



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem Comunitária

FAMÍLIAS COM CRIANÇAS DE RISCO
CUIDAR DA FAMÍLIA

MARIA DE FÁTIMA BARATA CUNHA DOS SANTOS

LISBOA

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem Comunitária

FAMÍLIAS COM CRIANÇAS DE RISCO

CUIDAR DA FAMÍLIA

**Parentalidade como um processo em construção
permanente**

MARIA DE FÁTIMA BARATA CUNHA DOS SANTOS

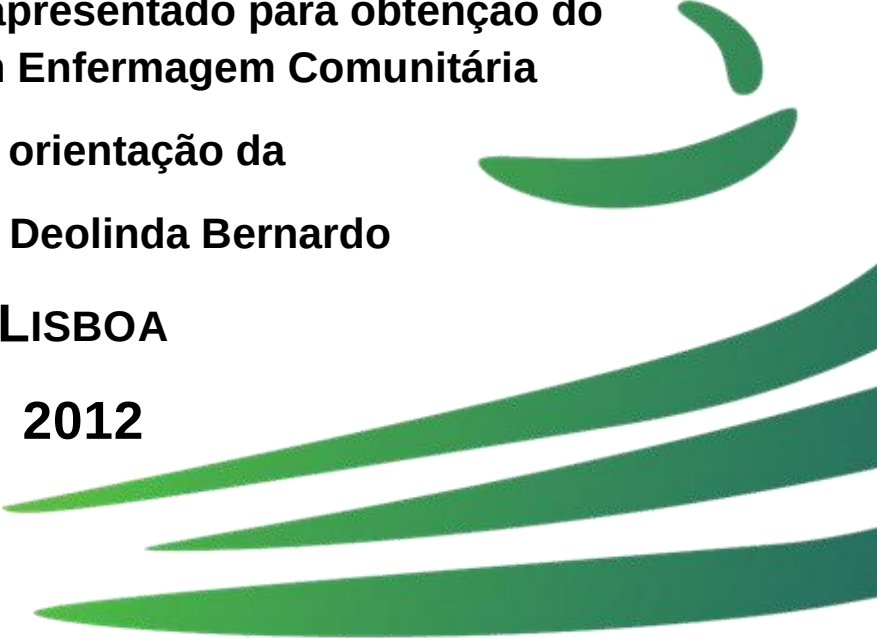
**Relatório de estágio apresentado para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem Comunitária**

Sob a orientação da

Professora Deolinda Bernardo

LISBOA

2012



“Toda a doutrina social que visa destruir a família é má, e para mais inaplicável. Quando se decompõe uma sociedade, o que se acha como resíduo final não é o indivíduo mas sim a família.”

Victor Hugo

Agradecimentos

Expresso a minha gratidão

À minha família, da qual me orgulho pertencer

Ao meu marido pelo apoio incondicional que sempre me deu nas minhas escolhas

Aos meus filhos, por me terem apoiado nos momentos mais difíceis

À minha irmã pelo incentivo, partilha, compreensão e confiança

Aos meus Pais, os arquitetos desta da pessoa que sou hoje

Aos meus Avós, que embora já não possam assistir, são os responsáveis por tudo o que fui, sou e serei

Aos meus amigos por se lembrarem de mim depois de longos silêncios

Aos meus colegas de curso pelo seu companheirismo, pela sua amizade e cumplicidade em todos os momentos bons que passamos

À instituição de saúde onde desempenho funções e a todos com quem trabalho

À minha orientadora pelo seu interesse no tema do meu trabalho, pela aprendizagem que me possibilitou, pela sua paciência e por acreditar em mim, nos momentos em que eu achava que tudo estava perdido....

A todos que direta ou indiretamente me apoiaram para conseguir concretizar este projeto.

Um obrigado sincero...

RESUMO

Algumas famílias e mais especificamente as que têm crianças pequenas, atravessam crises e momentos de instabilidade familiar, para os quais não estão preparadas. O projeto de intervenção comunitária “Famílias com Crianças de Risco - Cuidar da Família”, tem como objetivo melhorar os cuidados de enfermagem prestados às famílias com crianças em risco, para as tornar autónomas. Foi elaborado e executado seguindo o Planeamento em Saúde e como referencial teórico o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Realizou-se numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Lisboa, com as famílias com crianças de risco, sinalizadas pelo Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens de Risco.

Para o diagnóstico utilizou-se a entrevista, onde se recorreu às conversas terapêuticas com perguntas lineares e circulares. Os problemas encontrados foram: papéis e funções pouco definidas, competências e habilidades reduzidas para exercer as funções da parentalidade, comunicação familiar diminuída e manutenção do lar prejudicada. Priorizados os problemas pela comparação por pares, surge o diagnóstico de enfermagem de ***“Paternidade ou maternidade prejudicada, manifestada pela incapacidade do cuidador primário, neste caso a mãe em criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança, relacionada com poucas competências e habilidades para exercer uma parentalidade positiva”***. Como estratégia de intervenção optou-se pelas sessões de educação para a saúde, para oferecer aos pais informações sobre o desenvolvimento e a socialização dos filhos e a educação parental, capacitando-os para uma paternidade saudável.

Concluiu-se que as famílias desejam informações e apoio dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, tendo no final adquirido mais conhecimentos no domínio cognitivo e no treino de habilidades dos pais com os filhos. Este projeto serviu também para mostrar aos enfermeiros que ainda há muito a fazer dentro da prevenção primária com as famílias com crianças de risco.

PALAVRAS-CHAVE:

Família; crianças de risco; planeamento em saúde; enfermagem comunitária; parentalidade

ABSTRACT

Some families and more specifically those with small children go through crises and moments of family instability, for which they are not prepared. The community intervention project "Risk Families with Children - Family Care," aims to improve the nursing care provided to families with children at risk for becoming autonomous. It was developed and implemented following the Health Planning and the theoretical model Calgary Family Assessment and Intervention. We carried out a Health Care Unit Design from Lisbon, with families with children at risk, marked by the Center for Support of Children and Youth Risk. For diagnosis we used the interview, using questions to therapeutic conversations with linear and circular. The problems found were: undefined roles and functions, skills and abilities reduced to perform the duties of parenting, family communication reduced and affected home maintenance. Prioritized problems by pair-wise comparison, appears the nursing diagnosis of "Paternity or maternity affected, manifested by the inability of the primary caregiver, in this case the mother to establish, maintain or regain an environment that promotes optimal growth and development of children, related with few skills and abilities to exert a positive parenting. As an intervention strategy was chosen by the education sessions for health, to provide parents information about the development and socialization of children and parental education, preparing them for a healthy parenting. It was concluded that families want information and support from specialist nurses in community health, and in the end gained more knowledge in cognitive and skills training for parents with children. This project also served to show the nurses that there is still much to do in the primary prevention with families with children at risk.

KEY-WORD:

Family, children at risk, health planning, community nursing, parenting

Lista de siglas e abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

CSP- Cuidados de Saúde Primários

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCAIF – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF – Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SINUS – Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Lista de Figuras

Figura 1 – Diagrama ramificado do MCAF (Wright & Leahey, 2002, 66)

Índice

INTRODUÇÃO.....	10
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	13
1.1 Justificação da problemática	13
1.2 Caraterização do local da intervenção	15
1.3 População Alvo da Intervenção.....	16
1.4 Questões Éticas	17
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1 As Famílias.....	18
2.2 O ciclo vital da família	20
2.3 Famílias com filhos pequenos - a Parentalidade.....	21
2.4 Famílias de risco	23
2.5 Tipos de risco.....	24
2.6 Enfermagem de família	25
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 Referencial teórico - o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar	28
3.2 O Planeamento em Saúde	32
3.2.1 Diagnóstico da situação.....	33
3.2.2 Técnicas e procedimentos de recolha de dados	34
3.2.3 Análise e discussão dos dados recolhidos	36
3.2.4 Problemas identificados.....	41
3.2.5 Determinação das prioridades	41
3.2.6 Diagnósticos de enfermagem	42
3.2.7 Fixação de Objetivos.....	43
3.2.8 Seleção das estratégias.....	44
3.2.9 Preparação operacional – Programação das estratégias	45
3.2.10 Avaliação das intervenções	46
3.2.11 Limitações do Projeto.....	47
4 Conclusões.....	49
4.1 Sugestões.....	50
BIBLIOGRAFIA	52
Anexos	56

Anexo 1- Figura 1 – Diagrama ramificado.....	57
Apêndices.....	59
Apêndice 1 – Cronograma	60
Apêndice 2 – Consentimento Informado	62
Apêndice 3 – Guião da entrevista.....	64
Apêndice 4 – Entrevista Família 1.....	68
Apêndice 5 – Entrevista Família 2.....	78
Apêndice 6 – Genograma Família 1	85
Apêndice 7 – Genograma Família 2	87
Apêndice 8 – Guia de Observação Família 1.....	89
Apêndice 9 – Guia de Observação Família 2.....	91
Apêndice 10 – Tabela 1 – Problemas de enfermagem identificados nas famílias e as categorias de avaliação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar	114
Apêndice 11 – Tabela de priorização de problemas.....	117
Apêndice 12 - Sessões de Educação sobre Parentalidade.....	97
Apêndice 13 - Questionário de Avaliação dirigido às Famílias que participaram nas Sessões de Educação sobre Parentalidade	133

INTRODUÇÃO

A Enfermagem Comunitária desenvolve o seu trabalho na Comunidade, baseando a sua prática na assistência a famílias, grupos e comunidades, através da implementação de cuidados de qualidade em programas de saúde, cujo objetivo principal é a promoção da saúde, para obter mais ganhos em saúde (PORTUGAL, 2011, p.8667).

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), os enfermeiros comunitários e de saúde pública têm um papel fundamental, na capacidade de resposta às constantes mudanças nas sociedades e nas alterações das necessidades de saúde da população, de modo a contribuir para "...formar uma sociedade forte e dinâmica" (PORTUGAL, 2011, p.8667).

A base de todas as sociedades, a unidade social, considerada uma estrutura importante na sua organização é a família. A família é o local responsável pela introdução e a socialização dos indivíduos na comunidade, um importante sistema de suporte e de rede social. Mas definir família não é fácil, pois cada ciência, país, cultura e momento histórico criou um pouco a sua própria definição, dando origem a uma multiplicidade de conceitos, difícil de unir numa só definição (HANSON, 2005).

As famílias são unidades com energia e capacidade de se auto-organizarem, o espaço em que ocorrem as mudanças de comportamento dos indivíduos, pelo que deve ser também o local que o enfermeiro comunitário deve privilegiar, ajudando-os na tomada de decisão sobre a promoção da sua saúde com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e na obtenção de mais e melhor saúde, ou seja, de ganhos em saúde. Através das suas intervenções o enfermeiro comunitário ajuda as famílias a consciencializarem-se dos seus problemas e a desejarem uma alteração no seu modo de vida com vista a atingirem um equilíbrio saudável da sua família (RELVAS, 2002; ALARCÃO, 2002).

Devido à sua formação especializada o enfermeiro comunitário possui competências que lhe permite intervir

"...em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais."
(PORTUGAL, 2011, p. 8667)

ou seja, nas mais diversas culturas, ambientes e estruturas familiares.

Nos CSP o enfermeiro concebe a família como uma unidade de cuidados, integrando uma comunidade. Com o aparecimento nos CSP dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens

de Risco (NACJR) em que as equipas de trabalho integram enfermeiros surge a preocupação de intervir com famílias de risco. O cruzamento destas duas realidades pretende ser a problemática de partida deste projeto, ou seja as famílias com crianças de risco. Como objetivo principal pretende-se contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias com crianças em risco, de forma a torna-las autónomas, para recuperarem a sua estabilidade e harmonia familiar, para que se tornem uma família saudável e autónoma.

A elaboração do projeto de intervenção e do estágio seguiram a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Tavares (1990) e Imperatori e Giraldes (1982), onde são definidas várias etapas, dispostas de um modo dinâmico e contínuo, o que permite de uma forma organizada preparar e planear todo o projeto assim como as intervenções para posterior avaliação.

O estágio decorreu entre 3 de Outubro de 2011 e 17 de Fevereiro de 2012, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), de um ACES do distrito de Lisboa (Apêndice 1). Pretende-se que haja uma mudança na qualidade dos cuidados prestados num contexto comunitário (família, grupo e comunidade), utilizando estratégias específicas e adequadas para a aquisição de melhores níveis de saúde. No final ambiciona-se um enfermeiro que

“responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/ famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.” (OE, 2010, p.1).

Para a abordagem da família foi utilizado como modelo teórico o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), que permite ao enfermeiro fazer uma avaliação de todo o sistema familiar, numa perspetiva dinâmica e contínua, permitindo identificar áreas para propor à família as intervenções necessárias para obter ganhos em saúde. Quando não existe uma estrutura conceptual torna-se difícil para o enfermeiro organizar todas as informações que recolhe sobre a família e identificar o que provoca impacto na família, para sobressair o foco de atenção para as intervenções (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

O presente relatório pretende responder aos objetivos iniciais e refletir sobre todo o trabalho desenvolvido no âmbito de estágio, seguindo a seguinte estrutura:

- uma introdução, onde é feita uma breve síntese de todo o relatório de estágio;

- no primeiro capítulo é explicitado todo o Enquadramento Teórico, uma descrição da justificação da problemática, a caracterização do local da intervenção, a população alvo e algumas questões éticas que se colocam com o projeto;
- no segundo capítulo desenvolve-se o enquadramento teórico, onde são focados alguns conceitos como o de família, ciclo vital da família, as famílias com filhos pequenos, as famílias de risco, os tipos de risco e a enfermagem de família;
- no terceiro capítulo descreve-se a metodologia utilizada no projeto, sendo como referencial teórico o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e o Planeamento em Saúde e todas as fases percorridas. É feito ainda no final deste capítulo uma referência às limitações do mesmo;
- no capítulo quatro são relatadas as conclusões, realçando as implicações que este projeto provocou tanto a nível pessoal como profissional, assim como as sugestões para o futuro.

No final da elaboração deste relatório de estágio pretende-se contribuir para a aquisição de competências na área da Enfermagem de Especialização em Saúde Comunitária, podendo assim afirmar que o enfermeiro

“...adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” (OE, 2010, p.1).

de modo a tornar-se no futuro um enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública. Tal como refere Barbier (1993) o projeto não é uma representação do futuro, mas sim o futuro a fazer um amanhã, ou seja uma ideia a concretizar-se. Assim este projeto pretende ser uma semente numa equipa e um incentivo para que possa germinar e se multiplicar no futuro.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1.1 Justificação da problemática

As condições políticas e económicas que têm vindo a atingir o país e o mundo, repercutem-se em todas as sociedades e consequentemente nas suas famílias. O decréscimo do poder económico das famílias faz com que surjam cada vez mais problemas e fatores de risco, temendo-se o aparecimento de mais famílias de risco, aumentando a preocupação quando existem crianças pequenas.

São poucos os dados estatísticos para caracterizar as famílias portuguesas, referindo-se os últimos ao censo de 2011¹. A sua análise mostra que as famílias apresentam um crescimento de cerca de 11,6%. No entanto, no que se refere ao número médio de pessoas de cada família constata-se que tem vindo a diminuir progressivamente, passando de 3,1 em 1991, para 2,8 em 2001, situando-se nos 2,6 em 2011, projetando-se como causa a descida da natalidade que passou de 24,1 ‰ em 1960, para 9,5 ‰ em 2010². No entanto a população residente em Portugal cresceu cerca de 1,9% em relação a 2001, muito devido ao aumento do saldo migratório.

Os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento realizado em 2009 e referente a 2008³, mostram que a população residente em Portugal e em risco de pobreza situa-se nos 17,9%. Pode-se também verificar que o rendimento monetário líquido equivalente aos 20% da população com maiores recursos corresponde a 5,6 vezes o rendimento dos 20% da população com mais baixos recursos. Observa-se que a taxa de risco de pobreza das famílias com crianças dependentes é de 19,1%. A taxa de desemprego média de 2011 situa-se nos 12,7%, apresentando-se já no último trimestre deste ano em 14%.

Uma análise do Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, referentes a 2010⁴, permite verificar que houve um decréscimo dos processos instaurados em 1,05%, havendo no entanto um aumento na reabertura dos mesmos em 33,5%, sendo impossível determinar quais as causas para a reabertura.

¹ Dados recolhidos em

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83376992&DESTAQUE

² Dados recolhidos em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>

³ Idem

⁴ <http://criancasatortoeadireitos.wordpress.com/2011/06/29/relatorio-anual-de-avaliacao-da-actividade-das-comissoes-de-proteccao-de-criancas-e-jovens-no-ano-de-2010/>

Constata-se que 50% dos processos instaurados transitam para o ano seguinte. Lisboa é a cidade com o valor representativo global nacional de processos mais elevado e que está nos 23,3%. Estes elementos são de algum realce e dão uma visibilidade da problemática que onde este projeto pretende intervir.

Em 2007 com a criação dos NACJR em cada Centro de Saúde, é elaborado também um documento da Direção Geral da Saúde em Maio de 2007, *Crianças e Jovens em Risco – Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde*, onde são delineadas algumas diretrizes para a sua constituição e o seu funcionamento. São assim dadas “...novas responsabilidades e desafios aos serviços no sentido de preservar a segurança, promover um desenvolvimento adequado e obter mais ganhos em saúde...” (PORTUGAL, 2007, p.4). Cada instituição de saúde deve ter conhecimento dos riscos que existem nas populações que assistem e por isso “...têm responsabilidade particular na deteção precoce de factores de risco e de sinais de alarme na sinalização de situações de crianças e jovens de risco, ou em evolução para verdadeiro perigo.” (PORTUGAL, 2007, p.6). Para dar respostas adequadas a este tipo de problemas são necessários profissionais (onde se incluem os enfermeiros) sensibilizados e competentes para acompanhar e intervir com estas situações de modo a que não se transformem em situações de perigo.

Na UCSP onde o projeto se desenrolou não existem ainda dados que possam ajudar a caracterizar as famílias de risco que lhes pertencem. Foi no entanto facultado o acesso a uma listagem de crianças assinaladas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e pelas Equipas de Apoio às Famílias de Risco da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML).

Nos CSP com a sua reorganização surgiram as UCSP e as Unidades de Saúde Familiares (USF), direcionando-se os cuidados de saúde para uma política de proximidade, em que se pretende atribuir a cada família um médico e um enfermeiro. As famílias são assim uma das preocupações major dos CSP, sendo as famílias disfuncionais ou de risco as que mais preocupam os profissionais de saúde, pois são estas que se encontram em situação de desvantagem e podem originar o agravamento ou o aparecimento de doença.

São os profissionais de saúde das unidades a que os utentes pertencem que devem intervir com as famílias de risco, pois são eles e em especial os enfermeiros, aqueles com quem estabelecem relações de confiança e quem consegue intervir tanto na estrutura

familiar como no contexto em que se encontram. Dentro da equipa de saúde são os enfermeiros que têm uma relação de mais proximidade com as famílias, ao acompanhar os vários elementos que a compõem ao longo do seu desenvolvimento no ciclo de vida. As intervenções dos enfermeiros com as famílias e os seus membros têm assim como objetivo contribuir para a sua autonomia e responsabilidade de modo a poderem participar na tomada de decisão. Segundo a OE

“...o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.” (PORTUGAL, 2011, p.8667)

Ou seja, os enfermeiros são profissionais com competências para cuidar destas famílias problemáticas com vista a atingir ganhos em saúde dos seus elementos e famílias.

A problemática a que se pretende responder com este projeto é saber qual o contributo das intervenções do enfermeiro ao nível da família, mais especificamente da família com crianças de risco. Para tal foi traçado como objetivo geral contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias com crianças de risco, de modo a que estas sejam autónomas e recuperem a sua estabilidade e harmonia familiar e se tornem numa família saudável.

É esperado que os enfermeiros ajudem os indivíduos e suas famílias a melhorar, manter ou recuperar a saúde com vista a atingir uma melhor qualidade de vida pessoal, ou seja obter mais ganhos em saúde. Os cuidados de enfermagem à família desenvolvem-se ao longo do ciclo vital, com maior relevância nos processos adaptativos. O nascimento do primeiro filho é uma etapa importante no ciclo de vida da família e provoca geralmente alguma instabilidade nas famílias, onde quer que elas se encontrem e também na UCSP onde este projeto se desenvolveu.

1.2 Caraterização do local da intervenção

O projeto de intervenção comunitária realizou-se num ACES de Lisboa é constituído por vários Centros de Saúde e suas Unidades de Saúde e abrange uma área geográfica de 34,91 km² e uma densidade populacional de 5651 habitantes/Km². A UCSP onde foi realizado o projeto e o estágio abrange duas freguesias de Lisboa com uma população calculada de 38 523 habitantes em 2005, o que corresponde a uma densidade

populacional de 4 852,0 habitantes/km². Na UCSP estão inscritos cerca de 6 981 utentes (dados recolhidos a 31 de Dezembro de 2011), onde trabalham 5 médicos e 4 enfermeiros.

Na área de abrangência da UCSP existe uma parceria com a Junta de Freguesia e a SCML ao nível da prestação dos cuidados de saúde primários. Será ainda de realçar que existem nesta área de abrangência três bairros sociais, onde predominam famílias de baixos rendimentos socio económicos e baixa escolaridade.

