uma ambiguidade sistemática quando transferido para o reino dos métodos de pesquisas. A triangulação tem emergido ora como um processo cumulativo de validação ou com o significado de produzir uma imagem mais completa do fenómeno investigado. Afonso (2005) considera que a triangulação pode tornar um plano de investigação mais sólido, podendo este referir-se à combinação de pontos de vista, métodos e materiais empíricos que, no seu conjunto, constituem uma estratégia adequada para acrescentar rigor, amplitude, profundidade. A complexidade deste fenómeno, o pluralismo das abordagens e a ambiguidade da comunicação é incontornável, mas "a utilização da triangulação permite enfrentar este problema, controlando a validade dos significados expressos nas narrativas, descrições e interpretações do investigador" (Afonso, 2005: 73). Há vários tipos de triangulação: de metodologias, de teorias, de investigadores e de dados, suportamo-nos neste último ao mobilizar diferentes fontes de informação para o mesmo estudo, de modo a poder identificar significados complementares ou alternativos que

expliquem melhor a complexidade do fenómeno em estudo, que ficaria incompleto se só interpelássemos um grupo de intervenientes, preferindo conhecer a opinião dos que aprendem, dos que ensinam e dos que praticam a enfermagem.

Foram considerados os procedimentos éticos adequados, tendo por referência a declaração de Helsínquia que rege a pesquisa com seres humanos. De acordo com o design da investigação, depois de aprovado o projeto, foi solicitado o pedido de autorização à instituição onde decorreu o estudo, uma escola de enfermagem, que obteve parecer favorável.

Foi solicitado o consentimento livre e informado aos participantes e a autorização para gravar as suas falas. Previamente clarificou-se que poderiam desistir em qualquer momento do processo de recolha e tratamento da informação. Depois de transcritas as entrevistas foram devolvidas em formato word aos participantes para validarem o conteúdo e reafirmarem o consentimento do uso da sua narrativa. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos participantes, como recomendam Almeida & Freire (2003: 217), esta condição deve ser previamente acautelada e particularmente nas situações em que o investigador pode ter alguma ascendência sobre os sujeitos em estudo. "(...) Podemos ilustrar esta situação quando o investigador recorre aos trabalhadores da sua empresa, aos estudantes da sua universidade, ou aos sujeitos internados na sua clínica". Tivemos em conta as considerações de Turato (2010) ao salientar que é melhor não entrevistar os nossos clientes, porém se tal não pode ser evitado, devem ser encorajados a dizer o que pensam, e não ser corrigidos se disserem algo que o entrevistador discorde ou considere errado.

Para manter o anonimato dos conteúdos expressos por cada participante, as unidades de registo foram escritas em itálico, acrescidas dos códigos E1, E2, E3, En para os estudantes; D1, D2, D3, Dn, para os docentes e T1; T2, T3, Tn, para os tutores do ensino clínico. Deste modo foi assinalado a proveniência da unidade de registo, sem permitir identificar qualquer dos entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora, após uma fase de pré teste em que foram realizadas três entrevistas, uma a cada grupo da amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise do material empírico emergiram três categorias.

A primeira relativa ao modo de abordagem das famílias, podendo a família ser perspectivada como contexto dos cuidados ou percebida como cliente dos cuidados.

A segunda relativa às competências que consideram desejáveis adquirir e desenvolver para cuidar da família em processo de elaboração do luto.

Por fim salientam as dificuldades em desenvolver competências durante o CLE, podendo estas provir de dificuldade no relacionamento com os

familiares, por privilegiar os cuidados centrados na pessoa doente em detrimento da abordagem familiar, ou por falta de preparação para cuidar da família, como sintetiza o quadro 1.

Categorias	Subcategorias
1.Abordagem das famílias.	1.a) Família como contexto dos cuidados.
	1.b) Família como cliente dos cuidados.
2.Competências para cuidar da família.	
3.Dificuldade em desenvolver competências para cuidar das famílias	3.a) Dificuldade em estabelecer a relação com a família.
	3.b) Foco no doente e não na família.
	3.c) Falta de preparação para cuidar da família.

Quadro 1. Competências para cuidar de famílias a viver processos de fim de vida

Na abordagem das famílias os participantes diferenciam dois níveis de cuidar, o primeiro a “família como contexto”, sendo o foco na pessoa doente e o outro a “família como cliente” que precisa de ser cuidada numa transição em que está a aprender a lidar com o sofrimento, a perda e a elaboração do luto antecipatório ou pós-morte.

A família é entendida como contexto, quando se pretende que esta cuide da pessoa doente, seja parceira nos cuidados, solicite esclarecimentos ou forneça informação sobre a pessoa doente. “Esta abordagem centra-se na avaliação e nos cuidados a um cliente individual, na qual a família é o contexto dos cuidados sendo o foco o indivíduo e a família é colocada em segundo plano” (Hanson, 2005: 10).

Sendo a família entendida como contexto dos cuidados ao familiar doente o nível mais básico, os estudantes consideram que nem sempre é bem conseguida esta abordagem, por vários motivos que incluem os constrangimentos e rotinas dos serviços de saúde, a falta de incentivo e de acolhimento ou pelo afastamento da família do processo de fim de vida do familiar.

«No hospital a família deve ser um parceiro, mas dado o afastamento e o espaço físico, nem sempre é possível acolhê-la» (Estudante 13.27).

«Incluir a família como cuidadores? Isso depende dos serviços, não são todos iguais, por isso as experiências que temos e as competências que adquirimos variam muito» (Estudante 9.12).

«Devíamos estar mais atentos e saber integrar a família nos cuidados, porque, muitas vezes, com medo de nos confrontar com os nossos medos e receios, afastamo-nos da família» (Estudante 3.16).

Tal como os estudantes, os profissionais diferenciam o cuidar focado na pessoa que pertence a uma família, do cuidar dirigido a uma família que

sofre com a doença. A família é perspectivada pelos profissionais como contexto dos cuidados, quando mobilizada para prestar cuidados ao doente.

«A família é que vai dar continuidade aos cuidados, vai estar sempre presente. Cada vez mais, com as altas precoces, as famílias têm de ser implicadas desde o primeiro momento, o que nem sempre acontece» (Docente 5.41).

«Os alunos só abordam a família quando precisam de elementos para o histórico de enfermagem. (...) a intenção de abordar a família não é só colher dados. A intenção é de cuidar da pessoa e da família» (Docente 3.63).

Cuidar de família como cliente de cuidados é referido pelos enfermeiros tutores como uma área pouco investida nos serviços de saúde, considerando que estamos numa fase inicial, mas que é necessário, cada vez mais, envolver as famílias no processo de cuidados.

«Ainda estamos um bocadinho primitivos nesta questão do cuidar da família. (Tutor 5.44).

Cuidar da família que está stressada, sobrecarregada, não conseguimos» (Tutor 12.25).

«Isto de cuidar da família, todos dizem que cuidam. Mas não é bem assim. Todos fazemos coisas à família ou dizemos coisas à família. Ou baralhamos a família com tanta informação. Mas será que cuidamos verdadeiramente de uma família?» (Tutor 11.51).

Cuidar das famílias enlutadas continua a ser uma área um pouco descurada, apesar de todos os intervenientes reconhecerem essa necessidade. A Ordem dos Enfermeiros (2011) há muito tempo que considera a adaptação e a reconstituição como atividades que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade e as suas funções habituais, o que pode ser facilitado com a ação da enfermagem, o que também é considerado por alguns estudantes.

«Um enfermeiro de cuidados gerais vai lidar com a morte, não é só um especialista, não é? A meu ver, em qualquer situação, acho que devíamos ter mais qualquer coisa para ser capaz de lidar com a família» (Estudante 2.31).

«É fundamental para o licenciado ter as noções básicas do que é cuidar a família a viver processos de fim de vida» (Enfermeiro 5.41).

Estudantes e profissionais expressam alguma inquietude relativamente à preparação dos licenciados para cuidar destas famílias, dado a complexidade das situações, nem sempre há especialistas ou profissionais treinados para as cuidar. Contudo os docentes consideram que não deve ser exigido ao licenciado um nível de competências que requeira lidar com situações complexas, sendo esta uma competência do enfermeiro especialista.

«Nos estágios vão treinando a família como contexto e não uma enfermagem centrada na família, isso é uma área da especialidade, se não, não faria sentido haver uma especialidade de enfermagem de família» (Docente 8.24).

«A família vista como contexto e como recurso seria abordada no CLE, a família vista como sistema e como cliente seria para outro ciclo de formação» (Docente 7.35).