No Plano de Atividades deste ACES está contemplado como estratégia o “melhorar da articulação dos NACJR com os médicos de família e os enfermeiros das unidades, na identificação das famílias de risco”, o que demonstra a preocupação por esta problemática. O projeto e referido estágio decorreram de 3 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012, seguindo o cronograma que se anexa (Apêndice 1). Como é um projeto com alguma limitação de tempo, tem-se de definir qual a população alvo da intervenção.

1.3 População Alvo da Intervenção

Segundo Brazelton (2006), são nos primeiros anos de vida das crianças que a família, em especial os pais, desempenham um papel de extrema importância para o desenvolvimento da criança, não só assegurando a satisfação das suas principais necessidades fisiológicas, como também ajudando na construção e no desenvolvimento da sua personalidade, ou seja da sua vinculação afetiva, para que consiga atingir a sua autonomia e tenha um crescimento harmonioso. A família é o elo fundamental para o desenvolvimento infantil nos primeiros dois anos de vida da criança (BRAZELTON, 2006). De encontro com esta afirmação de Brazelton, foi escolhido para a população do projeto de intervenção as crianças nascidas em 2009, que completam em 2011 os dois anos de vida.

Para a identificação das famílias com crianças nascidas em 2009, inscritas na UCSP, recorreu-se aos programas informáticos utilizados na unidade, que são o MedicineOne e o programa SINUS. Foram encontradas 119 famílias na população inscrita na UCSP com crianças nascidas em 2009. Após o cruzamento desta listagem com a listagem do NACJR, onde se encontram todas as famílias sinalizadas da UCSP, foram encontradas três famílias, que fazem parte da população alvo e que reúnem os critérios definidos para inclusão no projeto: estar sinalizada pela CPCJ ou pelas Equipas da SCML e por isso

constar da lista de famílias sinalizadas do NACJR e ter crianças nascidas durante o ano de 2009.

Como participantes neste projeto de intervenção temos as famílias e os seus membros, pelo que não devem ser esquecidos os problemas morais e éticos que se podem levantar.

1.4 Questões Éticas

Segundo Fortin (2003), quando se faz investigação aplicada aos seres humanos é necessário que sejam implementadas medidas que protejam tanto os direitos humanos, como não se infrinja a liberdade dos indivíduos que participam no projeto ou investigação. Tal como refere o Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (OE, 2009, p.21), ou seja todo o ser humano constitui um fim em si mesmo e não um meio para que outro ser humano consiga algo. Devemos respeitar, tal como é referido no Código de Ética os cinco direitos fundamentais aos seres humanos e que são (FORTIN, 2003, p. 116):

- O direito à autodeterminação;
- O direito à intimidade;
- O direito ao anonimato e à confidencialidade;
- O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo;
- O direito a um tratamento justo e leal.

Para a realização do estágio de intervenção houve todos os procedimentos burocráticos necessários por parte da direção da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e da direção do ACES onde este se realizou.

Tanto para a recolha de informações pessoais das famílias intervenientes no projeto como para as intervenções de enfermagem que se realizaram, foram solicitadas as devidas autorizações. Os membros que constituem as famílias intervenientes foram devidamente informados sobre os objetivos do projeto e sobre todos os procedimentos subsequentes, assim como a obrigatoriedade de manter o anonimato da família e a opção de poderem desistir em qualquer altura do projeto, tendo sido mostrada disponibilidade para a colocação de dúvidas. As famílias que anuíram assinaram o devido consentimento informado que se anexa ao presente relatório (Apêndice 2).

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 As Famílias

O homem não sobrevive sozinho, necessita de viver em grupo e em sociedade, ou seja existe sempre por detrás uma família que constitui o primeiro grupo social com que o ser humano se depara, o pilar da sociedade, (CRUZ, 2005).

Antigamente o conceito de família estava associado ao núcleo familiar, ou seja a um casal que vive com os seus filhos biológicos e até com os pais. Atualmente a família é assumida de um modo mais abrangente, existe hoje uma diversidade de tipos de famílias com estruturas próprias, associadas não só às alterações nos papéis de género, mas também na diversidade de interações conjugais e nos processos de reorganização familiar. Segundo Alarcão (2002, p.37)

“a família (...) é o espaço de vivência de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... Numa trama de emoções e afectos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família.”

Todos os indivíduos pertencem a uma família, mesmo que não a conheçam. Por isso o conceito de família tem uma multiplicidade de definições. Não se pode falar em família mas sim em famílias, pois só deste modo se abrange toda uma diversidade de famílias que existem, sem qualquer juízo de valores sobre cada uma delas. Para Relvas (2002, p.31) “a história da família tem assim um princípio que se não vislumbra, e um fim sem final, que não se advinha...mas está lá, contendo e orientando a vida familiar.”

É na família que são garantidas as quatro funções essenciais para a sobrevivência de qualquer ser humano e de qualquer sociedade: a sexual, a reprodutiva, a económica e a educativa, para além da função protetora e de desenvolvimento dos seus membros. É dentro da família que os seus membros experimentam muitos dos sentimentos e se adaptam à vida social, é onde se dá a sociabilização da criança, onde se transmitem os antecedentes culturais indispensáveis aos seus membros, a história e os valores da sociedade.

A família é considerada um sistema, que “é parte de um supra-sistema mais amplo e, por sua vez, é composto de muitos subsistemas” (WRIGHT e LEAHEY, 2002, p. 38). Dentro do sistema familiar existem também outros sistemas, alguns até mais amplos, como por exemplo a escola, a igreja os vizinhos, os pais, o grupo de amigos, o grupo desportivo

entre outros. A família necessita de se manter equilibrada e para isso estão em constante movimento, reorganizando-se e reequilibrando-se. Nesta perspetiva consegue-se entender que os seus limites têm de ser flexíveis e permeáveis o suficiente para a família interagir com o mundo, mas nunca perder a sua forma e por conseguinte a sua identidade.

A família pode ser considerada um sistema aberto, em que há diversos subsistemas interligados, em permanente interação e interligação entre eles e com o exterior. Segundo Sousa, (2006, p.43) “a vida familiar é um projecto, que se deseja renovável a cada desafio da vida em comum.”

Mas a família é mais que a soma das partes, ela é um todo, considerada como um sistema interativo, em que para o enfermeiro as interações entre os seus elementos são o alvo da sua atenção (WRIGHT e LEAHEY, 2002), ou seja quando um elemento da família sofre algo como por exemplo uma doença, toda a família sofre e sente com essa situação (HANSON, 2005). Como sistema é auto regulável, possuindo um dinamismo próprio que lhe concede a sua individualidade e a sua autonomia. Isto quer dizer que a família está sujeita não só a forças internas como a forças externas.

Segundo Hanson (2005, p. 7) “a saúde de um indivíduo (no *continuum* da saúde para a doença) afecta toda a função da família, e por sua vez, a função da família afecta a saúde de cada indivíduo”. É na família que o indivíduo toma decisões importantes sobre a sua saúde. Por tudo isto se denomina a família como a unidade chave da promoção de estilos de vida saudáveis, cujo objetivo primordial está na obtenção de mais e melhor saúde (OE, 2011).

Cuidar da saúde das famílias e das comunidades que as integram está no âmbito da Enfermagem Comunitária, que corresponde a cuidados prestados por enfermeiros competentes de forma continuada e global a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida em diversas comunidades, tal como diz Correia et al (2001, p.76) é a “...trabalhar com as famílias” de forma a ajudá-las a desenvolver capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções.” Mas as necessidades assim como as funções de cada família vão sofrendo mudanças, consoante o estágio em que se encontram no seu ciclo vital.

2.2 O ciclo vital da família

Foi Duvall (1977), uma socióloga, quem formulou a primeira classificação dos vários estádios do ciclo vital da família. A família possui ela própria um ciclo vital nasce, cresce amadurece e aos poucos com a dispersão dos seus membros e a morte de outros a família pode mesmo morrer. No seu ciclo se insere a fase de expansão, em que há a formação do casal e o aparecimento dos filhos, a fase da dispersão ou cisão com a saída dos filhos de casa e a fase de substituição em que os seus descendentes formam novas famílias.

Em relação ao ciclo vital da família Relvas (2002, p.16) diz que é "...uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas...", as quais são caracterizadas por etapas ou estádios. Estes diferentes estádios são caracterizados por situações de instabilidade e algum stress familiar, o que afeta todos os seus membros, provocando um reajustamento e readaptação na família, como por exemplo a entrada e saída de alguns dos seus membros (nascimento, entrada para a faculdade, morte). Todas as famílias têm um percurso, mais ou menos comum às outras famílias, que vai desde que a família nasce, provocando etapas que estão relacionadas com funções e tarefas essenciais para a sua continuidade. Existem processos de desenvolvimento e transformações, que conduzem a família a uma evolução e a mudanças com vista a cumprir cada tarefa definida para cada estadio (ALARCÃO, 2002; RELVAS; 2002).

Para Relvas (2002) fazendo alusão aos trabalhos de Munichin e Fishman, existem cinco etapas no ciclo vital da família: a formação do casal, a família com filhos pequenos, a família com filhos na escola, a família com filhos adolescentes e a família com filhos adultos.

Na família quando nasce o primeiro filho surge uma nova etapa do ciclo de vida da família e um novo subsistema, o parental. Ou seja, a família tem de se reorganizar e de redefinir os seus papéis e as suas tarefas. Não podemos dizer que há uma crise na família mas sim uma mudança, que muitas das vezes até é desejada e ambicionada pelos seus elementos.

Devido à sociedade atual e aos avanços da ciência e da tecnologia as famílias passaram a ser constituídas por três gerações, podendo-se falar em famílias multigeracionais, prevendo-se assim que as famílias tenham diversas crises e por isso a capacidade de se adaptarem às várias mudanças.

Sendo a família um sistema aberto e que está sujeito a diversas mudanças e pressões e que podem originar diversas crises, sendo muitas delas obrigatórias, pois provocam um equilíbrio dinâmico que ajuda a família a evoluir. A família tem de encontrar formas de encontrar a estabilidade desejável para que o sistema familiar se mantenha vivo. A história da família é no fundo um encadear de momentos de crise e de períodos de mudança, que provocam evolução e crises, formando assim o ciclo vital da família (RELVAS, 2002; ALARCÃO, 2002).

O primeiro momento de crise do casal é o nascimento do seu primeiro filho e entra-se numa nova etapa do ciclo vital da família. Surge nesta altura o sistema parental, que implica uma nova reorganização familiar, com o assumir de novos papéis e tarefas, surgindo não uma crise familiar, mas uma mudança familiar (RELVAS, 2002).

2.3 Famílias com filhos pequenos - a Parentalidade

Falar de famílias com crianças pequenas é falar de parentalidade, ou seja do conjunto de ações iniciadas pelos pais junto dos filhos para que estes se desenvolvam de uma forma saudável. Para Brazelton (2006) a família nasce quando nasce o primeiro filho, defendendo também que a transição para a parentalidade se faz ao longo da gravidez e que é no terceiro trimestre que o casal deve ser preparado e incentivado a partilhar as suas preocupações. Cabe aos profissionais de saúde e em especial aos enfermeiros por serem os elementos com maior proximidade e permanência com as famílias, a missão de ajudar os pais nesta tarefa difícil, reforçando as suas capacidades na sua função parental. O nascimento dos filhos é então um momento marcante no desenvolvimento familiar, com uma redistribuição de papéis e de tarefas. Os pais assumem uma total responsabilidade pelo bem-estar dos seus filhos e a sociedade tem grandes expectativas sobre o assumir destas responsabilidades. A parentalidade surge na vida da família e vai até ao fim, não existindo se quer férias nem reforma (RELVAS, 2002).

O papel da família é de extrema importância nos primeiros anos de vida de uma criança, não só como um meio para lhe satisfazer as suas necessidades biológicas, ou como um meio que lhe dá conforto e amor, mas também como um local que lhe transmite segurança e como resposta às exigências sociais da comunidade em que está inserido. Para compreendermos um indivíduo temos de o analisar inserido no contexto em que nasceu e foi criado, porque tudo o que ele é ou pode vir a ser tem o cunho da família onde cresceu.

Como refere Sousa (2006, p.42) “é a partir das interacções pais-filhos que as crianças aprendem o sentido da autoridade, a forma de negociar e de lidar com o conflito no contexto de uma relação vertical. É ainda no contexto desta interacção que se desenvolve o sentido de filiação e de pertença familiar”. Só uma boa relação entre os pais permite um crescimento saudável e um bom desenvolvimento da criança, para a criação dos vínculos parentais necessários, que conduzem a mais responsabilidades.

Quando a parentalidade está ausente ou alterada surgem implicações no desenvolvimento das crianças, tanto no aspeto físico como emocional, provocando problemas não só de saúde como até sociais. Não constitui uma tarefa fácil a de se tornar pai ou mãe, por isso Cruz (2005) refere que “a parentalidade é porventura a tarefa mais desafiante da vida adulta”. Os pais intervêm assim ao nível da promoção da saúde e do bem-estar da criança, provocando a sua ausência problemas de saúde e sociais. É a família que escolhe as primeiras relações sociais das crianças, assim como os contextos em que ocorrem, de modo a exercer as aprendizagens para o futuro.

nas consultas de enfermagem de Saúde Infantil

Nos vários programas de saúde dos CSP o papel do enfermeiro é de extrema importância na promoção das competências da parentalidade, tanto pelas informações disponibilizadas, como pelos esclarecimentos de dúvidas e pelos cuidados antecipatórios. A necessidade de apoiar as crianças com necessidades especiais ou em situação de risco, assim como os principais prestadores de cuidados às mesmas, ou seja os pais está contemplado no programa de saúde. É frisado o papel dos profissionais de saúde em que

“...O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la.” (PORTUGAL, 2005, p. 5)

É também feita uma referência à importância da visita domiciliária como um meio fundamental, especialmente “...nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco». É também frisado que devem existir “...profissionais disponíveis, motivados e competentes”, pelo que é necessário investir na formação especializada dos mesmos (PORTUGAL, 2005, p. 6).

Serve este projeto e este relatório de estágio para a tal aquisição de mais competências e de uma especialização no cuidar de famílias com crianças de risco, assim os profissionais se mostrem disponíveis e empenhados em intervir com este tipo de comunidade.

A ausência física de uma família, ou a pertença a uma família desestruturada ou disfuncional constitui um fator de risco no desenvolvimento da criança, potenciando condutas desviantes nessas crianças e jovens, que serão os futuros homens (ALARCÃO, 2002).

2.4 Famílias de risco

A sociedade em que vivemos tem feito imensos progressos nos últimos anos na área da educação e proteção social das crianças, mas mesmo assim ainda surgem imensas situações de risco que nos levam até famílias disfuncionais, que são catalogadas como famílias de risco. Os pais ou os seus representantes legais são os responsáveis pela satisfação das necessidades físicas e psicológicas dos seus filhos. Se estas estiverem comprometidas podemos dizer que estamos perante uma situação de risco.

Segundo Abreu (2003, p.23)

” o cuidar, em famílias consideradas em situação de risco, é influenciada por factores como a má distribuição de renda dos pais, o desemprego e consequente pauperização, factores estes que acabam dificultando o processo de cuidar e consequentemente o próprio desenvolvimento da criança. Os contextos ambientais, nos quais estas famílias se encontram inseridas, geram uma condição de risco premente em suas relações intrafamiliares e sociais e interferem na sua realidade social.”

Os enfermeiros e sobretudo os enfermeiros comunitários, deparam-se com muitas destas famílias em situação de risco social e pessoal, ou seja, que se encontram expostas a situações que comprometem o desenvolvimento saudável das crianças pequenas que fazem parte dessas famílias. São famílias que apresentam algumas características em comum, como o abuso do álcool, de drogas, perturbações mentais, violência e maus-tratos, desestruturação familiar. Na interação com esta família é necessário não esquecer as diferenças de valores, de cultura, de estrutura social, religiosa e até política e ainda as etnias o contexto linguístico. Tal como diz Stanhope (1999, p.545) “as famílias não são nem todas boas nem todas más”, são todas especiais e únicas.

Verifica-se que no seu perfil são famílias habitualmente chefiadas por mulheres, onde predomina o desemprego e consequentemente carências económicas. Embora estes sejam fatores que possam desencadear processos de crise na família, podem não ser

encarados como problemas para as mesmas, pois estas são capazes de encontrar soluções para resolver esses mesmos problemas (ANGELO e BOUSSO, 2001).

Concebendo a família de acordo com a teoria geral dos sistemas, nada acontece de um modo isolado e quando algo afeta um dos elementos da família, afeta todos os outros, ou seja, provoca alterações a todos os membros desse sistema. Esta teoria adapta-se à perspectiva de funcionalidade familiar, pelo que o modo como os membros da família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais.

Para uma melhor compreensão e intervenção com estas famílias são necessários enfermeiros experientes e qualificados, tal como o enfermeiro especialista em saúde comunitária que “...fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” (OE, 2010, p. 1).

2.5 Tipos de risco

Na saúde comunitária os enfermeiros utilizam alguns conceitos de epidemiologia para fundamentar e estruturar as suas intervenções com vista a promover a saúde e a evitar a doença. Um dos conceitos utilizado é o de risco, “... que se refere à probabilidade de indivíduos dentro de uma comunidade serem afetados por um problema de saúde.” (HANSON, 2005, p.378). Compete aos enfermeiros comunitários detetar esses riscos através dos dados estatísticos, rastreios e a deteção de contágios e até comportamentos de risco. Mas é difícil delimitar o risco do perigo, sendo que o primeiro é a forte probabilidade de algo vir a acontecer, ou seja de se instalar o perigo.

Segundo Martin e Ângelo (1998, p.45) “...a pobreza como meio possível de vida para um número cada vez maior de pessoas e de famílias representa, do ponto de vista da saúde, uma situação de risco pessoal e social.” Os enfermeiros sabem que perante o quadro social que lhe é dado existem pessoas e famílias que merecem da sua parte uma maior atenção e assistência, pois alguns efeitos da pobreza acarretam graves problemas de saúde.

Mas também se pode falar em crianças de risco e para Bairrão (1994, p. 40) o conceito de “criança em risco” refere-se a todas aquelas crianças que “...devido à presença de

alterações biológicas menos acentuadas, sociais e psicológicas, podem vir a actualizar ou a agravar situações que comprometem o seu desenvolvimento”.

Para minimizar esta problemática surgem as Comissões de Protecção de Menores em 1978, que eram centros de observação e de ação social dependentes do Ministério da Justiça.

Em 1989 na Assembleia Geral das Nações Unidas, foi aprovada a Convenção sobre os Direitos da Criança onde foi dada aos pais a responsabilidade de educar os filhos, dando-se assim relevância à sua proteção e atenção especial, sendo a responsabilidade da sociedade ajudar os pais.

Em 1991 as Comissões de Protecção de Crianças tornam-se entidades autónomas, envolvendo as comunidades locais.

Em 2001, com a entrada em vigor da Lei nº. 147/99, ou seja a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, as Comissões são reorganizadas e passam a designar-se por Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, reforçando o seu papel

Em Portugal também tem sido demonstrada a devida preocupação, tendo sido criada em 1978 a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco e em 2007 é aprovada a criação dos Núcleos locais de Crianças e Jovens em risco dos centros de saúde e hospitais. Mas apesar destes grandes esforços ainda persistem diversos fatores sociais como os baixos recursos económicos, o desemprego, a baixa escolaridade dos pais têm provocado um panorama educativo ainda instável e vulnerável.

Não se deve olhar para as situações de risco de um modo isolado e só pela vertente familiar, mas sim como um todo. Para Strecht (2000) as crianças de risco provêm de famílias em que se verifica um vazio de relações ou de relações sem emoção. Diz-se que uma criança está numa situação de risco quando esta está sujeita a uma atitude parental ou social que compromete ou destrói todo o normal processo de desenvolvimento e o bem-estar dessa criança. Ou seja a criança está em risco se a família é também ela de risco. Com o crescente interesse dos enfermeiros pelas famílias surge a enfermagem de família.

2.6 Enfermagem de família

Podemos dizer que a preocupação com a família no cuidar em enfermagem vem já do século XIX quando Florence Nightingale enviava cartas às famílias dos soldados feridos para lhes dar conta da situação de saúde destes.

O indivíduo existe sempre enquadrado numa família, ou seja, a instituição que para além do nome que lhe confere, lhe dá a sua identidade e o insere na sociedade da qual a família faz parte. Segundo Hanson (2005, p.411) “os enfermeiros são formados para servir indivíduos dentro do contexto familiar ou para prestar serviços a famílias como unidades.” Mediante isto o indivíduo é cuidado pelo enfermeiro como elemento de uma família, adotando nas suas intervenções uma visão holística, dentro do contexto de pessoa/família e adequando a sua atuação à especificidade dos problemas com que se depara, através de uma atividade contínua dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida.

A enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde que presta. Estudos baseados em práticas, assim como as evidências teóricas mostram o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência que a doença tem sobre a família, fazendo com que os enfermeiros coloquem os cuidados à família como algo que faz da prática de enfermagem (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

O enfermeiro comunitário é então responsável por

“...identificar as necessidades dos indivíduos/família e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.” (OE, 2010, p.1)

O enfermeiro comunitário tem como finalidade na sua prestação de cuidados a autonomia do sistema familiar, apoiando as suas intervenções numa parceria com a família, para que deste modo consiga capacitá-las tanto ao nível das competências como ao nível da autonomia. Para isso o enfermeiro terá de respeitar as suas decisões e os seus ritmos de aprendizagem de cada família e estimulando a propagação e a transmissão de modelos comportamentais e experiências de saúde, para que estas se desenvolvam e cresçam. O enfermeiro necessita auxiliar a família, permanecer ao seu lado, de forma empática, em parceria, partilhando sentimentos e fatos do dia-a-dia (CORREIA et al, 2001).

A enfermagem de família tornou-se assim uma área específica dentro da enfermagem, fazendo-se uma abordagem da família através de um pensamento sistémico, compreendendo todos os fatores que fazem parte da família (HANSON, 2005). Na enfermagem de família há uma parceria com a família, de forma a ajudá-la a encontrar soluções para os problemas identificados, que são depois incluídos no planeamento e nas intervenções realizadas com a família (WRIGHT e LEAHEY, 2002). Os objetivos da

enfermagem de família são a aquisição de competências da família que lhe permita a mudança para um comportamento saudável ao longo do seu ciclo de vida. A OMS em 2000, na Conferência de Munique introduz o conceito de enfermeiro de saúde familiar e a sua posição na equipa multidisciplinar. Por seu lado em Fevereiro de 2011 a OE aprova o regulamento das competências do Enfermeiro especialista em Saúde Familiar.

Os CSP com o enquadramento legislativo atual assumiram um modelo de saúde voltado para os cuidados de proximidade prestados tanto pelas UCSP como pelas USF'S, em que como objetivo primordial têm a manutenção e a promoção da melhoria do estado de saúde das pessoas com a integração dos contextos sociofamiliares, baseando-se na medicina geral e familiar e na enfermagem de família. O enfermeiro de família é então responsável por um conjunto de famílias, em que intervém ao nível da promoção da saúde e da prestação de cuidados, tanto no seio da família como da comunidade em que estão inseridos.

3 METODOLOGIA

Para se prestar cuidados à família como uma entidade complexa e única e tendo presente uma abordagem sistémica, deve-se adotar um modelo concetual que ajude na organização dos dados para a avaliação familiar, direcionando o foco de atenção e auxiliando no planeamento das intervenções de enfermagem. Assim como referencial teórico para este projeto adotou-se o MCAIF.

3.1 Referencial teórico - o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

O modelo adotado neste projeto foi desenvolvido por Lorraine Wright e Maureen Leahey, duas enfermeiras canadianas, que o publicaram pela primeira vez em 1984. O modelo baseia-se na teoria geral dos sistemas, na cibernética, na teoria da comunicação humana, na teoria da mudança e na biologia da cognição. Segundo estas autoras (2002, p.16) “quando não existe uma estrutura conceptual, é extremamente difícil para a enfermeira agrupar dados díspares ou examinar os relacionamentos entre variáveis múltiplas que apresentam impacto sobre a família”, ou seja, a escolha de um modelo torna-se organizador e facilitador para os enfermeiros na recolha de toda a informação sobre a família, ajudando posteriormente na preparação das suas intervenções. Os modelos conceptuais ajudam os enfermeiros a estabelecer um quadro de referências e um modo coerente de pensar sobre fenómenos de enfermagem, considerando-se fenómeno como um aspeto da saúde com relevância para a prática de enfermagem.

È nesta perspetiva que o MCAF permite identificar e avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, familiar e o supra sistema, para além de ajudar a reconhecer os recursos e os meios para os enfrentar, assim como os apoios comunitários que estão disponíveis, permitindo assim aos enfermeiros orientar a forma de intervir com a família. É um modelo que tem o foco de atenção muito menos centralizado nas pessoas e mais na interação entre os membros da família e o meio ambiente que os rodeia (WRIGHT e LEAHEY, 2002). Cada indivíduo não se limita só ao seu corpo, inclui-se tudo aquilo que o rodeia e com que interage, não se limita à família nuclear ou extensa, mas inclui também todo um conjunto de vínculos interpessoais do sujeito – família, amigos, relações de trabalho, estudo, inserção comunitária e práticas sociais.

O MCAF é um mapa da família que proporciona ao enfermeiro uma avaliação do sistema família, segundo uma perspectiva dinâmica e contínua, avaliando tanto as forças da família como os seus problemas. Cabe ao enfermeiro decidir quais as subcategorias que julga necessárias em função da família que vai avaliar e do enquadramento da situação, nunca esquecendo que o essencial é conhecer as interações entre os seus membros e o comportamento de cada um. Deve o enfermeiro ter também presente que ao fazer a avaliação não quer dizer que possua toda a verdade sobre a família, não esquecendo nunca a visão da família, pois "...cada família é exclusiva" (WRIGHT e LEAHEY, 2002, p.152).

O MCAF é uma estrutura multidimensional, constituído por três categorias principais: estrutural, desenvolvimento e funcional, subdividindo-se cada uma em outras subcategorias, tal como se representa na figura 1 em anexo. Este modelo permite através de entrevistas aplicadas às famílias realizar a sua avaliação, tendo como foco de atenção a interação entre os seus membros.

Na **categoria estrutural** pretende-se saber quem faz parte da família, quais os vínculos afetivos entre os seus membros e qual o contexto onde a família se insere. Utiliza-se aqui o genograma e o ecomapa, pois facilitam a visualização da estrutura interna e externa da família, ou seja uma visão geral da estrutura da família.

Na **categoria de desenvolvimento** onde se faz um estudo do ciclo vital da família, ou seja de todo o percurso familiar construído, onde estão os acontecimentos previsíveis, como o nascimento de um filho ou imprevisíveis, como uma doença, provocando mudanças na organização das famílias.

Na **categoria funcional** pretende-se ter conhecimento do comportamento dos indivíduos uns com os outros, ou seja o modo como os membros da família interagem com outras estruturas. No aspeto instrumental avaliam-se as atividades de vida diárias e o aspeto expressivo diz respeito à comunicação e à interação entre os seus membros

A completar o MCAF, existe o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF), que é um modelo organizado para conceber a relação das famílias com os enfermeiros, permitindo colaborar nas mudanças para promover a saúde da família e dos seus membros. É um modelo que assenta no pensamento sistémico e nas práticas da terapia familiar, tendo como ideia central que as intervenções de enfermagem com as famílias têm como objetivo promover, melhorar e apoiar o funcionamento familiar (WRIGHT e LEAHEY, 2002). Pretende ser um modelo colaborativo em que é valorizada a experiência

dos membros da família e a experiência dos enfermeiros, sobretudo na arte de entrevistar as famílias e na interseção dos conhecimentos científicos e éticos na maneira de cuidar da família, como uma unidade de cuidados.

A mudança que se pretende que ocorra numa família pode ser num ou nos seus três domínios:

- O **cognitivo**, em que o enfermeiro pode dar informações, opiniões e novas ideias;
- O **afectivo**, em que o enfermeiro pode fazer diminuir ou aumentar as emoções que por seu lado podem bloquear as tentativas que as famílias fazem para superar ou solucionar os problemas;
- O **comportamental**, em que o enfermeiro ajuda os membros que constituem a família a interagir entre si e a mudar o seu comportamento e as suas relações.

Segundo Wright e Leahey (2002, p. 152) o MCIF “...não é uma lista de intervenções de enfermagem ou de funções familiares”, podemos mesmo dizer que ele dá os meios para um equilíbrio entre o funcionamento familiar e as intervenções propostas pelo enfermeiro, o que “...ajuda a determinar o domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudanças e a intervenção mais adequada para efectuar a mudança naquele domínio”, mas “...cada família é exclusiva...” (WRIGHT e LEAHEY, 2002, p.152) por isso não existem intervenções universais, o enfermeiro tem pois de adaptar as suas intervenções consoante a família que está a intervir de modo a promover ou a facilitar a mudança desejada. Para realizar tudo isto o enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica com a família, de modo a que os seus membros consigam expressar os seus sentimentos, ideias, crenças e trocas de informações ou conhecimentos.

Uma das intervenções propostas e considerada simples e eficaz é o uso de perguntas designadas como de intervenção, usadas para provocar mudanças e onde se englobam as perguntas lineares e circulares. As primeiras pretendem explorar e investigar um problema e destinam-se a corrigir condutas ou ações. As perguntas circulares destinam-se a mudar algo, pretendem obter informações sobre o relacionamento entre os seus membros com vista a encontrar explicações para os problemas para mudar comportamentos. As perguntas de intervenção são pois um instrumento válido que facilita à família conhecer os seus problemas e juntamente com o enfermeiro encontrar soluções (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Existem outros tipos de intervenções propostas por Wright e Leahey (2002) para quando se pretende mudar o domínio cognitivo do funcionamento familiar, ou seja se deseja

alargar os horizontes daquela família, oferecendo-lhe novas ideias, informações e educação sobre determinada situação. São propostas pelas autoras as seguintes intervenções:

- Elogiar as forças das famílias e dos indivíduos que a compõem, ou seja frisar as forças das famílias e não o seu deficit
- Dar informações e opiniões, sendo as mais ambicionadas as que se referem a questões de desenvolvimento, promoção da saúde e tratamento de doenças.

Em relação às intervenções para mudar o domínio afetivo, que têm como objetivo reduzir ou aumentar as emoções intensas Wright e Leahey (2002) referem:

- Validar ou normalizar as respostas emocionais
- Incentivar as narrativas de doença
- Estimular o apoio familiar

Em relação às intervenções com vista a mudar o domínio comportamental, Wright e Leahey (2002) sugerem:

- Incentivar os membros da família a serem cuidadores
- Incentivar períodos de descanso
- Planear rituais

As intervenções do enfermeiro com a família têm como objetivo o apoio da família e dos seus membros, com o propósito de encontrar soluções alternativas, a reduzir e a aliviar o sofrimento dos seus membros.

Sendo a família um sistema dinâmico, torna-se de grande importância a consulta dos registos anteriores realizados pelos enfermeiros para a sua readaptação à realidade atual. Para Wright e Leahey (2002) os registos de enfermagem são importantes e facilitadores para a avaliação dos dados da avaliação familiar, a identificação de diagnósticos, as respostas familiares, permitindo ao enfermeiro verificar a evolução da abordagem e da mudança. Os sistemas informáticos são atualmente de grande utilidade para os profissionais de saúde pois permitem através de um processo informático único do utente para além de visualizar toda a informação sobre esse utente e sua família, consultar também todas as intervenções de todos os profissionais de saúde.

Na UCSP existe um sistema informático, designado por MedecineOne, onde é permitida uma partilha de informação entre enfermeiros e destes com os médicos de família, permitindo deste modo uma visão geral da família. Possui também algumas ferramentas, como genograma, ciclo de Duvall, Graffar modificado, entre outros, que se estiverem ativos e forem devidamente preenchidos pelos profissionais, se podem revelar indispensáveis para a avaliação das famílias e num melhor cuidar.

Existem já em Portugal algumas referências à aplicação deste modelo na prática e até na investigação. Pedro (2009) utilizou o MCAIF num trabalho de investigação realizado na Universidade do Porto, para investigar o impacto dos cuidados de enfermagem em parceria com as famílias, permitiu verificar que este constitui um modelo de grande utilidade ao se cuidar de famílias. O autor concluiu que a técnica da entrevista como instrumento de recolha de dados familiares demonstra ser o instrumento ideal para se atingir os objetivos ao se cuidar de famílias e sobretudo é uma mais-valia quando se relaciona com o atendimento de crianças.

Citando Figueiredo (2009, p.352) “para os enfermeiros decidirem quais as intervenções às quais dar resposta às necessidades das famílias em cuidados, é necessário que possam identificar, com rigor, tais necessidades, constituindo-se os referenciais teóricos como instrumentos metodológicos no desenvolvimento das práticas. (FIGUEIREDO, 2009). No seu trabalho de investigação a autora refere que o modelo teórico a adotar deve “...ser útil para a prática, promover a compreensão da reciprocidade entre os enfermeiros e famílias e servir de base à identificação das forças da família no sentido de ajustar as intervenções às suas reais necessidades e recursos.” Deste modo Figueiredo (2009) cria um novo modelo apoiado em outros modelos, que é sustentado pelo MCAIF e que denominou por Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, que foi em Dezembro de 2011, adotado pela OE como um referencial em Enfermagem de Saúde Familiar.

3.2 O Planeamento em Saúde

Na elaboração do projeto de intervenção e no relatório de estágio foi seguida a metodologia do Planeamento em Saúde, cumprindo todas as fases propostas por Tavares (1990) e por Imperatori e Giraldes (1983).

Para Imperatori e Giraldes (1983, p.6), o Planeamento da Saúde é a

“...racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem á redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos”.

Esta metodologia permite aproveitar todos os recursos que existem tanto nas famílias, como nos serviços de saúde e na comunidade, ambicionando que haja uma mudança social, tanto no comportamento das populações, como no aspeto dos comportamentos de saúde e na utilização dos serviços de saúde.

Os mesmos autores mencionam ainda que existem seis razões para se utilizar esta metodologia: para se racionalizar eficazmente os escassos recursos, para se rentabilizar as infraestruturas caras e os equipamentos polivalentes, porque é necessário intervir nas causas dos problemas e por isso definir prioridades, evitando deste modo intervenções isoladas.

O Planeamento em Saúde compreende várias etapas, que devem ser respeitadas, segundo a ordem estipulada e que são: o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos, a execução e a avaliação.

3.2.1 Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do Planeamento em Saúde, onde se procede à recolha de dados necessária para a identificação dos problemas de saúde, sobre os quais recairá a atenção e as intervenções dos enfermeiros (Tavares,1990; Imperatori e Giraldes, 1983).

Tal como diz Imperatori e Giraldes (1982, p.18) "grande parte da qualidade do diagnóstico dependerá da qualidade e quantidade da informação". Por isso a recolha de toda a informação deve ser feita de um modo exaustivo, dando importância a todos os pormenores referidos pelas famílias entrevistadas. Compete no entanto ao enfermeiro a seleção das subcategorias do MCAF a explorar, podendo optar por não avaliar alguma, por não se mostrar necessária ou de interesse para a avaliação da família entrevistada, não sendo também necessário uma ordem fixa para as perguntas a fazer à família (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

A recolha de dados decorreu entre 3 de Outubro de 2011 e 17 de Fevereiro de 2012, na UCSP e na visita domiciliar (ver cronograma em Apêndice 1).

O objetivo da coleta de dados deste projeto é fazer o levantamento e a análise dos problemas existentes nas famílias, o que levou os serviços sociais e de saúde a classificá-las como de risco e sobre os quais posteriormente o enfermeiro pretende intervir.

Stanhope (1999, p. 546) reforça ainda a ideia que “a colheita de dados é dirigida tanto à identificação das áreas problema como das forças da família.” O enfermeiro deve para além dos aspetos negativos ou menos bons da família, averiguar e explorar quais as forças ou os aspetos a desenvolver na família que podem contribuir para a mudança desejada.

3.2.2 Técnicas e procedimentos de recolha de dados

As famílias que fazem parte do projeto foram abordadas pela primeira vez numa consulta de enfermagem de Saúde Infantil, onde lhes foi explicado o objetivo do projeto e todos os procedimentos que o mesmo comportaria, procedendo-se posteriormente à assinatura do documento de consentimento informado (Apêndice 2), às famílias que anuíram em participar.

A recolha de dados iniciou-se com a consulta dos processos familiares, tanto na versão em papel, como no sistema informático utilizado pela unidade. Como instrumento principal para a recolha de informação utilizou-se a entrevista, que seguiu um guião elaborado a partir do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (Apêndice 3).

Com cada família do projeto foram realizadas duas entrevistas programadas no espaço da UCSP e uma visita domiciliária. Embora a realização das entrevistas no espaço da unidade não possa ser considerada como ideal para a realização das mesmas, por não ser um “ambiente natural” (WRIGHT e LEAHEY, 2002), foi possível garantir privacidade e um espaço agradável para estabelecer a comunicação desejável com a família, de forma a criar um ambiente empático. Participaram nas entrevistas só os familiares que se mostraram disponíveis para o projeto, mas todos os elementos da família continuaram a ser o enfoque da intervenção.

Avaliar as famílias e colocá-las a falar sobre elas mesmas é ainda um processo difícil tanto para os enfermeiros por falta de treino, como para as famílias por desconfiança e estranheza em falar sobre determinado problema familiar e da sua própria família (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

A primeira entrevista com a família foi realizada com o intuito de iniciar a construção do genograma e do ecomapa e deste modo colocar a família a pensar sobre si mesma e nas

suas dinâmicas, sentindo-se valorizada por estar a contribuir para a construção de algo sobre si mesma. Estes são instrumentos de avaliação familiar preciosos e que permitem uma percepção de toda a família, dos seus pontos fracos e fortes e dos recursos a mobilizar, permitindo visualizar uma intervenção conjunta para fortalecimento e autonomia da família.

O enfermeiro inicia a entrevista com uma folha em branco e uma caneta e ao mesmo tempo que formular as questões vai construindo com a família os seus mapas, permitindo-lhes verificar quais as informações recolhidas e desfazer as suas preocupações com as questões éticas e de anonimato. A elaboração do genograma possibilita uma representação em árvore da família, possibilitando a qualquer um e de um modo rápido recolher um grande número de informações sobre a família, facilitando uma visão global da estrutura familiar e dos modelos de funcionamento, tudo isto numa perspetiva tanto cronológica como dinâmica.

Por outro lado, o ecomapa representa uma visão geral da família, realçando relações importantes com as pessoas significativas e os recursos comunitários, os quais funcionam como rede de suporte social, permitindo deste modo identificar as ligações que provocam *stress* e os recursos familiares existentes.

Sendo a família considerada como um sistema dinâmico, esta primeira entrevista constitui um momento inicial da recolha de informações, que vão sendo atualizadas progressivamente.

A segunda entrevista realizou-se também na unidade de saúde e com a finalidade de concluir o genograma e o ecomapa (Apêndice 6 e Apêndice 7), prosseguindo com a recolha de dados segundo o guião (Apêndice 4 e Apêndice 5), tendo como objetivo o levantamento dos problemas identificados pela família e pelo enfermeiro, assim como os meios que a família tem ou os recursos comunitários com que pode contar para os resolver.

A terceira entrevista foi realizada no domicílio da família com uma visita domiciliária, favorecendo a proximidade com a família e permitindo ter uma visão “*in locu*” da dinâmica familiar e da relação desta com a comunidade em que está inserida. Como objetivo foi delineado para além de continuar a fazer o levantamento de problemas e os recursos existente, quais as intervenções propostas pelo enfermeiro e qual o domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de intervenção prioritária.

Tanto na segunda como na terceira entrevistas utilizaram-se as perguntas de intervenção para que em conjunto enfermeiro e família decidam de uma forma recíproca qual o problema a intervir assim como o modo de o fazer e o recurso a utilizar. Para esta conversação terapêutica utiliza-se as perguntas lineares e as circulares.

Nas visitas domiciliárias recorreu-se a notas reunidas num guia de observação para complementar as informações recolhidas para o diagnóstico de enfermagem, onde foi possível fazer uma observação da habitação, sobre a manutenção do lar, conhecer mais alguns membros da família que ainda não se tinha tido contato, para além de se poder observar toda a dinâmica familiar (Apêndice 8 e Apêndice 9).

3.2.3 Análise e discussão dos dados recolhidos

Para a análise das entrevistas é necessário que o enfermeiro faça uma revisão de todos os elementos recolhidos para obter uma visão geral da família, examinando o genograma e o ecomapa, permitindo deste modo fazer uma conceção da família em estudo, ou seja de toda a estrutura familiar. Para uma melhor compreensão é também necessário que o enfermeiro conheça o estadio do ciclo familiar em que a família se encontra assim como a família chegou até ele, ou seja do seu desenvolvimento.

Analisando as entrevistas efetuadas às famílias que integram o projeto de intervenção comunitária, podemos de um modo sucinto referir que em relação à **categoria estrutural**, mais propriamente à sua estrutura interna, se verifica que apenas a família 2 conserva a estrutura nuclear, considerando-se a família 1 uma família reconstruída, pois foi criada a partir da dissolução de uniões anteriores existindo a ausência da figura paterna, embora exista já um novo companheiro.

Pela análise do Censos de 2011 verifica-se que nos últimos anos as famílias monoparentais são cada vez mais frequentes, sendo na sua maioria são compostas por mães sozinhas. Seguem-se as famílias recompostas, em que existe a união de duas famílias que sofreram separação ou divórcio e onde existem filhos de pelo menos uma delas. Para Varela (2009, p. 22) a família recomposta

“... caracteriza-se por uma abundância de “pais”. Os papéis sociais ligados às posições parentais ficam de súbito repartidos por diversas pessoas. A criança já não tem apenas um pai, mas sim dois, um pai biológico e um pai social. Se os contos antigos estão cheios de histórias de madrastas, a situação contemporânea põe em evidência a presença do padrasto.”

As duas famílias são extensas ou famílias intergeracionais, onde se observam até três gerações, embora quando questionadas sobre quem consideravam ser a sua verdadeira família, ambas referem ser só a família nuclear, embora habitem todos na mesma casa. Em relação à escolaridade verifica-se que as duas famílias possuem escolaridades baixas (2º ciclo) e incompletas, não sendo valorizado pelas famílias como problema para o seu desenvolvimento familiar, embora seja considerado como um fator de risco para a sinalização das famílias de risco. Na família 1 existem vários subsistemas que apoiam a família, como a família extensa, em que duas das irmãs de PF colaboram por vezes nos cuidados à mãe. Na família 2 há algum apoio de duas das irmãs de NS, mas com a família de origem houve uma rutura na relação com os pais. Dentro da estrutura interna em relação aos limites verifica-se que existem embora estejam permeáveis e sem rigidez, ou seja as regras que definem a participação de cada elemento na vida família não se encontra bem definida, existindo por isso papéis e tarefas que são partilhadas por vários elementos da família. Na família 1 verifica-se que o novo elemento da família tem já alguma participação na educação dos menores. Observa-se em relação aos sistemas sociais que ambas as famílias têm uma rede social de apoio, onde a SCML, mais precisamente a técnica de serviço social presta ajuda às famílias não só com subsídio económico mas também apoiando a educação dos filhos permitindo a frequência da escola e da creche. A família 1 tem ainda ajuda de uma instituição religiosa e a família 2 do Banco Alimentar. Quando questionadas sobre os amigos, as duas famílias verbalizaram relações superficiais e pouco frequentes, não tendo sido dado qualquer valor significativo para a dinâmica familiar.