A distinção entre os diferentes níveis de conhecimentos e aptidões que os enfermeiros precisam adquirir para exercer uma prática de cuidados gerais ou uma prática especializada, não é um assunto novo. Há várias décadas que o tema está em análise. Em 1984 Wright e Leahey, citadas por Hanson (2005) propunham um leque de conhecimentos e competências básicas para os enfermeiros generalistas e uma formação avançada em enfermagem de família, para os que desejam progredir nesta área.

As competências consideradas mais relevantes, neste estudo, para cuidar de famílias em processo de elaboração de luto incluem os aspectos relacionais, afetivos, éticos, cognitivos, reflexivos e de cooperação. Contudo os participantes referem-se a estes domínios de competências como desejáveis e não como adquiridas. O tipo de competência mais salientada foi a necessidade de desenvolver competências relacionais.

«Continuamos a precisar de desenvolver competências relacionais para lidar com o fim de vida e com as famílias. Porque com a família os aspectos técnicos e instrumentais não vão servir de nada. Com a família temos que desenvolver as competências relacionais e eu acho que essas continuam a faltar» (Estudante 4.33).

«Cuidar da pessoa em fim de vida e da sua família implica desenvolver competências ligadas à comunicação e à relação terapêutica» (Estudante 6.48).

«Acho que é necessário desenvolver todos aqueles aspectos da comunicação que nós falamos, mas nem sempre treinamos: a congruência, a autenticidade, a verdade, o estar a dizer uma coisa e a sentir outra não faz sentido» (Estudante 20.51).

Como refere Barbosa (2016) uma abordagem centrada na relação empática para atender aos sentimentos e significados da família, comunica respeito e atenção positiva e permanece congruente em todo o processo, reconhecendo que os enlutados tomam decisões que determinam o seu percurso de vida, sendo papel dos profissionais empoderá-los a fazer as melhores escolhas consoante os seus valores e necessidades.

Alguns estudantes compreendem que não se aprende na licenciatura o necessário para o bom desempenho profissional, mas alinhados pelo espírito da declaração de Bolonha, consideram que tem um percurso centrado na autoformação ao longo da vida.

«Outra competência que foi importante, para mim, foi o saber pesquisar e procurar o que não sei. O auto formar-me» (Estudante 19.45).

«O curso deixou-nos muito desportos e mostrou-nos os caminhos e agora nós é que temos que os percorrer» (Estudante 1.14).

Como foi referido as principais dificuldades em desenvolver competências centram-se em três aspetos: o estabelecer a relação com a família; o focar-se no doente e não na família e falta de preparação para as cuidar.

Nas dificuldades em estabelecer a relação com a família consideram que cuidar da família é mais difícil que cuidar do doente, requer treino e habilidades relacionais e reconhecem essa secundarização, sendo o foco de atenção a pessoa doente.

«Normalmente quando temos uma família com um dos elementos doente, a nossa atenção, até porque o tempo é mínimo, vai para o doente. E a família que está a viver um processo de fim de vida também está muito fragilizada, mas não têm apoio nenhum» (Tutor 8.29).

«Os alunos não atendem à família, estão muito fixados naquela situação e no utente. Cada vez mais predomina o paradigma do modelo biomédico e tenho muita pena que assim seja» (Tutor 5.31).

«É um processo normal na evolução do estudante, começar no doente e depois pouco a pouco ir chegando a diferentes níveis de conhecimento e intervenção na família» (Tutor 6.52).

Apesar da literatura e das boas práticas evidenciarem a necessidade de se dar atenção à família esta abordagem é muitas vezes descurada, centrando-se no cuidar da pessoa doente, como referem as narrativas.

«Estamos focados no doente e não na família dele que também está a sofrer» (Estudante 10. 27).

«Eu acho que a nossa aprendizagem é muito centrada na pessoa, na família não, de todo!» (Estudante 7.28).

«O cuidar da família ainda é uma área muito deficiente na enfermagem e que normalmente os enfermeiros evitam, e os alunos não têm bons exemplos» (Docente 5.42).

A secundarização da família no processo de cuidar parece estar relacionado com os deficits na abordagem da enfermagem de família, quer nas componentes teórica, investigativa ou na prática.

«Uma das dificuldades que eu constatei na minha monografia foi encontrar bibliografia sobre o cuidar da família e em muita bibliografia diz precisamente que faltam estudos sobre as intervenções à família» (Estudante 4.15).