No que se refere ao contexto, mais propriamente à classe social, aplicou-se a escala de Graffar adaptada às famílias tendo obtido nas duas famílias o mesmo resultado, que foi de 21 pontos, que corresponde a uma família de classe social IV, demonstrando que são famílias onde predomina o desemprego e consequentemente dificuldades económicas, vivendo essencialmente de subsídios. É de realçar no entanto que as famílias verbalizam a falta de dinheiro mas não o consideram como problema signficante para a mesma. Na família 2 houve necessidade de aproximação da família externa devido a carências económicas, estando neste momento a viver as duas famílias juntas. Com a família alargada há uma divisão de despesas e de tarefas. Segundo Sousa (2006), as famílias numerosas são muitas das vezes uma estratégia para a obtenção de mais recursos

financeiros, de alguns subsídios e de uma divisão e consequentemente redução das despesas de cada família.

No que se relaciona com o contexto, mais propriamente ao ambiente envolvente do agregado familiar, pode-se constatar que ambas as famílias vivem num bairro social, com condições sanitárias satisfatórias (água potável, saneamento básico). É um bairro que fica na periferia de Lisboa, onde existem alguns fatores de risco, como a marginalidade, a criminalidade, situando-se em zona de tráfego de droga e criminalidade. Nas duas famílias verifica-se que existe pouco espaço físico para as relações entre os elementos da família alargada, o que compromete a privacidade das famílias nucleares.

Ao analisar a **categoria do desenvolvimento** das duas famílias verifica-se que o seu ciclo nem sempre seguiu um caminho favorável para o seu crescimento e desenvolvimento, houve algumas crises imprevisíveis. Na família 1 houve processos familiares interrompidos, ou seja, há separações da família nuclear, chegando até a um litígio para a atribuição do apelido familiar à filha. Também se verificou nesta família um processo de doença que provocou mesmo a mudança de papéis. Na família 2 devido a problemas financeiros tiveram de juntar duas famílias nucleares, para deste modo dividir despesas. Em ambas as famílias observa-se que existe uma partilha de papéis familiares. Na família 1 a pessoa que desempenharia as funções principais, por se encontrar limitada na sua locomoção e nas atividades de vida diária, transferiu essas tarefas para a filha que por seu lado divide com o companheiro da mãe por ser ele que contribui com algum dinheiro para as despesas familiares. Na família 2 é o elemento masculino da família nuclear que possui o papel principal, embora a sogra de NS tente ocupar esse lugar.

No que se refere ao do ciclo vital familiar, verifica-se que a família 1 está na etapa III do ciclo familiar, pois tem uma criança em idade pré-escolar, implicando algumas tarefas com as crianças que são de grande importância para o seu desenvolvimento e que estão relacionadas com a parentalidade. A família 2 em relação ao ciclo familiar encontra-se na etapa II, pois tem uma criança com menos de 3 anos. As famílias alargadas das duas famílias encontram-se na etapa V, pois apresentam filhos jovens adultos, mas que ainda não abandonaram o “ninho”.

Em relação aos vínculos observa-se que na família 1 sobressai a consanguinidade (mãe e filha), verificando-se uma certa responsabilização da filha para cuidar da mãe com alguns problemas de saúde, passando a ter um papel mais decisivo na dinâmica familiar. Pode-se observar que nesta família existem vínculos com a família externa e que são influentes

no apoio e na manutenção da estrutura familiar. Em relação à família 2 verifica-se que os vínculos são mais débeis, talvez por coabitarem há relativamente pouco tempo e os motivos terem sido essencialmente económicos.

Observou-se em ambas as famílias a dificuldade em os cuidadores principais desempenharem a sua função parental, chegando a verbalizar a sua insegurança e receio. Os vínculos pais/filhos está presente embora as tarefas se encontram afetadas por falta de competências dos pais. Como são consideradas famílias de risco temem a retirada dos filhos por mau desempenho no desenvolvimento dos seus filhos, o que aumenta ainda esta insegurança. Ao se analisar a dinâmica familiar no domicílio verificou-se que ambas as famílias possuem poucos conhecimentos em relação à parentalidade e à importância desta para o saudável desenvolvimento dos seus filhos. Observou-se também pouca interação na relação pais/filhos, remetendo só para a satisfação de necessidades básicas, menosprezando as relações afetivas.

Sobre esta falta de competências e habilidades para exercer a parentalidade Sousa (2006, p.42) diz que “em qualquer família, o modelo de parentalidade evidenciado resulta da relaboração de modelos de parentalidade construídos nas famílias de origem. O seu desenvolvimento vai-se processando a partir do estágio de evolução familiar e dos contextos vivenciais da própria família.” Há no fundo um perpetuar de conhecimentos e de valores que foram sendo construídos ao longo da história da família, englobando-se aqui o aspeto positivo e o negativo.

Na avaliação da **categoria funcional**, constata-se na família 1 que as atividades de vida diária estão essencialmente a cargo da PF e do companheiro da mãe, para além de estarem ambos também encarregues de cuidar da FF devido às limitações físicas que esta tem para o desempenho das atividades de vida diária. Verifica-se que as tarefas não estão no entanto bem definidas e devidamente organizadas, denotando-se quando se fez a visita domiciliária que a manutenção do lar estava prejudicada. Em relação à família 2 observa-se que as atividades de vida diária estão a cargo essencialmente de NS, mas algumas atividades não estão partilhadas, denotando-se no domicílio também algum prejuízo da sua manutenção. No que diz respeito à subcategoria expressiva foi possível observar em ambas as famílias que existe pouca comunicação entre os seus membros e não só emocional, não sendo partilhados alguns assuntos entre os seus membros assim como a procura de soluções para alguns problemas e dificuldades. São poucos os momentos em que as famílias se reúnem para partilhar problemas ou dificuldades.

Quando se realizou a visita domiciliária pode-se observar que o domicílio é já pequeno para as duas famílias, não permitindo alguma privacidade, do casal, o quarto é partilhado com os filhos menores, o que prejudica também a comunicação. Em relação à subcategoria solução de problemas verifica-se que na família 1 é PF e o companheiro da mãe a encontrar soluções, havendo até uma aliança entre eles, que se reflete no assumir de papéis na família por ambos numa partilha do poder familiar.

As duas famílias encontram-se sinalizadas à CPCJ como famílias com crianças de risco. Talvez por isso ambas as mães expressaram sentimentos de preocupação e até de receio que os seus filhos lhe sejam retirados. Há também por parte das duas famílias um sentimento de impotência em lidar com o seu papel de mãe e na satisfação das necessidades dos seus filhos, chegando até a verbalizar o desejo em melhorar a dinâmica familiar e em adquirir mais competências nesta área.

Mas o enfermeiro ao avaliar uma família deve também fazer a identificação das forças familiares, ou seja um levantamento dos pontos fortes que demonstram alguma disposição das famílias para a mudança e que são extremamente úteis para lidar com os problemas e assim delinear as intervenções com as famílias, sempre numa perspetiva de “pensar família”. (WRIGHT e LEAHEY, 2002). Assim verificou-se nas famílias do projeto os seguintes pontos fortes:

- * Ambas as famílias na pessoa da mãe, expressam desejo de melhorar a maternidade;
- * Apesar de não ter sido demonstrado muito afeto com os filhos, denota-se que existe algum suporte emocional e do sentimento de apego para com os filhos. Nas visitas domiciliárias conseguiu-se observar alguns momentos de demonstração de afeto dos pais para com os filhos. O modelo a que estas mães têm para copiar não terá sido o mais desejável, havendo até na família 2 uma rutura de vínculos entre mãe e filha;
- * Ambas as famílias têm suporte social e recorrem a ele sempre que necessitam. Ambos os elementos índices de cada família referiram boas relações com as Técnicas de Serviço Social
- * Reconhece-se uma certa adaptação das famílias às mudanças e dificuldades do dia-a-dia, ou seja alguma resiliência.

Pretende-se nesta etapa identificar as necessidades de saúde das famílias identificadas, para deste modo se justificar as nossas intervenções neste projeto. Há aqui a realçar que

muitas das vezes as necessidades reais, ou seja aquelas que o enfermeiro determina podem não ser coincidentes com as necessidades sentidas.

3.2.4 Problemas identificados

Através da análise de todos os dados recolhidos sobre as duas famílias, onde foram identificados os vários problemas, que se agruparam de acordo com os domínios do MCAIF, organizados na Tabela 1 que se anexa (Apêndice 10).

Podemos constatar que os problemas comuns às duas famílias são:

1 – **Estrutural**: baixa escolaridade e papéis e funções pouco definidos

2 – **Desenvolvimento**: medo de serem retiradas as crianças à família, receio do cuidador principal (mãe) para promover o bom desenvolvimento das crianças, falta de conhecimentos e habilidades para o papel de mãe e deficit na interação pais/filho.

3 – **Funcional**: baixo status socioeconómico, desemprego, comunicação familiar diminuída e família de risco

3.2.5 Determinação das prioridades

Esta é a segunda etapa do planeamento em saúde e corresponde a “um processo de tomada de decisão”, onde se pretende “seleccionar prioridades” (TAVARES, 1990, p.83), para se encontrar o problema que se pretende tentar solucionar em primeiro lugar para deste modo minorar as consequências.

Ao analisarmos os problemas identificados verifica-se que alguns acarretam alguma delimitação, não só por a sua resolução ou intervenção de enfermagem ser impossível. A falta de recursos económicos, assim como a falta de emprego são problemas em que o enfermeiro não consegue interferir. Por outro lado a dimensão temporal para a realização deste projeto de intervenção comunitária compromete a avaliação de outras intervenções possíveis e interferindo com os domínios afetivos definidos no MCIF. Foram então seleccionados como problemas para intervenção familiar:

1. Papéis e funções pouco definidos
2. Medo de serem retiradas as crianças à família
3. Receio do cuidador principal (mãe) para promover o bom desenvolvimento das crianças
4. Falta de conhecimentos e habilidades para o papel de mãe
5. Deficit na interação pais/filho

6. Comunicação familiar diminuída
7. Manutenção do lar prejudicada

Ao olhar para a lista de problemas verifica-se que o problema 2, 3, 4 e 5 podem ser unificados num só que se denominou “competências e habilidades reduzidas para exercer as funções da parentalidade”.

Deste modo foram identificados como problemas

P1 -Papéis e funções pouco definidos

P2 -Competências e habilidades reduzidas para exercer as funções da parentalidade

P3 -Comunicação familiar diminuída

P4 -Manutenção do lar prejudicada

De entre as várias técnicas de priorização de problemas optou-se por uma técnica geral de ordenação, designada por comparação por pares, onde cada dois problemas são comparados entre si, selecionando-se o problema mais importante (TAVARES, 1990).

Foram apresentados a cada família isoladamente os problemas identificados, indicando cada família qual o problema que considera como o mais importante e que gostaria de ter a intervenção do enfermeiro para ocorrer uma mudança. A priorização dos problemas por cada família encontra-se numa tabela anexa (Apêndice 11).

As duas famílias identificaram como problema prioritário e justificável de uma intervenção imediata o **P2** - *Competências e habilidades reduzidas para exerceras funções da parentalidade*.

Com base no problema priorizado vai-se estabelecer um diagnóstico de enfermagem.

3.2.6 Diagnósticos de enfermagem

Em Saúde Comunitária “o diagnóstico de enfermagem familiar é uma constatação do problema e da razão específica que leva o enfermeiro e a família a juntarem-se para resolver uma necessidade de cuidados de saúde familiar”, (STANHOPE, 1999, p. 548). O enfermeiro tem de trabalhar em parceria com a família, para que esta se consciencialize dos problemas que existem e permitir que ocorra a mudança.

Decidiu-se utilizar a taxonomia NANDA (2008), para a uniformização e compreensão da linguagem, para a elaboração dos diagnósticos. O diagnóstico de enfermagem para este projeto, tendo por base o problema priorizado é

Paternidade ou maternidade prejudicada, manifestada pela incapacidade do cuidador primário, neste caso a mãe em criar, manter ou reaver um ambiente que

promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança, relacionada com poucas competências e habilidades para exercer uma parentalidade positiva.

As duas famílias expressaram sentimentos de inadequação para responder às necessidades dos filhos devido a alguma falta de conhecimentos sobre o papel e as habilidades necessárias para exercer uma parentalidade eficaz.

3.2.7 Fixação de Objetivos

Depois de se ter feito o diagnóstico da situação e definido o problema prioritário deve-se fixar os objetivos, ou seja, a terceira etapa do planejamento (TAVARES, 1990, p.113). Segundo Imperatori e Giraldes (1983, p. 45), objetivo “é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.”

O problema identificado como prioritário neste projeto prende-se com a parentalidade, ou seja um tema muito ambicioso para um projeto com esta dimensão. Por isso na formulação dos objetivos é necessário ter presentes as respectivas características de tipo estrutural, onde se engloba a pertinência ou adequação aos problemas que necessitam de intervenção, a sua precisão ou significado, o poderem ser realizáveis e finalmente permitirem ser mensuráveis de modo a possibilitar a avaliação final.

Devido ao reduzido período temporal em que decorre o estágio, torna-se difícil e até impossível fazer a avaliação de objetivos e metas muito ambiciosas ou que impliquem um período de tempo grande para a sua concretização. Avaliar intervenções que se relacionem com o domínio funcional ou até estrutural da família, tornam-se assim impossíveis de realizar com este projeto. Deste modo foram fixados objetivos e metas que implicam mudanças ao nível cognitivo das famílias intervenientes no projeto.

Deste modo para o problema priorizado, que se insere no diagnóstico de enfermagem de **Paternidade ou maternidade prejudicada**, foram fixados os seguintes objetivos:

- * Que as famílias reconheçam a importância das figuras parentais no desenvolvimento e na socialização da criança
- * Que as famílias reconheçam a educação parental como um processo em construção permanente

Para que se atinjam estes objetivos é necessário que o enfermeiro defina as estratégias a adotar.

3.2.8 Seleção das estratégias

Para Imperatori e Giraldes (1982) esta é uma das etapas importantes no processo de planeamento, que se refere ao conjunto de técnicas que são planeadas de um modo organizado com o fim de estabelecer um processo para reduzir os problemas priorizados. Pretende-se também que nesta fase se seja criativo na elaboração de estratégias, mas não esquecendo de o fazer de um modo detalhado, para que os responsáveis pelo projeto possam apreciá-lo e tomar as decisões necessárias para a sua realização. Deve-se também prever potenciais obstáculos, como por exemplo os custos exagerados ou a necessidade de recursos humanos que não existem nas instituições. Alguns projetos mais arrojados têm de contar mesmo com a resistência às mudanças tanto do lado dos serviços como até dos próprios profissionais de saúde.

Tendo presente o MCAIF e pretendendo-se intervir sobre o domínio cognitivo do funcionamento familiar, as intervenções sugeridas pelo modelo são o elogio das forças das famílias e dos seus membros e oferecer mais informações pode-se referir no entanto que durante todas as entrevistas que foram realizadas com as famílias se procedeu a intervenções através da conversação terapêutica.

Para Wright e Leahey (2002) na relação terapêutica a postura do enfermeiro com as famílias deve ser de colaborador, consultiva e nunca hierárquica, ou seja o enfermeiro ao intervir não o faz para a família mas sim com a família. O enfermeiro deve estabelecer um relacionamento cooperativo enfermeiro/família tendo por base toda uma fundamentação teórica onde junta também a sua perspicácia de observação, comunicação e intuição.

A Educação para a Saúde constitui uma estratégia fundamental para esta população. As intervenções propostas e realizadas encontram-se devidamente descritas no Apêndice 12, onde consta também todo o material utilizado para as sessões. Pretende-se ao intervir com a família promover a sua autonomia.

O trabalho em parceria, intervindo em rede com uma equipa multidisciplinar, permitiria uma melhor intervenção nestas famílias, diminuindo o número de intervenções e de contactos para os vários parceiros implicados nas famílias, melhorando sem dúvida o tipo de eficácia das mesmas. Intervir com a qualidade que se pretende exige que haja comunicação entre os vários profissionais pois só deste modo se pode intervir de um modo sistémico, desenvolvendo medidas preventivas de proteção da família e das suas crianças.

Foi utilizada como estratégia nas intervenções uma metodologia ativo/reflexiva, pretendendo-se que os pais participem ativamente e que recorram a experiências pessoais, envolvendo-se e participando nos momentos de reflexão crítica.

Optou-se por sessões individuais porque ajudam os pais a desenvolver estratégias para lidar com os problemas. Se por um lado as sessões em grupo podem proporcionar uma maior partilha de experiências, a temática em causa e o tipo de famílias condicionaram a escolha de sessões individuais, abertas só aos elementos de cada família. Ao intervir-se com as famílias deve-se respeitar sempre as circunstâncias de vida e a experiência que cada família e membros já experienciaram. O enfermeiro ajudará somente a refletir sobre todo o manancial de experiências, distinguindo o correto e o menos correto e perspetivando quais as atitudes mais positivas a adotar em casos futuros.

Utilizou-se nas sessões o recurso a imagens metafóricas, como uma estratégia com sentido didático e facilitador da concretização e interiorização de ideias.

3.2.9 Preparação operacional – Programação das estratégias

Como estratégia de intervenção, para além das conversas terapêuticas que decorreram ao longo das entrevistas, foi proposto fazer duas Sessões de Educação para a Saúde, com os elementos das famílias intervenientes no projeto que mostraram interesse em participar. As sessões foram desenvolvidas individualmente com cada família dentro das instalações da UCSP. As intervenções realizadas seguiram as orientações do MCIF, incidindo no domínio cognitivo.

O enfermeiro deve propor à família intervenções, sendo este “... o aspecto mais desafiador e excitante do trabalho clínico junto às famílias.”, que devem ser formuladas em torno de várias ações propostas por Wright e Leahey (2002, p.152).

Neste projeto foram fornecidas informações e opiniões sobre a Parentalidade, como formar e aumentar as competências destes pais. Foi também promovida a reflexão dos vários elementos da família sobre “o ser um bom ou mau pai” e de que a parentalidade é um processo em construção. Importa também reconhecer toda a vivência familiar e de como a história de cada família a influenciou. Os vários elementos que participaram foram convidados a expressar os seus sentimentos, necessidades e dificuldades sem fosse feito qualquer juízo de valor ou qualquer constrangimento. Ao longo das sessões foi utilizada a técnica de elogiar as forças da família, fortalecendo deste modo a sua auto-estima. Todos estes momentos de partilha e de ajuda à família permitem reforçar a ligação

família/equipa de enfermagem, o que vai ajudar também posteriormente possíveis intervenções.

Deve-se ter também presente que no MCAIF “as intervenções são parte integrante da entrevista da família, estendendo-se a partir desta até o término” (WRIGHT e LEAHEY, 2002, p.21). As intervenções neste projeto começaram logo com as entrevistas em que através das perguntas circulares se pretendeu ajudar os membros destas famílias “...a desenvolver novas maneiras de interagir na família” (WRIGHT e LEAHEY, 2002, p.21).

A avaliação das intervenções é a etapa seguinte no Planeamento em Saúde e fundamental para o confronto entre os objetivos delineados, as estratégias utilizadas e os resultados obtidos.

3.2.10 Avaliação das intervenções

É através da avaliação das intervenções que se pode certificar se as estratégias escolhidas foram ou não as mais adequadas com vista aos objetivos que foram propostos.

São pretendidos nesta etapa que se apliquem indicadores de resultado ou impacto, para se medir alterações ou melhorias no problema identificado e indicadores de atividade ou execução, para se medir a atividade desenvolvida com vista a que se atinjam os objetivos. Durante as intervenções os participantes evidenciaram bem-estar e satisfação através do seu envolvimento e participação ativa, chegando a verbaliza-lo inclusive. Todos os elementos que demonstraram vontade em participar não faltaram a nenhuma das sessões.

Para a avaliação das intervenções com as famílias foi formulado um pequeno questionário, com algumas questões e que se encontram no Apêndice 11. Pretendia-se avaliar se no final das sessões as famílias sabiam:

- ✓ Reconhecer a importância do brincar, do toque e do elogio no processo de educação dos filhos;
- ✓ Quais os diferentes estilos educativos na comunicação pais/filhos: estilo permissivo, estilo autoritário e estilo assertivo ou democrata;
- ✓ Quais os tipos de discurso: crítica negativa, punição, recompensa e elogio;
- ✓ Quais as estratégias para lidar/prevenir certos comportamentos das crianças (birras, amuos, atitudes desafiantes).

Pretendia-se que no final se pudesse observar mudanças desencadeadas em um ou nos três domínios (afetivo, cognitivo e comportamental). Ambas as famílias responderam corretamente aos exercícios formulados sendo as respostas ao questionário, todas ao nível dos 100%. Quanto às questões sobre a utilidade das sessões todas deram respostas positivas, referindo que obtiveram mais informações de suporte aos seus conhecimentos sobre as suas funções como pais no desenvolvimento dos seus filhos. As famílias mostraram que adquiriram mais competências cognitivas ao nível pessoal, com um aumento dos recursos de informações sobre a educação e desenvolvimento dos seus filhos, assim como mais algumas ferramentas com vista ao estabelecimento de uma comunicação mais eficaz.

Ambas as famílias se mostraram disponíveis para mais sessões sobre este ou outro tema, tendo também referido que o achavam útil e por isso indicariam a pessoas amigas.

Verifica-se que é importante capacitar os pais para poderem desenvolver a sua função parental, em especial às famílias que têm algumas dificuldades ou problemas que podem conduzir as crianças ao risco.

Varela (2009, p.104) refere que “torna-se, assim, necessário considerar a família como o recurso principal na protecção das crianças e jovens, devendo a intervenção para a sua protecção centrar-se nos contextos familiares, capacitando-os, ajudando-os a superar as suas dificuldades e problemas, trabalhando as suas competências familiares e sociais e, acima de tudo, integrando-as na sociedade”.

Verifica-se que o não cumprimento por parte das famílias das suas funções, coloca as crianças em situação de vulnerabilidade, que rapidamente se converte em perigo. Compete a todos os profissionais, inclusive os enfermeiros especialistas em saúde comunitária e de saúde pública, que lidam com estas famílias problemáticas, permanecerem em alerta e motivados para intervirem e as apoiarem.

Neste projeto o espaço que media as intervenções e a sua avaliação não permite avaliar mudanças de comportamento, só podemos avaliar a aquisição de competências que as famílias adquiriram, com vista a torna-las mais capazes de cuidar dos seus filhos com vista a um desenvolvimento saudável.

3.2.11 Limitações do Projeto

O projeto sofreu algumas limitações que implicaram algum atraso na fase de diagnóstico essencialmente.

Os serviços de saúde contam com as equipas multiprofissionais que podem contribuir para melhorar as potencialidades de cada grupo profissional, com o fim de melhorar os cuidados prestados às famílias. Mas para que o trabalho de todos seja realizado é necessário que haja a colaboração e o empenho de todos os profissionais da equipa. Na fase de diagnóstico do projeto foram realizadas algumas tentativas para obter a colaboração de outros organismos e profissionais implicados com os processos das famílias estudadas, mas sem êxito. A complexidade organizacional ou a falta de colaboração dos profissionais talvez por desconhecimento de um trabalho em parceria e dos seus benefícios nos cuidados a prestar às famílias faz com que haja uma passividade alarmante. Foram realizados vários contatos telefónicos para uma partilha de informação e discussão de intervenções a propor às famílias, mas todas elas sem êxito.

Com a falta de recursos físicos, económicos e de pessoal qualificado, um trabalho em parceria trás benefícios para as partes implicadas em toda esta dinâmica de ajuda e auxílio às famílias de risco.

Varela (2009, p.105) concluiu no seu trabalho que todas as instituições e organismos "...devem estar articulados e voltados para uma mesma causa...", ou seja as famílias de risco e consequentemente a proteção das crianças e jovens em risco.

Outra das limitações neste estágio foi a questão de tempo, ou seja o curto período de tempo para desenvolver as várias fases do Planeamento em Saúde, uma metodologia que exige o percorrer das diversas etapas e que sejam ultrapassadas de um modo sistémico e cronológico, que não comporta alterações.

Ao se contactar com famílias de risco e na sua maioria disfuncionais, reconhece-se que nem sempre as programações decorrem segundo o previsto. São famílias que faltam muitas vezes aos cuidados programados na UCSP e que as entrevistas programadas para a realização do projeto também não foram exceção.

Outra das dificuldades encontrada neste estágio foi o tema das intervenções, não só pela exigência de conhecimentos teóricos que suscita, como pela sua delicadeza e ambiguidade para a seleção de temas a propor nas sessões de educação. Mas são estes desafios que fazem com que os enfermeiros prossigam nesta busca constante de mais saberes, para de um modo mais competente possam ajudar aqueles que se encontram em situação de incapacidade ou desconhecimento sobre o tema.

4 Conclusões

Da realização deste relatório de estágio não se pretende tirar generalizações, mas sim refletir sobre a forma de abordar e de intervir com as famílias, de modo a que constitua um contributo para outros enfermeiros comunitários que cuidam de famílias com crianças de risco.

A constante procura de prestar cuidados de enfermagem com mais qualidade e com a autonomia que a enfermagem cada vez mais reclama, fez com que a realização desta especialidade e deste relatório se tornassem numa obrigação.

Com a realização deste estágio e a elaboração deste relatório foi possível a mobilização de conhecimentos no aspeto da metodologia do Planeamento em Saúde, uma das competências fundamentais segundo a OE, para o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária. Revelou-se uma metodologia de trabalho de grande importância não só no reconhecimento dos diagnósticos de saúde, como em todo o processo de projeção das intervenções, tendo sempre presente uma gestão e racionalização de recursos, melhorando deste modo o exercício profissional e os resultados que se pretende obter, sobretudo ao nível da prevenção primária.

A temática escolhida, as famílias com crianças de risco, possibilitou a utilização e o treino de um instrumento de avaliação familiar, imprescindível para uma avaliação sistémica da unidade de cuidados que deve sempre estar presente no Enfermeiro Comunitário. A família detém um papel fundamental para a sobrevivência da espécie visto ser o contexto ideal e reunir as condições para um desenvolvimento saudável dos seus filhos. A responsabilização dos pais pelo desenvolvimento e pela saúde dos seus filhos tem de ser uma constante.

O MCAIF mostrou ser fácil de utilizar e permite dar grandes contributos para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem centrados na família, incentivando a práticas com uma abordagem sistémica, potencializando deste modo as forças e os recursos familiares.

Num tão curto espaço de tempo foi possível observar modificações significativas nos comportamentos destas famílias e dos seus membros, que se mostraram gratificantes para as mesmas e para os profissionais com eles implicados. Mesmo no final do projeto foi possível contactar com um dos técnicos da CPCJ que referiu a possibilidade de arquivamento do processo da família 1, em virtude da demonstração de mudanças de comportamento da mãe para com os filhos.

Este projeto constituiu não só um desafio pessoal como também um desafio profissional, que permitiu a aquisição de mais conhecimentos e consequentemente mais competências para desempenhar as atividades como enfermeira de saúde comunitária. O desenvolvimento dos enfermeiros em áreas específicas é de extrema importância não só para um melhorar de habilidades para enfrentar problemas específicos, fazer o levantamento correto das necessidades em saúde, tendo sempre presente a obtenção de ganhos em saúde e a novas perspectivas no cuidar.

Foi uma etapa formativa com o empenho e desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição e o experienciar de novos conhecimento e uma competência profissional especializada.

Este projeto permitiu também ao nível do local de estágio ser um exemplo a repetir e simultaneamente mostrou aos parceiros e neste caso concreto aos NACJR que a intervenção dos enfermeiros com as suas famílias numa perspetiva de prevenção primária constitui uma mais-valia não só para as famílias como para os serviços, assim estes se mostrem colaborativos.

4.1 Sugestões

Este projeto não acaba aqui, vai ser replicado na instituição onde decorreu. Com a apresentação do mesmo e dos resultados positivos que ele trouxe para estas famílias, ficou visível para outros enfermeiros e sobretudo para os que diretamente estão ligados a esta temática através do NACJR de Benfica que é necessário intervir precocemente e de uma forma colaborativa entre todos para um fim comum: as famílias de risco. Só através de um trabalho preventivo com as famílias mais problemáticas se pode reduzir problemas graves e que podem tornar-se irresolúveis. Para tudo isto torna-se necessário e imprescindível acompanhar e analisar as famílias que procuram os serviços de saúde, porque só com uma análise global da família, assumindo-a como unidade de cuidados poderemos cuidar melhor de um dos seus elementos.

O modelo teórico adotado neste projeto ou outro idêntico, como o que é recomendado pela Ordem dos Enfermeiros, que é o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, dão-nos de certeza ferramentas úteis para o nosso trabalho. O enfermeiro e em especial o enfermeiro comunitário têm por obrigação utilizar esta ferramenta e ajudar outros menos treinados a fazê-lo. A elaboração do genograma e Ecomapa nas consultas de enfermagem só por si dão aos enfermeiros informações de grande valor para a

orientação das suas intervenções com as famílias. Só um conhecimento de um modo generalizado da família, dos seus problemas, forças, limitações, permitem ao enfermeiro uma intervenção positiva com a família e seus elementos, tendo sempre presentes os ganhos em saúde para a mesma e para a comunidade e conseqüentemente a sociedade.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Sandra (2003) – **O Comportamento de Cuidar em Famílias em situação de Risco Psicossocial com Crianças em Cuidados Alternativos**. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia , Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas , Universidade Federal de Santa Catarina

ALARCÃO, M. (2002) – **(Des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica**. 2ª Edição. Coimbra. Quarteto Editora. ISBN: 972-8717-30-X.

ANGELO, M. A.; BOUSSO, R. S. (2001) - **Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Temas de carácter introdutório**. Manual de enfermagem. Ministério da Saúde, Brasília.

BAIRRÃO, J. (1994) - **A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: o caso da Intervenção Precoce**. Inovação, 7. p. 37-48.

BARBIER, Jean Marie (1993) – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto Editora.

BRAZELTON, T. B. (2006) - **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 9ª Edição. Barcarena. Presença. ISBN: 9789722319300

CORREIA, Cristina; DIAS, Fernanda; COELHO, Manuela; PAGE, Paula; VITORINO, Paulo (2001) – Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. Temático 2 (2001). ISSN: 0870-9025 p. 75-82.

CRUZ, O. (2005) – **Parentalidade**. 1.ª Edição. Editoras Quarteto. Coimbra. ISBN: 989-558-054-1.

FIGUEIREDO, M. (2009) – **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

FORTIN, M.F. (2003) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª Edição. Loures. Lusodidacta. ISBN: 972-8383-10-7.

HANSON, S. M. (2005) – **Enfermagem de cuidados de saúde à família-Teoria, prática e investigação**. 2.ª Edição. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-83-5

IMPERATOR, E. e GIRALDES, M. (1982) – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa. Obras Avulsas. Edições da Saúde, ENSP.

MARTIN, V.; ANGELO, M. (1998) – Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, Vol. 6, Nº. 5, p. 45-51

NANDA (2007) – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação** (2007-2008). Porto Alegre: Artmed. ISBN: 9788536311241

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Proposta de projecto de regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Obtido em Maio de 2011, de Ordem dos Enfermeiros. Visualizado a 12 de Janeiro de 2012 em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/1%C2%AAs%20Assembleias%20Gerais%20dos%20Seis%20Col%C3%A9gios%20de%20Especialidade%20da%20Ordem%20dos%20Enfermeiros/MCEE/Proposta%20Proj%20Reg%20Perfil.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Dia Internacional da Família** Visualizado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/DiaInternacionaldaFamilia2011.aspx>, a 12 de Janeiro de 2012

ORDEM DOS ENFERMEIROS (16 de Setembro de 2009). **Código Deontológico do Enfermeiro**. Visualizado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> a 12 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros

PEDRO, J. (2009) – **Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

PORTUGAL (2011) - Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011, Regulamento n.º 128/2011, **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde (2007) – **Crianças e Jovens em Risco – Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde**. Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2002) – **Portugal Saúde: Indicadores básicos**. Lisboa

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2005) – **Programa de Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de Actuação**. 2ª Edição. ISBN 972-675-084-9; ISSN 0871-2786

RELVAS, Ana Paula (2002) – **O Ciclo Vital da Família**. 2ª Edição. Edições. Afrontamento. ISBN: 9789723604139

SOUSA, J. (2006) - **As famílias como projectos de vida, o desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade**. Saber (e) Educar 11., p.41-47

STANHOPE, M. e LANCASTER, J. (1999) – **Enfermagem Comunitária**. 4ª Edição. Lisboa, Lusociência. ISBN 972-8383-05-3.

STRECHT, P. (2000) – **Crescer Vazio-Repercussões Psíquicas do Abandono, Negligência e Maus tratos em Crianças e Adolescentes**. 3ª Edição. Lisboa. Assírio e Alvim

TAVARES, A. (1990) - Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa:Ministério da Saúde.

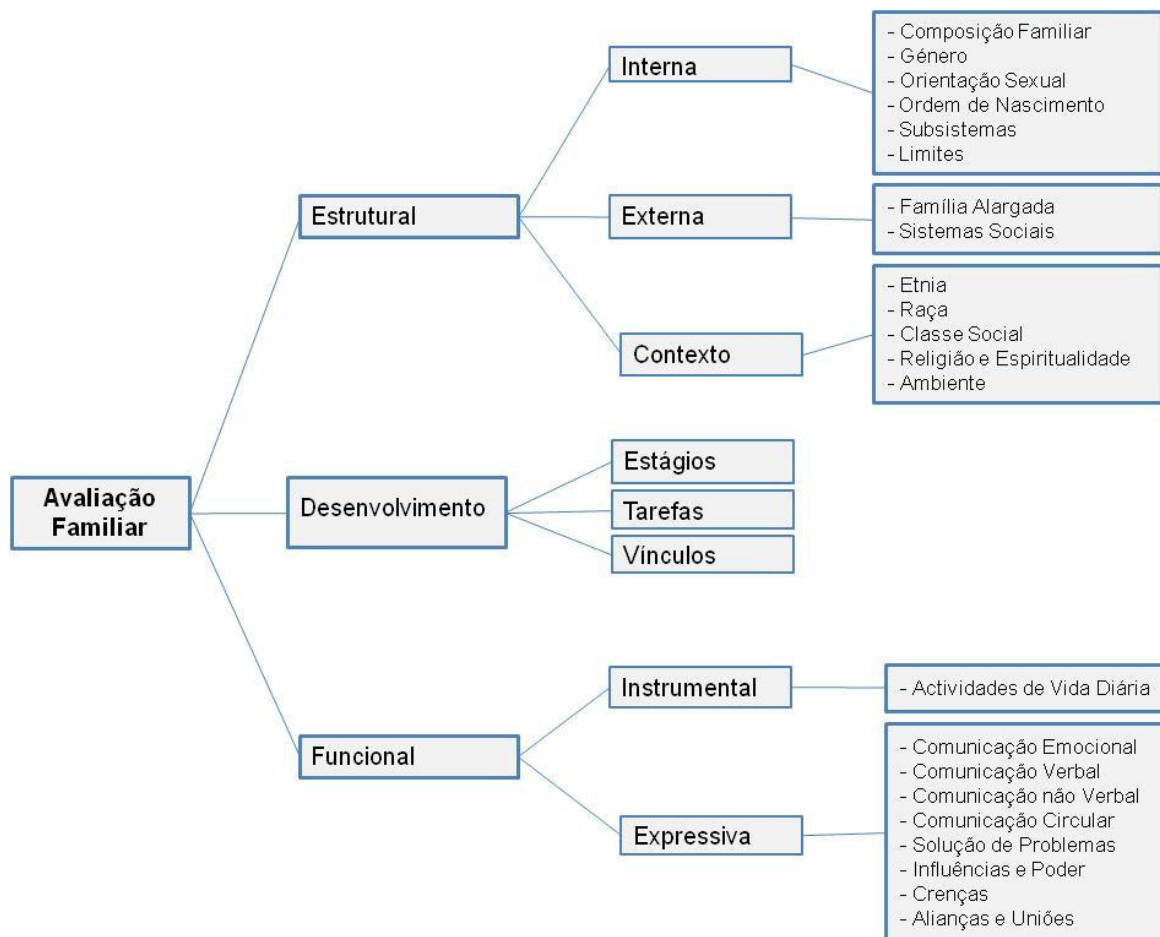
VARELA, N. (2009) - **Maus tratos e protecção social de menores: Operacionalização e eficácia das medidas de protecção**; Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Visualizado em <http://hdl.handle.net/10964/117> a 20 de Fevereiro de 2012

WRIGHT, L; LEAHEY, M (2002) – **Enfermeiras e Famílias** - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família; 3ª Edição; São Paulo; Editora Roca. ISBN 85-7241-346-4

Anexos

Anexo 1- Figura 1 – Diagrama ramificado

Figura 1 – Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar



Fonte: Wright & Leahey, 2002, p.66

Apêndices

Apêndice 1 – Cronograma

Cronograma

2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

3 Semestre	Anos	2011												2012										
	Meses	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				Mar
	Dias	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5
		7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9
	Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com Relatório	Escola																						



Diagnóstico de Situação

Priorizar e Planear as Intervenções

Intervenções de Enfermagem

Avaliação

Redacção do Relatório

Apêndice 2 – Consentimento Informado

Consentimento informado

Eu, _____(nome) aceito participar no projeto “ Famílias com crianças de risco – cuidar da família”, que se insere na realização da Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pela Enfermeira Maria de Fátima Barata Cunha dos Santos. Foi-me explicado e estou ciente que:

- * Tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do projecto, qualquer questão acerca do mesmo;
- * Poderei desistir de minha participação em qualquer etapa do projecto;
- * Aceito que os meus dados familiares sejam incorporados no projecto e possam ser publicadas ou apresentadas para fins académicos;
- * Compreendi que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- * Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela equipe de investigação e será destruído no fim do estudo.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas sobre o projecto e tendo-me sido dada oportunidade para colocar todas as minhas dúvidas, as quais foram todas respondidas com clareza e de modo satisfatório. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Assinatura do participante.....

Assinatura do investigador.....

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

Apêndice 3 – Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA - Avaliação Familiar

Identificação dos membros da família

NOME	PAPEL FAMILIAR	GÉNERO	IDADE	DATA NASCIMENTO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO

1. Avaliação estrutural

a. Interna (genograma + ecomapa)

- Quem faz parte da família? Descreva as pessoas que fazem parte do agregado familiar
- Vive mais alguém com vocês?
- Vive alguém que não faz parte da família?
- Quantos filhos tem?
- Qual é o mais velho? E o seguinte?

b. Regras e limites

- Como é a relação com os vários elementos da família
- Com quem se dá melhor
- Com quem conversa quando se sente em baixo?
- E quando está contente?
- Procura alguém de fora da família?
- Existem limites e regras na família?
- Existem tarefas definidas para cada elemento da família?

c. Externa

- Família alargada ou extensa
- Quem é considerado pertencer à família?
- Quem já habitou com a família e por quanto tempo?
- Esses elementos apoiam a restante família? Em quê? E quando?
- Qual é o membro da família que raramente vê?

- Os restantes elementos da família costumam telefonar para saber do resto da família?
- Há alguém da família alargada que você não contacta há já muito tempo?
- Quais os profissionais e de que instituição estão envolvidos com a sua família?
- Quem considera essa participação importante?
- E quem considera o contrário?
- Quem o apoia quando mais precisa?
- A quem recorre quando precisa de ajuda?

d. Contexto

- Nasceu aonde? Os seus pais são de que nacionalidade?
- Classe social (aplicação da escala de Graffar modificada)
- Frequenta alguma igreja algum membro da família?
- Já frequentou?
- Em relação ao ambiente observar quando da visita domiciliária as condições de higiene e saneamento da habitação
- Todos os elementos da família têm quarto
- O espaço é suficiente para o número de elementos da família?
- Há privacidade entre os vários elementos da família?
- As crianças frequentam a escola ou creche?
- Como classifica a sua relação e a da sua família com a vizinhança?
- Quais os serviços comunitários que utiliza?

2. Avaliação do desenvolvimento

a. Etapas (ciclo de vida familiar segundo Duval)

b. Tarefas

- Existem tarefas definidas para cada elemento da família?
- Quem está responsável pelas tarefas diárias da lida de casa e da coinfecção dos alimentos?

c. Quando precisa de ajuda a quem recorre?

d. Vínculos

- Como se relacionam com os amigos?

- E com os vizinhos?

3. Avaliação funcional

a. Instrumental

- Descrição das atividades de vida diária
- Existem tarefas definidas para cada elemento da família?

b. Expressiva

- Capacidade de comunicação de cada membro
- Acham que os vários elementos da família comunicam entre si?
- A família tem capacidade de resolver os problemas?
- Quem tem o papel principal nas decisões familiares?
- Os membros da família entreadjudam-se?

Validação dos problemas familiares e priorização dos mesmos

- Há alguma situação ou problema na família que o esteja a incomodar ou preocupar?
- Quem o provocou?
- Há alguma maneira de a poder ajudar?
- Qual o problema familiar que gostava de ser resolvido ou ajudado em primeiro lugar

Apêndice 4 – Entrevista Família 1

Entrevista Família 1

Identificação dos elementos do agregado fam

Alguns dos dados que se seguem foram recolhidos através da consulta do processo de família na UCSP e outros foram recolhidos na primeira entrevista com a família para a elaboração do Genograma e Ecomapa.

PF é o elemento índice, tem 25 anos e vive com o seu filho MF de 5 anos, a sua filha DF de 2 anos e o seu companheiro actual RS de 28 anos. Vivem todos na mesma habitação que FF de 66 anos, a mãe de PF, o companheiro da mãe DA de 58 anos e também um irmão CL de 42 anos.

Como habilitações literárias PF frequentou até ao 6º ano. Trabalhou até há 2 anos como jardineira na Junta de Freguesia, mas nunca frequentou nenhum curso. Encontra-se neste momento desempregada e a aguardar o ingresso num curso da SCML de jardinagem. Já RS prosseguiu os estudos até ao 9º ano de escolaridade, tendo depois frequentado um curso profissionalizante, que lhe permitiu trabalhar na construção civil como electricista, mas encontra-se há seis meses também no desemprego.