«Considero que é difícil ser capaz de cuidar da família. Somos alertados na Escola para a família, mas depois na prática não há tempo; é tudo a correr» (Estudante 10.26).

A doença de um membro da família é também uma doença familiar, como salienta Barbosa (2016), todos sentem os efeitos do sofrimento e da dor, por isso, para a equipe o doente e a família constituem a unidade a cuidar. É necessário ajudar tanto a família, quanto o doente a perceber que a doença pode não desequilibrar totalmente o lar, nem os privar de momentos de lazer e de descanso. É necessário aprender a apoiar a família durante a fase de doença, ajudando a que se adapte e se transforme de forma gradual, preparando a ausência do familiar. Em alguns processos de preparação para a morte é adequado os profissionais ajudarem a família na elaboração do luto, isto é, reconhecer a perda, dar significado à separação, recolher e (re) vivenciar as experiências com a pessoa perdida, abandonar ou desligar de relações antigas, reajustar-se a uma nova situação, reinvestir energia em novas relações (Kovács, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se investigar o modo como aprendem os estudantes de enfermagem a cuidar pessoas e famílias a viverem processos de finitude, e se durante o curso de licenciatura desenvolvem um cuidar holístico. Para tal optou-se por uma abordagem qualitativa, entrevistando estudantes e profissionais envolvidos no processo formativo. Neste estudo naturalista descritivo, o confiar em diversas percepções da mesma realidade, envolvendo a triangulação de diferentes informadores e suas interpretações da realidade, permitiu uma análise e interpretação dos dados empíricos mais confiável do que centrar a pesquisa apenas na opinião dos estudantes no final da licenciatura.

Os dados do estudo apontam para que tanto a preparação teórica na escola, como a experiência na prática clínica nem sempre conferem as melhores experiências pedagógicas, para os estudantes aprenderem a cuidar de famílias.

Os enfermeiros consideram que não sendo atribuído ao estudante da licenciatura, no ensino clínico, a responsabilidade de escutar e cuidar da família, pelo que habitualmente não percecionam as dificuldades sentidas, não as expressam, nem solicitam ajuda.

Os professores salientam que cuidar de famílias a viver percursos de finitude é complexo, sendo necessário uma formação especializada e de segundo nível.

Como recomenda a Unidade de Missão para os CSP “a competência dos enfermeiros para o trabalho com as famílias, exige um conhecimento aprofundado das famílias e da interação entre os diversos elementos da família e que deve ser integrado nos planos de formação em enfermagem” (Ministério da Saúde, 2005: 3606).

A este propósito, salienta Figueiredo (2011), a maior parte dos enfermeiros desenvolve a sua atividade no contexto hospitalar, pelo que destacar a área de atuação do enfermeiro de saúde familiar na comunidade exclui desta demonstração de competências especializada um número elevado de enfermeiros.

Os estudantes que desenvolvem os seus ensinamentos clínicos preferencialmente em contexto hospitalar, nem sempre têm modelos de referência do que é ser enfermeiro de família. Limitam-se nos ensinamentos clínicos a contactar com a família, para dar ou para solicitar informação sobre o doente.

Os participantes refletem sobre o tipo de abordagem da família considerando que esta pode ser contexto ou cliente de cuidados e para cuidar de famílias a viver processos de transição ligadas ao luto devem ser assistidas por enfermeiros especialistas. Mas na prática clínica partir de tal pressuposto não é securizante, nem sempre estão disponíveis na equipa enfermeiros especialistas, sendo competências do generalista fazer a apreciação da família, conhecer a sua história, recursos, crenças e valores, estilo de vida, modo de comunicar, capacidade de tomar decisões, podendo constituir um recurso fundamental para as apoiar nas suas escolhas e ajudar a reforçarem-se em momentos de transição, crise, luto ou perdas, o que poderá constituir momentos de crescimento e gratificação familiar. Mas para que tal aconteça é necessária investigação, formação e divulgação de exemplos de boas práticas de enfermagem de família (Figueiredo, 2011).