A mãe de PF auferir de uma pensão de reforma por invalidez e o companheiro encontra-se a trabalhar como jardineiro na Junta de Freguesia. O irmão de PF encontra-se a receber um subsídio de reinserção social, pois está no programa de metadona.

Coabitam todos num mesmo andar alugado em nome da mãe de PF, num bairro social da zona periférica de Lisboa, sendo a habitação composta por 3 quartos, uma sala, duas casa de banho e uma cozinha.

FF sofreu um AVC há 8 anos, tendo ficado paraplégica, utilizando para se deslocar uma cadeira de rodas. Necessita da ajuda de terceiros para as actividades de vida diária. Como rede de apoio comunitário usufruem o apoio do centro paroquial local para os cuidados de higiene, ficando o resto do dia no centro de dia, só regressando a casa à tarde.

Ambos os filhos estão referenciados na CPCJ desde Dezembro de 2009 e a família é seguida desde então pela Equipa de Famílias de Risco da SCML.

PF e os seus dois filhos são utentes da UCSP Gerações, onde realizam as consultas de vigilância de saúde.

Quem faz parte da sua família?

A minha família sou eu e os meus dois filhos... e também o meu namorado, o RS. Os meus filhos são a coisa mais valiosa que tenho...por eles faço tudo.

Mas na verdade vivem lá em casa mais pessoas?

Sim, vivem mais pessoas e que também fazem parte da família, são é menos importantes para mim. Vive a minha mãe, o DA e o meu irmão. Bem... na verdade sou eu que vivo com a minha mãe. Não tenho dinheiro para uma casa só minha...talvez um dia, quem sabe, a vida dá cada volta e pode um dia dar-me essa alegria.

Como são as suas relações com os seus filhos?

São boas, acho eu. Gosto muito deles e tento dar-lhes tudo o que precisam. São aquilo que tenho mais valioso, já que dinheiro há muito pouco. São muito traquinas e às vezes não me obedecem.

E o que faz quando isso acontece?

Às vezes fico fora de mim, nem seinunca fazem o que lhes digo. Só obedecem ao RS.

O que faz ele para que tal aconteça?

Não sei...ele tem muita calma, fala com eles e eles obedecem, comigo não às vezes só fazem as coisas quando os ameaço que lhes vou bater. Mas, credo!!! Isso nunca vai acontecer, eu gosto deles e seria incapaz de o fazer. É só para os assustar

E como é a relação com o seu namorado?

É boa também, se não fosse assim não estaríamos juntos. É meu amigo e gostamos muito um do outro.

E o seu namorado ajuda-a a cuidar dos seus filhos?

Sim o meu namorado tem-me ajudado muito com eles, gosta muito deles e tem muita paciência para eles e para mim.

E o seu companheiro apoia-a com a sua família?

Sim, é ele que me ajuda de manhã a tratar dos miúdos para irem para a escola enquanto eu ajudo a minha mãe.

E os seus filhos gostam do seu companheiro?

Sim, adoram brincar com ele. A mais nova só está bem é pendurada nele. O mais velho tem-lhe muito respeito. Acho que vai dar um bom pai um dia (risos).

E como é a relação com a sua mãe?

Também é boa. A minha mãe foi sempre minha amiga e ajudou-me sempre, por isso agora sou eu quem a ajuda também. Só não pode fazer mais agora porque ficou assim com a doença.

E com o seu irmão, são boas as relações?

Sim, dentro dos possíveis. Tem dias em que ninguém pode falar com ele. Não tem muita paciência para os miúdos, às vezes começa aos gritos com eles, mas eu mando-o calar e ele fecha-se no quarto a fumar. Vive connosco há 3 anos e não está neste momento a trabalhar....é por causa da droga,

anda no programa da metadona. Sou eu que estou responsável por ele, tenho que o acompanhar quase todas as semanas ao hospital.

E a ajuda que dá ao seu irmão prejudica em alguma coisa na sua relação com os seus filhos?

Não, penso que não. Eu ajudo-o mas os meus filhos estão sempre primeiro. Vou com ele às consultas mas só depois de deixar os meus filhos na escola.

E o seu irmão não a ajuda em casa a tratar da sua mãe?

Tem pouco jeito para tratar da casa e da minha mãe. Eu é que ainda tenho de tratar dele...a minha mãe nem quer que mais ninguém a ajude além de mim e do DA (companheiro da mãe).

E os seus outros irmãos não a ajudam a cuidar da sua mãe?

Entre os meus irmãos da parte da minha mãe e os da parte do meu pai devemos ser cerca de 20. Só quem me ajuda quando eu não consigo tratar da minha mãe são as minhas duas irmãs com quem mais lido. A minha irmã SL que vive na outra banda ou a CL que vive aqui no bairro, mas como tem os miúdos e trabalha torna-se mais complicado ter tempo para me ajudar.

Já viveu em vossa casa alguém que não fazia parte da família?

Sim, antes de o meu irmão vir cá para casa viviam aqui a minha irmã SL, o marido e a minha sobrinha AS. Mas eles zangaram-se... ele era toxicodependente, destruía tudo cá em casa. Havia dias em que o barulho e a discussão eram muito grandes. Um dia alguém fez queixa de nós. Foi então que vieram as assistentes sociais e a minha sobrinha foi retirada à minha irmã.

Como foram esses dias? Temeu alguma coisa?

Naquela altura tive medo...que ele magoasse os meus filhos, ou que eu para os defender tivesse que algo de muito grave. Havia queixas na polícia todos os dias e cheguei a pensar que me podiam retirar os meus filhos. Foi o que fizeram com a minha sobrinha. Mas, as assistentes sociais estiveram cá em casa e viram que eu sou uma boa mãe, não lhes falto com nada e faço tudo por eles. Felizmente agora estamos todos mais calmos, embora a casa esteja ainda com as portas todas partidas por causa dos pontapés daquele patife! Ficámos quase sem mobília.

Mas os seus filhos encontram-se sinalizados à CPCJ?

Sim, foi desde essa altura em que as assistentes sociais não me largaram mais a porta. Todas as semanas tinha reuniões e vinham a minha casa constantemente e sem avisar. Tive medo que nos tirassem como fizeram com a minha sobrinha. Mas eu tenho-me portado bem e qualquer dia o meu processo é arquivado.

O que mais temia na altura?

É difícil dizer, tinha medo de tudo e sobretudo que dissessem que eu era uma má mãe, pois por vezes não sei se o que faço está bem. Os meus filhos são muito traquinas e respondões. Mas nunca

lhes bati. De vez em quando faço uma ameaça, mas não chego a isso. É só para terem medo! Elas (referindo-se às assistentes sociais) queriam saber como eu tratava dos meus filhos, se estavam limpinhos e não faltava a comida. Eu tento fazer o meu melhor, falta dinheiro mas para eles há sempre o que precisam.

Estes acontecimentos mudaram a sua vida de alguma maneira?

Sim... agora a pensar nisso acho que sim...mudaram a minha vida muito. Foram tempos complicados...espero que nunca mais aconteça o mesmo. Tinha as assistentes sociais todos os dias a azucrinar-me a cabeça... já não as podia ver mais á minha frente. Se não fosse aquele bruto eu nunca tinha pensado que podia perder os meus filhos.

Mudou alguma coisa no seu papel de mãe?

Sim fiquei com mais medo de os perder e de que aquilo que eu faço não seja bem feito. Que alguém me tire os meus filhos e me deixe só. Ainda chego a sonhar com isso à noite.

Com toda esta história mudou alguma coisa no seu dia a dia?

Sim, acho que sim. Fiquei com mais medo de perder os meus filhos

Acha que eu a posso ajudar em algo ou de alguma maneira?

Sim, talvez a ajudar-me a fazer com que aqueles pestinhas me obedeçam.

Acha que alguém a podia ajudar a cuidar melhor dos seus filhos?

Eu sei tratar deles. Como vê estão limpinhos e bem vestidos e não passam fome, graças a Deus, que para eles nunca falta a comida. Mas às vezes quando tenho que ralhar com eles fico a pensar que se calhar eu não estou a fazer as coisas bem. Vejo outras raparigas lá no bairro que os filhos parecem cordeirinhos, andam sempre na linha. Só os meus me fazem passar vergonhas!!

E tem recebido ajuda de alguém de fora da família para educar os seus filhos?

A minha irmã que mora aqui no bairro e é mais velha que eu está sempre a dar-me conselhos. Os meus sobrinhos são mais velhos, são três e ela toma conta do recado...e se eles são traquinas também, sobretudo os gémeos. Quando ainda só tinha o MF uma assistente social mandou-me para um curso. Falávamos de muitas coisas e fazíamos jogos. Gostei disso e aprendi algumas coisas.

Tem recebido apoio de alguma instituição?

A Santa Casa da Misericórdia tem-me ajudado. As assistentes sociais arranjam-me não só um subsídio, com também comida para os meus filhos e até arranjam escola. Têm sido minhas amiga, quando estou enrascada vou ter com a Dr^a e ela só não me ajuda se não tem. Também temos ajuda do Centro Paroquial por causa da minha mãe, vão lá a casa dar-lhe o banho e depois levam-na para o centro de dia, assim não fica lá em casa sem fazer nada.

E em relação à saúde, tem ido com os seus filhos às consultas e às vacinas?

Sim, está tudo em dia. Vou ao centro de saúde, a médica e a enfermeira são minhas amigas. As assistentes sociais queriam que eu fosse às consultas lá no bairro, mas eu gosto é da minha médica e da minha enfermeira, conhecem-me desde pequena.

Como seria se não tivesse o apoio que recebe da SCML?

Não sei, mas acho que seria muito mau. Têm-me ajudando bastante com os meus filhos e até comigo. A Dr.^a MC até quer que eu vá estudar para tirar um curso profissional. Mas eu não sirvo para estudar, nunca fui boa para a escola, gosto mais é de trabalhar. Queria mesmo era seguir jardinagem, gosto de andar a arranjar os jardins como o DA.

O que acha do apoio das assistentes sociais na sua vida e na dos seus filhos?

Na altura não gostei, pensei que me iam criticar sobre a minha vida e com a dos meus filhos. Mas depois foi bom, pois ajudaram-me a perceber certas coisas importantes. Faziam-me perguntas parecidas com as que me está a fazer e isso ajudava-me a pensar e a ver que algumas coisas não eram o melhor para eles. Mas eu quero aprender a ser boa mãe desde que isso seja o melhor para os meus filhos.

Sente necessidade de aprender mais alguma coisa para cuidar dos seus filhos?

Sim, acho que pode ser bom. Agora vejo que ser mãe não é fácil, sobretudo de crianças pequenas e traquinas como as minhas. Na escola a educadora diz que se portam bem, mas aqui em casa é um terror. É raro o dia em que não se magoam ou que não estragam alguma coisa. Eu aviso-os mas não consigo que me obedeçam.

Como é a relação com os vários elementos da família?

Agora é boa. Desde que saiu de casa o bruto do companheiro da minha irmã SL. Temos por vezes as nossas brigas, aqueles dias em que as coisas não correm bem. Mas o DA (companheiro da mãe) consegue acalmar a malta, às vezes é preciso que alguém dê o murro na mesa para que se fale e se resolva as coisas. Tentamos ajudar-nos uns aos outros...se não for assim!

E esses momentos acontecem muitas vezes?

Algumas vezes, sobretudo quando o dinheiro começa a ser menos e as contas aparecem para pagar, ou às vezes quando a minha mãe ou o meu irmão estão mais em baixo, porque a vida é feita de altos e baixos.

E nessas alturas as decisões importantes são assumidas por quem?

A minha mãe está na Gebalis como a chefe da família, mas ela desde que teve aquela doença não se pode enervar. Assim sou eu e o DA quem decide a maioria das coisas. O meu irmão não se sente capaz de decidir estas coisas.

Com quem se dá melhor dentro da sua família?

Não sei bem! A minha mãe tem sido minha amiga e tem-me ajudado a criar os meus filhos, assim como o DA. Quando estou apertada de dinheiro ele ajuda-me logo, mesmo sem eu pedir. Tem sido meu amigo. Foi ele que me ensinou a fazer aquilo que gosto, jardinagem, a tratar das flores e dos jardins. Ele ensinou-me muita coisa quando me arranhou trabalho na Junta de Freguesia. Estou à espera que a assistente social me arranje um curso de jardinagem.

E como é a sua relação com os seus irmãos?

É boa, acho eu. A minha irmã SL agora como está fora de casa, encontramos-nos menos, só podemos falar ao telemóvel ou quando vem visitar a minha mãe. A minha outra irmã CL devido à família dela e ao trabalho, tem pouco tempo para me ajudar, os 3 filhos dão muito trabalho, sobretudo os gémeos, não lhe deixam tempo livre.

O meu irmão está a passar uns dias difíceis, mas é meu amigo e eu estou a ajudá-lo.

E como é a sua relação com os seus anteriores companheiros, os pais dos seus filhos?

Em relação ao EJ, que é o pai do MF até me dou bem. Conversamos algumas vezes e ele quando pode ajuda-me a comprar algumas coisas para o MF. Se por algum motivo não consigo ir buscar o MF à escola ele não se importa de o fazer, como está desempregado tem tempo livre.

Com MP, o pai de DF as coisas não correm tão bem. Andamos às turras desde que a DF nasceu. Ele não quer dar o nome à filha. Promete e depois quando é para ir ao registo não aparece. Eu não preciso de nada, mas gostava que a minha filha tivesse nome de pai, para que depois na escola ninguém gozasse com ela. É só por isso, porque quando ela compreender eu explico-lhe o que aconteceu e ela logo fica a saber quem é o pai. Dele não preciso de mais nada.

Com quem conversa quando está em baixo?

Não sei (pausa) se calhar sozinha, outras vezes com uma amiga, mas como trabalha por turnos nem sempre posso falar com ela, pelo telefone não é a mesma coisa. A minha mãe antes da doença dela ajudava-me e dava-me força para lutar e nunca me atrapalhou os meus planos.

E o seu actual companheiro? Como é a vossa relação?

Damo-nos bem. Por isso resolvemos há pouco tempo viver juntos. Ele é meu amigo e dos miúdos e eles gostam muito dele. Portam-se melhor com ele do que comigo. Fazem tudo o que ele manda e comigo não me obedecem! Mas eu penso que sou uma boa mãe, nunca lhes bati... nem posso com quem o faz, como o companheiro da SL, batia na minha irmã e na miúda a toda a hora. Bater nunca, quero ser a melhor mãe do mundo para que não me tirem os meus filhos.

E como é a sua relação com os seus filhos?

É boa acho eu, pelo menos eu faço tudo por ser uma boa mãe, não lhes falta nada, não lhe bato...são é muito malandros, não consigo fazer nada deles por vezes. Têm mais respeito ao RS que a mim. Até enerva, a DF é só ele dizer para estar quieta que ela nem se mexe.

Existem regras e limites na família?

Não percebo, quer saber se estou proibida de fazer alguma coisa? Somos todos livres, cada um faz o que lhe apetece, menos à batatada (risos).

Se existem coisas estipuladas para cada um fazer? E se existem coisas que o não devem ser feitas nunca?

Sim existem coisas marcadas para cada um fazer. Eu tomo conta da casa mas todos têm de ajudar. Quando é dia da limpeza todos ajudam, porque somos muitos e há muita coisa para arrumar. Habitualmente é o DA que faz o almoço e eu o jantar, a minha mãe ajuda-nos quando consegue, ela não gosta de se sentir uma inútil. Até os meus filhos têm de ajudar, aqui não há criados de ninguém.

Quem considera pertencer à família?

Bem, os meus filhos são de certeza a minha família, a minha mãe e o meu irmão. O DA já pertence á família também e tem sido para mim como um pai. O RS acabou de entrar também para a família (risos).

E o resto dos seus irmãos vem visitar a sua mãe ou telefonam a saber dela?

A não ser aquelas minhas irmãs mais ninguém vem visitar a velhota. Tenho irmãos que já não vejo há muitos anos, já nem me lembro da cara deles. Uns casaram e foram para fora, outros nem sei onde podem estar. Do lado do meu pai nem sei bem quantos são.

Sabe quais são as instituições e quais são os profissionais que estão envolvidos com a sua família?

Eles têm ajudado a sua família?

O centro paroquial ajuda-nos com o banho da minha mãe e levam-na todos os dias para passar lá o dia. Ela fica entretida e eu fico livre para procurar trabalho.

Depois tenho a minha assistente social da SCML, que me ajuda não só com dinheiro quando estou aflita. Foi ela que me arranjou a escola para os miúdos e está a tentar arranjar-me emprego e um curso de jardinagem.

Do centro de saúde também tenho tido ajuda. Gosto da minha médica e da minha enfermeira. Ajudam-me com a saúde dos meus filhos, lembram-me sempre quando são as vacinas e quando precisam de fazer as consultas. Até me telefonam quando falto.

Acha que existem problemas na sua família?

Acho que não. Até somos uma família calma e que não dá chatices. Os problemas maiores saíram com a saída do companheiro de SF. O meu irmão é uma preocupação para mim, estou responsável por ele e espero que consiga resolver o problema com a droga.

E a falta de dinheiro não é um problema?

Acho que não, pelo menos não é o mais importante. Temos de saber viver com o que temos. Se não dá hoje para comer carne, come-se latas de salsichas ou outra coisa. Fome nunca tivemos de passar nem eu nem os meus filhos. Quando se está mais apertada e o DA não pode ajudar vou ter com a assistente social, ela lá faz uns telefonemas e arranja-me logo um cheque.

A quem recorre quando precisa de ajuda?

Tal como já disse, com a minha assistente social, ela geralmente ajuda-me. Mas só lá vou se for para os miúdos, por eles faço tudo. Eu se não tiver para comer passo fome e quando não há dinheiro não há vícios.

Mas quando preciso de ajuda porque os meus filhos estão doentes vou logo ter com a enfermeira do centro de saúde. Ela já me conhece há muitos anos. Tratou do MF desde que nasceu, quando ainda com dias teve de fazer injeções.

Existem algumas doenças na vossa família?

Que eu saiba não. Só a minha mãe é doente e teve a infelicidade de ter aquela trombose. Eu acho que foi dela trabalhar tanto. Era só ela na altura a trazer dinheiro para casa e havia muitas bocas para dar de comer na altura.

Os meus filhos andam também em consultas no hospital, mas foi porque nasceram pequeninos, é só para verem se estão a crescer bem.

Eu só tenho este meu mau feitio que não me deixa engordar.

Frementa alguma igreja?

Não, não tenho tempo, mas sou católica e fui baptizada.

Como é em relação à casa, os quartos, chegam para todos?

A casa está a ficar pequena. A minha mãe tem um quarto para ela e para o DA. O meu irmão tem outro só para lele e eu fico com os meus filhos e o RS noutra. Às vezes o MF fica no sofá na sala, já começamos a ser muitos no mesmo quarto. O meu irmão fuma no quarto, por isso não quero que o meu filho lá durma.

Não ter uma casa só para si incomoda-a?

Às vezes sim, queria ter o meu sossego e às vezes não consigo. Mas por outro lado como conseguia eu viver sozinha? Não tinha dinheiro suficiente para sustentar isso tudo e os meus filhos. Assim, a

minha mãe ajuda-me a mim e aos meus filhos... e eu ajudo-a a ela, porque ela também não pode viver sozinha, precisa de mim.

Já fez alguma coisa para mudar isso?

Estou inscrita para uma casa só para mim e para os meus filhos, mas enquanto eu não tiver trabalho isso vai ser difícil, dizem que não consigo pagar a renda. E é verdade. O que eu queria agora era mesmo um emprego para ter a minha casa e poder ter mais um filho com o RS.

Consegue ter privacidade com tanta gente em casa?

É difícil. Eu e RS só temos alguma privacidade quando os miúdos estão na escola e a minha mãe vai para o centro de dia.

As crianças frequentam a escola?

Sim, estão na creche da Santa Casa que a assistente social me arranjou. É bom para eles que têm com quem brincar e para mim também é bom porque fico com mais tempo livre.

Como é a sua relação com a vizinhança?

Há alguns vizinhos que até nos damos bem, mas há outros que nem quero que se cruzem comigo. Estes bairros têm por vezes pessoas muito más que não interessam a ninguém, só querem mas é roubar-nos e fazerem-nos mal, é só inveja. Prefiro estar sozinha na minha casa que em casa dos vizinhos.

E momentos de lazer, de distração existem?

Alguns, tenho alguns amigos que de vez em quando nos juntamos para beber umas cervejas e curtir um som. Mas é só de longe a longe.

Como são as tarefas do dia-a-dia lá de casa? Quem as realiza?

A maioria das coisas de casa sou eu que as faço. O DA ajuda muitas vezes na cozinha, gosta e tem jeito para fazer a comida. Nos dias de limpeza geral tento que todos ajudem, pelo menos a não sujar e a não desarrumar.

E o seu irmão não colabora nestas coisas lá de casa?

Diz que não tem jeito e não consegue ajudar muita coisa, fica muito rápido sem paciência. Passa muito tempo a ver televisão ou então vai até ao café do bairro.

E isso não a incomoda?

Sim um pouco, pois a vida custa a todos e ele se está assim não por minha causa ou da minha mãe.

Às vezes devia dar mais valor aquilo que nós o estamos a ajudar.

Há algum problema na família que gostasse de ver resolvido?

Sim gostava que os meus filhos deixassem de estar na CPCJ. Assim tinha sonhos mais bonitos!

Apêndice 5 – Entrevista Família 2

Entrevista Família 2

Identificação dos elementos do agregado familiar

NL é o elemento índice, tem 29 anos e é casada com JS há já 9 anos. Desta união nasceu BS de 2 anos. Vivem há cerca de 6 meses com a sogra CS de 50 anos, dois cunhados FS de 24 anos e outro RS de 18 anos e uma sobrinha MP de 12 anos.

Quanto a habilitações literárias NL concluiu o 7º ano de escolaridade. Teve alguns trabalhos temporários em várias áreas e neste momento encontra-se desempregada, a receber um rendimento mínimo de inserção social. JS estudou até ao 10º ano, altura em que interrompe para trabalhar e ajudar a mãe a cuidar dos irmãos. Neste momento encontra-se a fazer “pescates”, ajudando um amigo na entrega de peixe congelado. Em relação aos dois irmãos de JS, o mais novo encontra-se ainda a frequentar o 11º ano de escolaridade e o mais velho concluiu o 11º ano. Foi há um mês despedido de uma firma de supermercados, por ter terminado.

NL teve de deixar a sua casa e partilhar uma casa com a sogra porque o marido ficou desempregado e ela também.

Esta família é considerada uma família alargada pois podem-se observar três gerações numa mesma habitação.

Vivem numa casa alugada numa zona periférica de Lisboa, com 4 quartos, uma sala, duas casas de banho e uma cozinha.

A família restrita de N.L. encontra-se sinalizada como família de risco há já alguns anos, tanto na CPCJ como nas equipas da SCML. N.L. tem 3 filhos de anteriores relações, todos eles retirados pelo tribunal por motivo de negligência e risco de maus tratos. NL provem de uma família numerosa de 17 irmãos e que se encontra também ela sinalizada como família de risco há muitos anos.

NL e a sua filha são utentes da UCSP Gerações e é aí que realizam as suas consultas de vigilância de saúde.

Quem faz parte da família?

A minha família é o meu marido e a minha filha. Mas agora somos mais desde que vivemos com a minha sogra e os meus cunhados.

Eles são também a sua família?

Mais ou menos. São da família do meu marido e por coisas da vida tivemos que ir viver todos juntos. É mais fácil pagar só uma renda e dividir por dois. O JS está desempregado e eu também. O dinheiro começou a ser pouco, pois só a renda de casa eram 600 Euros. A minha sogra também está desempregada, recebe pouco de subsídio, os meus cunhados, um ainda estuda e o outro ficou agora sem emprego... e foi por isso que decidimos viver todos juntos. Custa menos a pagar a renda e as outras despesas.

Como é a sua relação com o seu marido?

É boa. Já teve momentos difíceis, ele é muito ciumento, não gostava que eu tivesse amigos, mesmo com os colegas do trabalho tinha ciúmes. Até da filha tem ciúmes. Agora está bem melhor, também eu estou quase sempre em casa!! Já nem amigos tenho.

E a sua relação com a sua sogra é boa?

Desde que não se meta comigo está tudo bem. Cada uma no seu canto. É que eu tenho um feitio lixado quando me irrita. Mas ela é boa pessoa.

Como é sua a relação com os seus cunhados?

É boa. Desde que não se metam comigo e me deixem estar no meu canto corre tudo bem. Há dias em que o meu cunhado mais velho está em baixo e o ambiente fica pesado. Ficou desempregado há pouco tempo e queria começar a trabalhar. Sente-se mal a pedir dinheiro à mãe. Mas quando ele está irritado eu fecho-me no meu quarto, fico no meu canto e eles que se entendam.

Com quem se dá melhor?

Com o meu cunhado mais novo. Está sempre bem-disposto e gosta de brincar com a minha filha.

E o JS, como é a sua relação com a NS?

Boa (risos de ambos), por isso já estamos juntos há mais de 9 anos, deve ser por alguma coisa! Porque aturar a NS não é fácil, tem um feitio lixado.

E como é a sua relação com a sua mãe?

É boa, sempre foi boa. A minha mãe sempre se deu bem comigo e quando precisava de alguma coisa vinha sempre ter comigo.

E com os seus irmãos?

Sempre nos demos bem, embora às vezes tivéssemos as nossas zangas. Três rapazes em casa era complicado para a minha mãe. Às vezes tínhamos pancadaria. Mas agora corre tudo bem.

E a relação com a sua filha?

Também é boa. Tem um feitio parecido com a mãe, mas eu dou-lhe a volta....

E a sua NS, como é a sua relação com a sua filha?

Também é boa, embora a BS esteja impossível de aturar agora. Quer tudo e chora por tudo e por nada. Às vezes já não sei que lhe fazer. Não me obedece e às vezes só lá vai quando lhe mostro o chinelo. Com os outros faz tudo o que lhe mandam mas comigo nunca me obedece. Só é minha amiga quando lhe faço as vontades. Começa com aquela carinha fofa, mãe dá, mãe dá e eu não consigo resistir. Mas eu nunca lhe bati!

E porque razão a sua filha não lhe obedece?

Não sei bem, está cada vez mais teimosa. Ao pai obedece mas a mim não.

Tu fazes-lhe as vontades todas!!! (frisa JS para a mulher) sempre que ela pede alguma coisa lá vai a mãe a comprar.

E qual seria a solução? Já tentou falar com ela?

Bater não, nunca, nem pensar. Se as assistentes sociais soubessem então é que elas me tiravam a BS! Eu tento falar com ela, na boa, com calma, mas acha que ela me liga alguma coisa? Chama-me chata e vira-me as costas. Às vezes não sei bem o que lhe fazer.

E como é a sua relação NS com a sua restante família?

Para mim não há mais família. Não tenho mãe, para mim a minha mãe morreu! Se vejo algum dos meus outros irmãos até posso falar mas não representam nada para mim. Eu não os procuro e eles também fazem o mesmo.

Sempre foi assim a sua relação com a sua mãe?

Aquela mulher é passada da cabeça e o marido dela também. Nem a posso ver à minha frente fico logo doente.

E desde quando não fala com ela?

Há já muito tempo. Desde que ela fez com que me tirassem os meus filhos.

Pode explicar melhor?

É um assunto que não gosto de falar muito, fico logo enervada e cheia de raiva. Eu tive mais três filhos antes da BS. Eu era muito mais nova, veja o mais velho fez agora 12 anos. O fulano com quem eu andava só queria era dinheiro para droga e eu não tinha uma vida fácil. Fiz coisas que não devia ter feito e paguei por isso.

Sabe aonde estão agora os seus filhos? Vai visitá-los?

Um foi adotado, dizem que está bem, mas nunca mais o vi, era o mais velho. O segundo está numa instituição. Fui lá no início, mas o miúdo não me conhecia e só fazia chorar... era ele e eu. Achei melhor não aparecer lá mais.

A terceira é uma menina e sei que está com a avó, a mãe do pai. Está bem tratada, tem tudo, não precisa de mim. Cheguei a ir vê-la de longe, porque não me deixavam visitá-la. Não sei o que lhe disseram de mim. Provavelmente que eu não sou boa mãe. Mas isso é mentira. Se me tivessem ajudado e se a minha mãe não se tivesse metido... ela pelo menos ainda estaria comigo. Foi uma passagem da minha vida que eu não quero falar mais, está bem? Eu tento ser uma boa mãe. Esta minha filha tem tudo, eu nunca lhe faltei com nada, nunca passou fome. Dou-lhe tudo o que quer. Mas eu destes assuntos passados não quero falar mais. Pode ser?

Está bem, passamos à frente.

E quando está mais em baixo, com quem conversa?

Gosto de conversar com a minha irmã AL e com a outra minha irmã CL, mas a AL é quem me entende melhor, ela também não fala com a minha mãe...

E em relação à sua família JS, contacta com alguém quando está mais em baixo?

Sim, com o meu pai. Ele é muito nosso amigo e gosta muito da BS. Não quer que lhe falte nada. Mal sabe que estamos apertados no dinheiro vem logo dar-me dinheiro para comprar o que faz falta, sobretudo não quer que falte comida para a neta. Mas com os brinquedos nem se fala, é só ela fazer aquela carinha de anjinho e pedir ao avô que ele corre logo à loja para comparar.

Existem regras e limites na família?

Não sei, deixe-me pensar... a minha sogra impõe lá umas coisas e anda sempre a barafustar com os meus cunhados porque deixam tudo desarrumado e a casa de banho sempre suja. Mas quando o JS está em casa é ele que manda. A casa é minha e da minha sogra por isso ela não manda sozinha. No meu quarto mando eu. Aí ela não entra se quer. Em relação à BS também sou eu e o meu marido que mandamos nela.

Quem considera pertencer à família?

Para mim a minha família sou só eu o meu marido e a minha filha. Não tenho mais família.

Mas os seus irmãos não são também sua família?

Eu sempre fui a ovelha ranhosa da família. Falo com alguns irmãos, mas não os vou procurar de propósito. Acho que não somos todos filhos do mesmo pai. No total somos 17 irmãos e uns não têm nada a ver com os outros. Há uns que não se parecem nada com o meu pai (riso).

Acha que existem problemas na sua família?

Não acho que não. Está tudo bem. Eu estou bem, ando mais calma e a minha sogra não me chateia a cabeça.

E a falta de emprego de vocês os dois? Não acha um problema?

O JS está agora a trabalhar, ou melhor a fazer um “pescaste”, anda a ajudar o peixeiro do bairro a distribuir peixe. Era nosso amigo no bairro onde morávamos antes de vir para aqui. Gosta muito da BS e do JS e por isso ajudou-nos. Eu ando a tentar encontrar trabalho, mas não está fácil.

(comenta logo de seguida JS) Mas o dinheiro não é problema. Num mês há mais no outro há menos. Eu e o NS passamos bem só com uma sopinha, a BS é que não. Para ela não pode faltar nada e é nessas situações que vou pedir ajuda ao meu pai ou vamos ter com a assistente social para nos dar alguma ajuda.

Quando há algum problema como é que o resolvem?

É sempre o meu marido, ele é que manda lá em casa. Desde que o meu sogro saiu de casa que a minha sogra deixa o filho resolver todos os assuntos. Mas na cozinha é ela que manda (risada de ambos).

Mas não falam todos em família para resolver o problema?

Sim falamos à mesa, mas a palavra do JS é sempre a última. Eu nem digo nada, só falo às vezes no quarto com o JS quando acho que ele decidiu mal.

Quais os profissionais e que instituições estão envolvidas com a vossa família?

Tenho tido uma grande ajuda da minha assistente social. No início não gostei dela....talvez porque tinha receio que me tirassem a minha filha. Mas aos poucos fui percebendo que ela só quer ajudar-me. Em muitas situações, quando estava enrascada de dinheiro fui ter com ela e ajudou-me logo com algum dinheiro. Está também a tentar encontrar-me emprego ou um curso profissional na SCML. Agora na semana passada arranjou maneira de eu ir buscar comida ao banco alimentar. Vou passar lá amanhã.

Aqui no centro de saúde também têm sido meus amigos. Tenho um feitio difícil, Mas eu e a minha médica de família lá nos conseguimos entender.

Existem algumas doenças na vossa família?

Sei que os filhos da minha mãe, alguns têm uma doença que passa para os filhos, mas eu não tenho. Fiz testes e está tudo bem. A minha filha é saudável, é pequenina mas é rija como a mãe (riso).

Mas fez análises ou exames há pouco tempo?

Não, fiz quando estava grávida da BS, nunca mais fiz. Mas eu estou bem.

E da parte do JS é saudável?

Sim também sou saudável. A minha mãe tem a tensão alta e diabetes, mas toma uns comprimidos e anda bem. O meu pai tem uma saúde de ferro, só quer é trabalhar.

Frequentam alguma igreja?

Não, para quê? Essa gente devia pensar era em trabalhar e não em andar por aí sem fazer nada, só a dizer mal uns dos outros.

Como é em relação ao espaço em casa, todos têm o seu quarto e a sua privacidade?

Somos 7 e existem 4 quartos e uma sala, para além da cozinha e da casa de banho. Foi difícil no início, não estava preparada, estava habituada a ter a casa só para mim, para fazer o que queria.

A nossa filha dorme ainda no nosso quarto, mas estou a tentar que durma com a prima. Eu e o JS precisamos de privacidade, ela é muito esperta e quando vê que eu e o pai estamos aos beijinhos vem logo para o meio de nós.

Logo que haja trabalho quero ter novamente um espaço só meu. Não gosto muito que mexam nas minhas coisas e de ter gente sempre a mandar em mim.

Então quer dizer que a falta de privacidade vos incomoda?

Sim é claro, mas agora com pouco dinheiro não temos outro remédio.

A BS está na escola?

Sim está na creche que a assistente social arranhou. Assim deixa-me a cabeça mais livre. Ela agora não para quieta, mexe em tudo e quer tudo.

Como é a sua relação com os vizinhos? Eles ajudam-vos?

É boa. Há uma vizinha que mora por baixo que adora a BS, chega até a ir lá a casa para lhe dar gomas e bolos. Ajudar sou eu que muitas vezes ajudo elas, sobretudo aquelas mais velhotas que têm dificuldade em sair de casa.

E momentos de lazer, de distração existem?

Desde que nasceu a BS as nossas saídas deixaram de ser. Não consigo deixá-la com ninguém para ir para a farra. Agora aos poucos e porque ela já se aguenta acordada mais tempo. Vamos saindo algumas vezes, mais que não seja para beber uma cerveja com alguns amigos.

Como são as tarefas do dia-a-dia lá de casa? Quem as realiza?

A minha sogra agora como está desempregada faz quase tudo, no entanto sou eu que limpo o meu quarto e que cuido da nossa roupa. A minha sogra cozinha quase sempre e não gosta que eu vá para a cozinha, só quando o meu marido e os meus cunhados pedem para eu fazer o meu arroz especial. Todos têm de ajudar em alguma coisa, embora toda a gente se encoste na minha sogra.

E isso é uma situação que a incomoda?

Sim, acho que abusam da mulher... e eu sou às vezes uma delas. Tudo o que faço a minha sogra põe defeitos... assim não dá. Para não me chatear prefiro dormir no meu quarto, sossegadinha.

E já tentou falar com a sua sogra sobre o assunto?

Acho que sim, já não me lembro. Mas não resolveu nada.

E o seu marido o que diz disso tudo

O JS só diz que eu não me zangue, já conhece a mãe e sabe que é muito comichosa com a casa. Para mim é muito bom assim.

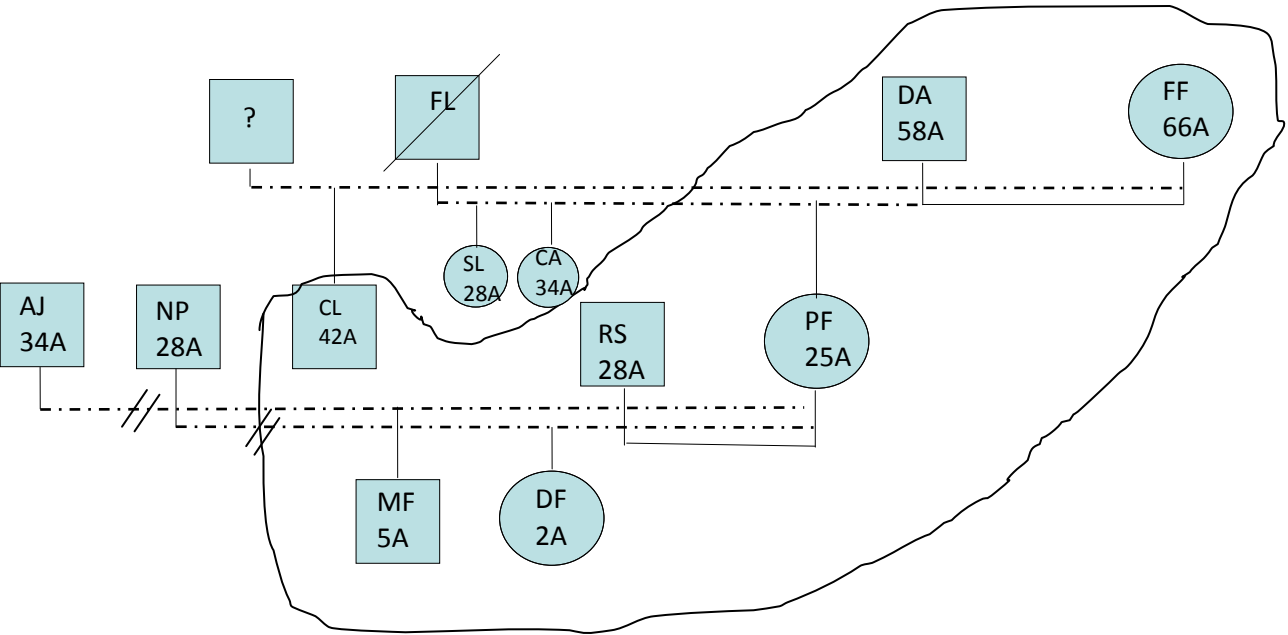
Há alguma situação ou problema na família que o esteja a incomodar ou preocupar?

Não sei, não me lembro assim de repente não me lembro, talvez a minha filha. Gostava que ela não fosse como eu, uma revoltada e que sempre falasse com a mãe. Gostava de saber como educa-la melhor.