Há vários fatores que contribuem para o deficit da enfermagem de família, Hanson (2005) refere, entre outros, a abordagem eclética da avaliação da família em vez de utilizar modelos específicos de modo a serem mais sistemáticos e completos. As escolas ensinam melhor a avaliação das famílias do que as estratégias de intervenção, o que explica estes cuidados estarem num estágio precoce de desenvolvimento. Por outro lado, a prática baseada na evidência ainda escasseia, visto que a investigação na área da enfermagem de família é parca.

A morte perturba o equilíbrio familiar e os padrões de interação. “O processo de recuperação envolve um realinhamento das relações e a redistribuição dos papéis necessários para compensar a perda e prosseguir com a vida familiar. Promover a coesão e a flexibilidade familiar é crucial para a sua estabilização” (Walsh & McGoldrick, 1998: 37). A enfermagem ao cuidar da família ajuda a aceitar a morte de modo a não temer, nem acumular angústia ao confrontar-se com a perda inevitável. Contribui para “a aprendizagem do desinvestimento afetivo necessário para que se possa elaborar o desligamento e a separação que estão por advir. É um tempo precioso e ao mesmo tempo delicado da resignação, que se bem elaborada propicia maior harmonia consigo mesmo” (Oliveira, Voltarelli, Santos & Mastropietro, 2005: 65).

Os familiares dos doentes em fim de vida estão sujeitos a situações de tensão que afetam o seu padrão habitual de resposta e o seu equilíbrio instável. A reação da família depende da forma como diferentes fatores afetam

a unidade familiar, a capacidade de adaptação e de resiliência que cada família tem para manter a estabilidade interna e dos apoios proporcionados. Meleis (2010) acrescenta que o processo de transição pode ser inibido ou facilitado consoante a influência de diferentes fatores como significados, crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, recursos comunitários e sociais, que a enfermagem pode providenciar.

Importa distinguir na apreciação das famílias que as estratégias de intervenção podem ser operacionalizadas em torno de três níveis de intervenção: universal, seletiva ou indicada, de acordo com a avaliação dos múltiplos fatores associados (Barbosa, 2016). O processo de elaboração de luto está eivado de mitos e preconceitos, como refere o autor, considerando-se que o tempo, só por si, é um fator curador, sendo desnecessária a intervenção dos enfermeiros e de outros profissionais. “O luto faz-se necessariamente com o tempo, mas depende também do que se faz com esse tempo: sem cuidados adequados pode piorar” (Barbosa, 2016: 121).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AFONSO, N. (2005). *Investigação naturalista em investigação: Um guia prático e crítico*. Porto: ASA Editores SA.

ALMEIDA, L. S. & FREIRE, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.

ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. & ASTUDILLO, E. (2002). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. (4ª ed.). Pamplona: EUNSA, Ediciones Universidade de Navarra, S. A.

BARBOSA, A. (2016). *Fazer o luto*. Lisboa Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade e Lisboa.

BARDIN, L. (2016). *Análise de conteúdo*. S. Paulo: Edições 70.

DELALIBERA, M., PRESA J., COELHO, A, BARBOSA A. & FRANCO, M. H. (2015). A dinâmica familiar no processo de luto: Revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):1119-1134. DOI: 10.1590/1413-81232015204.09562014

FIGUEIREDO, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Loures: Lusociência.

HANSON, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

KOVÁCS, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468. Disponível on line no site: <http://www.scielo.br/paideia>

LIMA, V. V. (2005). Competência: Distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação Saúde, Educação*, 9 (17), 369-379.

MELEIS, A. I. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005). Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Decreto-Lei n. 88/2005. *Diário da República I Série-A*, nº. 107. Publicado a 3 de junho de 2005, pp. 3602-3610.

OLIVEIRA, E. A., VOLTARELLI, J. C., SANTOS, M. A. & MASTROPIETRO, A. P. (2005). Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. *Revista*

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 38(1), 63-68 Disponível on line no site: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/10>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Regulamento nº 126/2011. Diário da República, 2ª série, nº 35. Publicado a 18 de fevereiro de 2011. p. 8660-8661.

SAPETA, A. P. & LOPES, M. (2006). Cuidar em fim de vida: Fatores que interferem no processo de interação enfermeiro- doente. Revista Referencia. II série (4), 35-60.

TURATO, E. R. (2010). Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. (4ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

WALSH, F. & MCGOLDRICK, M. (1998). Morte na família: Sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed

APRENDER A
CUIDAR DE
FAMILIAS NA
TRANSIÇÃO PARA
ELABORAR LUTOS
E PERDAS