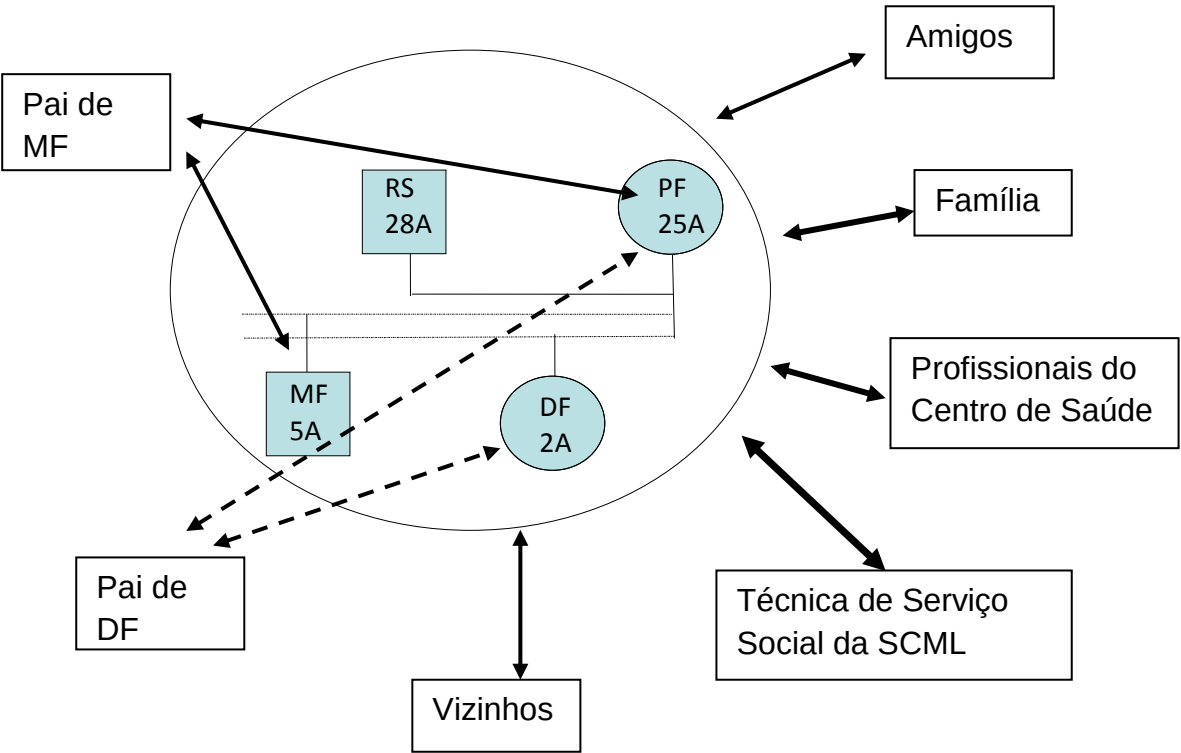
Apêndice 6 – Genograma Família 1

FAMÍLIA 1

- GENOGRAMA



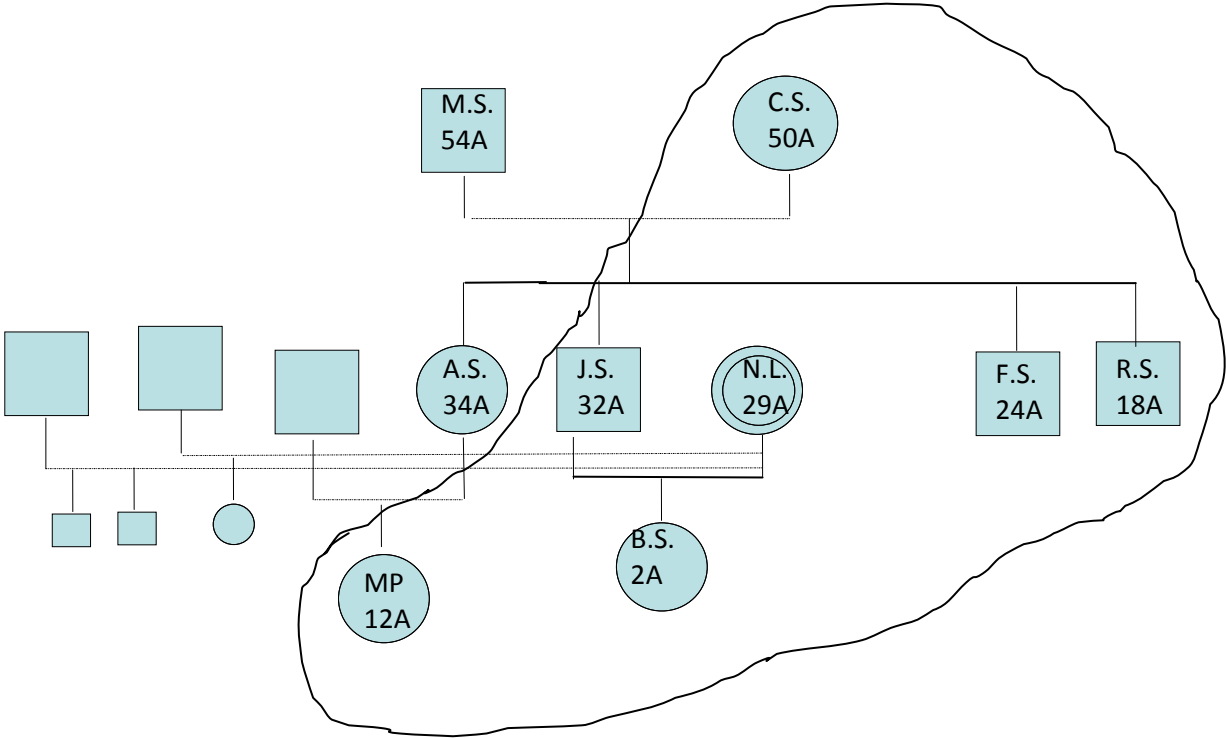
- ECOMAPA



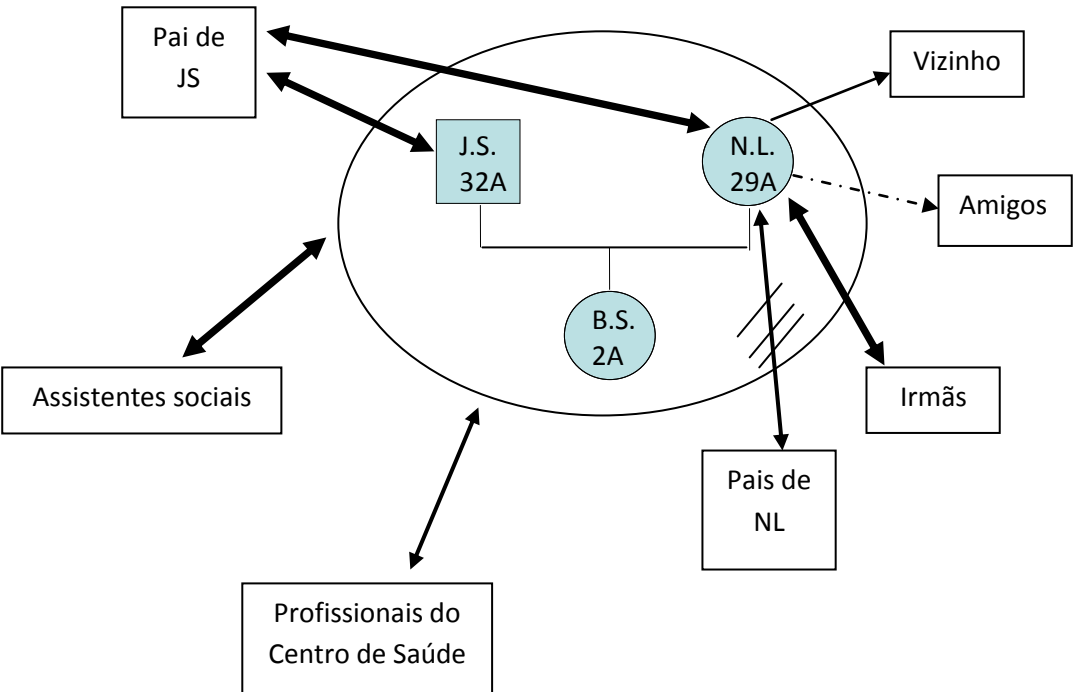
Apêndice 7 – Genograma Família 2

FAMÍLIA 2

- GENOGRAMA



- ECOMAPA



Apêndice 8 – Guia de Observação Família 1

Guia de Observação Família 1

Foi realizada visita ao domicílio da Família 1 para completar a recolha de informações para a entrevista e para se fazer uma inspeção crítica e diagnóstica do local onde a família vive.

O dia e a hora foram previamente acordados com a família encontrando-se por isso já à nossa espera. Quem nos recebeu à porta foi PF que nos convidou a entrar para a sala, onde estavam os dois filhos a ver televisão. Ainda não tinham ido para a escola “...quis que os visse para ver como vão sempre arranjadinhos e limpinhos para a escola!”

A casa apresentava-se limpa, transparecendo alguma desorganização na manutenção das atividades da vida diária: havia roupa aparentemente suja em cima de cadeiras e a mesa ainda tinha os restos do pequeno-almoço.

Pedi para ver o quarto onde todos dormem e deparei-me com uma cama de casal, uma cama de grades onde dorme a filha e um colchão no chão onde fica o filho. Em vários recantos do quarto havia roupa. Em cima da cama de casal estava um computador ligado, que PF justificou dizendo que estava a consultar o mail e à procura de emprego.

O irmão CL estava no seu quarto, ouvia-se a televisão e uma tosse irritativa. No ar sentia-se o cheiro intenso de tabaco de várias horas ou dias. RS, o companheiro de PF surge na sala, mas mostra-se muito reservado e ao fim de pouco tempo comunica que vai sair.

A mãe de PF já não estava em casa, assim como o companheiro que tinha ido trabalhar.

Como estava perto da hora de almoço, questionei PF sobre quem iria confeccionar a refeição. Ela parou um pouco para pensar e depois refere que alguma coisa arranjará, nem que seja uns ovos e salsichas. Habitualmente as crianças comem na escola. Quanto ao jantar diz que ainda vai às compras mais logo.

Apêndice 9 – Guia de Observação Família 2

Guia de Observação Família 2

A visita ao domicílio foi previamente acordada com NS. Quem nos recebeu foi JS o marido de NS, que nos mandou sentar na sala. A televisão estava acesa e em frente estava a filha do casal BS, sentada no sofá onde se encontravam os restos do pequeno-almoço, ou seja um pacote de leite com chocolate e um pacote de bolachas de chocolate também. Abordei a BS questionando-a se não ia hoje para a escola. Rapidamente me respondeu que estava doente, que lhe doía muito a barriga e por isso não ia para a escola. De seguida fixa novamente o olhar na televisão e não me responde a mais nenhuma questão. A NS vem até à sala ao nosso encontro e questionando-a logo sobre o mau estar da filha. “Hoje não consigo convencê-la a ir para a escola, tenho a impressão que nem que lhe bata não consigo que saia de casa hoje para ir para a escola.” Perante toda aquela guludice questiono a mãe se o que está a fazer mau estar à filha não será tudo aquilo, ao que me responde: “não tem comido quase nada, hoje só consegui que bebesse um pouco de leite e comesse umas bolachinhas. Se não passar mais tarde tenho de ir ao médico.” Questiono logo de seguida: “Se está assim tão mal porque não lhe faz alguma coisa de dieta, talvez um chá e torradas?”. Logo de seguida NS refere “E quem é que lhe consegue dar isso? É muito senhora do seu nariz e nada faz contrariada. Quando não se lhe dá o que quer atira-se para o chão e grita. Está muito má...não sei o que lhe fazer!” Surge então o JS que diz “Está habituada a fazer tudo o que quer, a mãe (referindo-se a NS) faz-lhe as vontades todas só para não a ouvir chorar...mas às vezes é preciso ... e até uma palmadinha se for necessário”. BS ouve com atenção toda a conversa e esboça um sorriso de satisfação ao ver que é a personagem principal da conversa. Decido então dirigir a palavra à criança e peço-lhe para me mostrar o seu quarto. Com um movimento rápido e quase instantâneo salta do sofá e agarrando a minha mão arrasta-me até ao fundo da casa. BS dorme no quarto dos pais embora tenha uma cama só para ela, aos pés da cama dos pais. O quarto tem muita roupa espalhada pelos móveis e pelo chão. Não existe um espaço no quarto que pertença ou esteja planeado a pensar na BS. Não se vêem brinquedos. Quando pergunto a BS onde brinca leva-me até à sala novamente e mostra-me um caixote com alguns brinquedos ou partes deles.

A casa apresenta-se pouco cuidada, encontra-se algumas peças de roupa em cima do sofá e alguns restos de comida sobre a mesa.

Peço a NS que me apresente a sogra, leva-me então até á cozinha onde estava a preparar o almoço. A cozinha encontra-se limpa e vejo que está a preparar uma sopa que diz ser para a netinha, “precisa de se alimentar bem”.

Os cunhados de NS não se encontravam em casa, tinham ido até ao café da rua.

Apêndice 10 – Tabela 1 – Problemas de enfermagem identificados nas famílias e as categorias de avaliação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Tabela 1 – Problemas de enfermagem identificados nas famílias e as categorias de avaliação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Problemas identificados	Família 1	Família 2	Total	Porcentagem
Estrutural				
Separação familiar	X		1	50%
Baixa escolaridade	X	X	2	100%
Papéis e funções pouco definidos	X	X	2	100%
Troca de papéis	X		1	50%
Desenvolvimento				
Ausência figura paterna	X		1	50%
Medo de serem retiradas as crianças à família	X	X	2	100%
Receio do cuidador principal (mãe) para promover o bom desenvolvimento das crianças	X	X	2	100%
Falta de conhecimentos e habilidades para o papel de mãe	X	X	2	100%
Processos familiares interrompidos	X		1	50%
Deficit na interação pais/filho	X	X	2	100%
Funcional				
Baixo status socioeconómico	X	X	2	100%
Desemprego	X	X	2	100%
Comunicação familiar diminuída	X	X	2	100%
Família de risco	X	X	2	100%
Manutenção do lar prejudicada	X	X	2	100%

Fonte: Wright & Leahey, 2002

Apêndice 11 – Tabela de priorização de problemas

Tabela de priorização de problemas da Família 1

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES	VALOR FINAL	%
P1	P1 P1 P1 P2 P3 P4	P1=0	0
P2	P2 P2 P2 P1 P3 P4	P2=3	50
P3	P3 P3 P3 P1 P2 P4	P3=1	16,7
P4	P4 P4 P4 P1 P2 P3	P4=2	33,3

Tabela de priorização de problemas da Família 2

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES	VALOR FINAL	%
P1	P1 P1 P1 P2 P3 P4	P1=1	16,7
P2	P2 P2 P2 P1 P3 P4	P2=3	50
P3	P3 P3 P3 P1 P2 P4	P3=0	0
P4	P4 P4 P4 P1 P2 P3	P4=2	33,3

Fonte: Tavares (1990)

Extraído e adaptado de Pineault e Daveluy, 1986

Apêndice 12 - Sessões de Educação sobre Parentalidade

SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA AS FAMÍLIAS DO PROJECTO

1ª Sessão

Tema:

A importância da educação parental no desenvolvimento dos seus filhos

Objectivos:

- Reflectir com as famílias sobre a importância das figuras parentais no desenvolvimento e na socialização da criança
- Reflectir com as famílias sobre a educação parental como um processo em construção permanente
- Reconhecer a importância do brincar, do toque e do elogio no processo de educação dos filhos

Actividades propostas

Actividade 1:

- Projecção de uma imagem (Imagem 1) onde é visualizado um vaso com flores. Recorre-se ao uso de imagens metafóricas: vaso com flores como sendo os filhos e eles (pais) os seus jardineiros ou guardiões. Plantaram uma semente (gravidez) que foram regando e cuidando com todo o carinho. Começou então a nascer uma planta que aos poucos cresceu e deu flores. Ao tratarem bem as flores elas vão crescer lindas e bonitas. O seu papel é fazer com que as flores não murchem, não morram de sede ou por falta de luz.
Pretende-se que os pais consigam fazer a concretização e interiorização da ideia de que o saudável desenvolvimento dos seus filhos passa por toda a atenção que os pais lhes dão, não se referindo somente às necessidades físicas (alimento, protecção do frio, higiene etc.) mas também às necessidades psicológicas, ou seja, o carinho e a atenção que os seus filhos necessitam para um saudável desenvolvimento cognitivo e afectivo.
Todos sabemos cuidar de flores, uns mais que outros, mas aos poucos vamos também aprendendo e perguntando aos que já cuidaram de flores. Pretende-se assim reflectir com os pais sobre o seu papel educativo e das suas competências cognitivas para o desenvolvimento saudável dos seus filhos, algumas que eles já têm outras que vão adquirindo e melhorando.

Actividade 2:

- Projecção de uma imagem (Imagem 2) em que se visualiza uma estrada, com altos e baixos, curvas e contra curvas e em que não se visualiza o fim. A estrada é tortuosa, íngreme, difícil de percorrer. Não se conhece bem o trajecto, os perigos que nos podem surgir, por isso devemos estar atentos e podemos até perguntar a quem a conhece qual o melhor caminho. É uma estrada que devemos percorrer a dois (mãe e pai), mas algumas vezes sozinhos.
Pretende-se dar a imagem metafórica de uma caminhada progressiva e de uma construção permanente das suas competências de educadores dos seus filhos. O objectivo dos pais como educadores é ajudar os seus filhos a caminhar na estrada da vida, sem acidentes ou percalços, com

vista a chegar ao final da estrada, ou seja a uma criança saudável, um jovem feliz e um adulto realizado.

- projecção de várias imagens de trabalhadores da construção civil (Imagem 3), de obras em construção, fazendo com que através de imagens metafóricas consigam perceber a educação parental. Reflectir com os pais sobre a educação parental como um processo em constante formação e melhoramento. Aos profissionais de saúde cabe muitas das vezes o papel de ajudar os pais a tomarem consciência do seu papel e de lhes dar mais competências nesta área, a parentalidade.

Actividade 3:

- projecção de várias imagens de pais a brincar com os filhos (Imagem 4), “a brincar também se aprende, a brincar também se ensina”. Pretende-se deste modo realçar a importância do acto de brincar e de jogar com as crianças, como uma atitude educativa e de extrema importância para o desenvolvimento da criança, fortificando a relação pais/filhos. Importância das crianças nesta faixa etária têm de ver os adultos a fazerem as coisas, para através da imitação aprenderem a fazê-lo e de preferência bem. A família é como uma escola de emoções para o desenvolvimento emocional das crianças, pois é ali que as crianças aprendem a ser e a estar com os outros.

Avaliação da 1ª sessão:

- Pedir aos pais que mencionem os aspectos que acharam mais importantes da sessão
 - Perguntar aos pais se sentem que são como os jardineiros dos seus filhos e de que modo podem melhorar os seus conhecimentos como tratar deles
- Pretende-se deste modo saber o que foi apreendido pelos pais e como acham importantes ou não as sessões sobre parentalidade.

2ª Sessão

Tema:

A comunicação pais/filhos

Objectivos:

- Dar a conhecer os diferentes estilos educativos na comunicação pais/filhos: estilo permissivo, estilo autoritário e estilo assertivo ou democrata
- Conhecer diferentes tipos de discurso: crítica negativa, punição, recompensa e elogio
- Transmitir algumas estratégias para lidar/prevenir certos comportamentos das crianças (birras, amuos, atitudes desafiantes)

Actividade proposta:

Actividade 1:

- Breve recapitulação da sessão anterior, de modo a fazer uma articulação com os temas propostos para a 2ª sessão. Recorrer a algumas imagens visualizadas na sessão anterior.

Actividade 2:

- Simulação de uma situação de falha de comunicação pais/filhos. Pedir aos pais que relatem uma situação passada com os filhos em que não conseguiram comunicar com estes. Pedir que relatem as reacções das crianças e as suas, o que correu bem e o que correu mal e quais seriam as possíveis soluções para o problema.
- Identificar com os pais os estilos educativos presentes nos exemplos que deram

Actividade 3:

- Análise de algumas frases feitas que os pais devem evitar, como por exemplo:
"És muito preguiçoso...demoras imenso tempo e não fazes nada que se aproveite"
"Não sejas medroso, tens medo do escuro? Mas ali não está nada?!"
"Só fazes asneiras...nunca fazes nada certo."
"Sabiam que ele ainda faz xixi na cama?"
"Pareces um palerma... não sabes fazer nada de jeito....já te disse que não é assim que se faz..."

Para as crianças estas mensagens correspondem a ser verdadeiras, pois o que os pais dizem só pode ser verdade e querem imitar. O que se recomenda é a transmitir mensagens positivas

- Dão-se a conhecer aos pais os diversos estilos educativos, reforçando que não deve ser só utilizado um (imagem 5).

- Quais as atitudes a tomar perante alguns comportamentos das crianças? É dado um exemplo de uma situação do dia-a-dia da família e pede-se aos pais que sugiram o comportamento que tomariam. Fazer corresponder aos estilos educativos as sugestões enunciadas.
- Dar algumas dicas no comportamento dos pais para o estabelecimento de uma boa comunicação Pais/Filhos e o cumprimento das regras e limites impostas pelos pais:
 - Dar ordens curtas e precisas, a criança precisa saber o que se lhe está a pedir, respeitando a idade e a compreensão que esta tem
 - Explicar sempre porque se lhe está a pedir aquilo, frisar bem os perigos do não cumprimento
 - Não fazer ameaças
 - Sempre que possível dar opções para que a criança decida e escolha qual a melhor opção para si
 - Os dois progenitores estarem de acordo e sobretudo nunca discutir divergências de opiniões em frente às crianças
 - Não fazer ameaças sobre castigos e quando são impostos ter em conta que devem ser possíveis de por em prática, dando a informação de quando será levantado.

Avaliação das duas sessões:

Foi perguntado aos pais:

- Sobre o que para eles foi novidade e pretendem colocar em prática
- Se acham que as duas sessões foram de alguma forma importantes e lhes deram algo de novo para o seu desenvolvimento como pais
- Se houvesse sessões como estas na unidade de saúde se inscreviam para participar
- Se recomendariam aos seus familiares e amigos sessões como estas



Imagem 1



Imagem 2





Imagem3



Imagem 4

Estilo permissivo

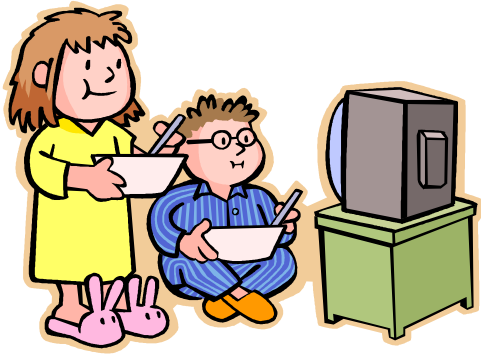
É o deixa fazer tudo

Estilo autoritário

É o que impõe regras sem respeitar as necessidades e opiniões da criança

Estilo democrata

Ouve a criança e dá-lhe regras pelas quais ela se pode orientar, negocia em situações de crise, para que ambos fiquem satisfeitos



O Joãozinho chega a casa depois da escola e vai logo até à televisão.

A mãe diz que é preciso que vá tomar banho porque já falta pouco para o jantar. O Joãozinho diz que não quer e continua em frente da televisão.

- Estilo permissivo

- a criança não sente que existem regras e limites
- não existe suporte dos pais
- a criança fica pouco confiante em si próprio

- Estilo autoritário

- a criança não sente confiança em si próprio
- a criança não aprende a pensar por si e a tomar decisões
- sente medo dos pais
- pode desenvolver certos comportamentos como solidão

- Estilo democrata

- a criança sente que existem regras
- a criança sente-se amada
- a criança sente que as suas opiniões contam
- criança aprende a ser responsável e independente
- a criança aprende a relacionar-se com os outros

Apêndice 13 - Questionário de Avaliação dirigido às Famílias que participaram nas Sessões de Educação sobre Parentalidade

Questionário de Avaliação dirigido às Famílias que participaram nas Sessões de Educação sobre Parentalidade

1. O seu filho regressa da escola e diz-lhe que teve uma ficha na escola com um resultado não satisfatório. No dia anterior ele tinha preferido ver a televisão e não estudou. O que lhe vai dizer?
 - a) “És mesmo burro, a continuares assim nunca vais ser ninguém!”
 - b) Coloca-o de castigo sem se que falar com ele
 - c) Conversar com ele calmamente fazendo-lhe ver que só com o estudo se consegue ter notas boas e fazê-lo prometer que vai já hoje começar a estudar para a próxima ficha. “Tudo se resolve com mais estudo, para a próxima vais conseguir”
2. O seu filho vai às compras consigo e decide fazer uma birra em pleno supermercado. Como reage?
 - a) Ignora-o e espera que passe
 - b) Dá-lhe uma palmada
 - c) Começa a ralhar com ele
3. Quando o seu filho chega a casa da escola o que costuma fazer com ele?
 - a) Perguntar-lhe como correu a escola e ouvi-lo com atenção
 - b) Dar-lhe o lanche e deixá-lo ver a televisão
 - c) Não diz ou faz nada porque está muito ocupado(a)
4. Acha que as sessões a que assistiu ajudaram-no a mudar o seu comportamento com o seu filho?
5. Mudou no seu comportamento com o seu filho alguma coisa depois destas sessões?
6. Se houvesse mais sessões sobre este ou outro tema estaria interessado em participar novamente?
7. Recomendaria estas sessões a alguns dos seus amigos ou familiares?
8. Tem alguma sugestão para melhorar estas sessões?

Obrigado pela sua participação