



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Comunitária

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA FAMÍLIA COM FAMILIAR TOTALMENTE DEPENDENTE

Fernanda Maria Raminhos Silva

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Comunitária

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA FAMÍLIA COM FAMILIAR TOTALMENTE DEPENDENTE

Fernanda Maria Raminhos Silva

Professor Doutor José Edmundo Sousa

2014



Resumo

O presente relatório de estágio do 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que decorreu na Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados do Seixal (USF CSI Seixal), no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, subordinado à temática “Promoção do Autocuidado na Família com Familiar Totalmente Dependente” com o objetivo de: Promover o autocuidado nas famílias inscritas na USF CSI Seixal com um familiar totalmente dependente. Utilizámos a metodologia de planeamento em saúde, segundo Tavares, ancorado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem. Foram aplicados instrumentos de colheita de dados disponíveis na plataforma informática, *Medicine One*, existente no local de estágio e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) preconizado pela Ordem dos Enfermeiros desde 2011 para a prestação de cuidados à família. O desenvolvimento da aplicação na prática de uma “consulta de enfermagem à família” surge como um desafio deste trabalho de investigação na área da intervenção familiar em contexto comunitário. Desenvolver conhecimentos sobre os contextos familiares, ao nível do ambiente, do rendimento familiar, da habitação, da classe social e da capacidade de adaptação às alterações ao longo do ciclo de vida bem como a aplicação da FACES II (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) de 3 a 8 de julho de 2013, permitiu avaliar especificamente a coesão e adaptabilidade familiares (*Olson et al., 1985*). Permitiu avaliar a dinâmica familiar e identificar como diagnósticos de enfermagem comuns o “Papel do Prestador de Cuidados, Não Adequado” e “Processo Familiar Disfuncional”, como subconjuntos diagnósticos “Saturação do papel do prestador de cuidados”. Foram utilizados os contributos teórico-práticos do MDAIF na abordagem à família como cliente. As intervenções de enfermagem individuais e de grupo foram implementadas de acordo com as necessidades específicas de cada família. Foram atingidos os objectivos propostos no início do estágio.

Palavras-chave: Família, autocuidado e dependência total.

ABSTRAT

The present report from the internship in the fourth Master in Community Nursing from the Nursing School of Lisbon, which took place in Family Health Unit Integrated Healthcare from Seixal (USF CSI Seixal), during the period from September 30, 2013 until February 14, 2014, subject to the theme "Promotion of Self-care in Family with a totally dependent family member" with the aim of: Promote self-care in families enrolled at USF CSI Seixal with a family member totally dependent. We used the methodology of health planning, according to Tavares, anchored in the theory of self-care of Dorothea Orem. It was applied available data collection instruments on the computer platform, Medicine One, that exists in the internship location, and the dynamic model of assessment and family intervention (MDAIF) recognized by the order of Nurses from 2011 for family care. The development of application in practice of a "family nursing consultation" in advanced nursing concept, emerges as a challenge in this academic research work. Develop knowledge of familiar contexts, in terms of the environment, housing, family income, social class and the ability to adapt to changes throughout the life cycle as well as the application of FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) from 3 to 8 of July, 2013, allowed to evaluate specifically the family cohesion and adaptability (Olson et al..1985). Allowed to evaluate the family dynamic and to identify as common nursing diagnoses the "role of the caregiver, not suitable" and "Dysfunctional Family Process", and as subsets diagnosis "saturation of the caregiver". MDAIF theoretical and practical contributions were used on the approach to family as a client Individual and group nursing interventions were implemented according to the specific needs of each family. The proposed objectives at the beginning of the internship were achieved.

Key-words: Family, selfcare and total dependable

“Os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projecto de saúde”

(Figueiredo, 2012, p. 69)

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso académico não teria sido possível sem o contributo de algumas pessoas, em primeiro lugar agradeço à minha família, ao meu marido, José Carlos, amigo e companheiro de todos os momentos, aos meus filhos, Alexandre e Dinis, obrigada por me apoiarem incondicionalmente desde o primeiro momento, espero que o fato de estudar nesta etapa das nossas vidas seja um exemplo a seguir por vocês, no futuro. À minha família alargada irmã, cunhado, aos meus sobrinhos, à minha mãe e ao meu sogro, por todo o apoio que demonstraram.

Em segundo lugar, à Maria Inês Carvalho, minha amiga, colega e companheira neste percurso, o seu apoio e companheirismo fizeram a diferença nesta caminhada, estou certa que este percurso não teria sido o mesmo sem a sua companhia.

Aos meus amigos, não os vou nomear por serem muitos, eles sabem quem são, obrigada pela força que me deram e por todas as palavras de apoio.

A toda a minha equipa multidisciplinar, pelo apoio e carinho ao longo deste trajeto. Não poderia deixar de destacar o meu enorme agradecimento às minhas colegas, são elas, as Enfermeiras Ana Jordão, Anabela Pessanha, Cesaltina Santos, Maria Nélia Coelho, Miriam Almeida e Sandra Pereira, por todos os momentos em que me substituíram e pelo apoio incondicional, obrigada por tudo. Um agradecimento especial à Enfermeira Miriam Almeida por ter aceite ser minha orientadora de estágio, sem os seus contributos, este trabalho seria mais pobre.

Um agradecimento especial ao Professor Doutor José Edmundo Sousa, meu orientador de Mestrado, por toda a disponibilidade e dedicação, por todos os contributos que tornaram este trabalho académico de Investigação uma realidade.

Às minhas colegas de mestrado, por todos os momentos de partilha de saberes, pelos momentos de alegria e por termos sido um grupo que cultivou a amizade e o companheirismo ao longo do tempo.

A todos os professores pela dedicação, pelo conhecimento que partilharam e pela compreensão neste momento difícil que a profissão atravessa.

ÍNDICE	Pág.
AGRADECIMENTOS	
RESUMO / ABSTRACT	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE TABELAS	
INTRODUÇÃO	14
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. Conceito de Família	16
1.2. Enfermeiro de Família	17
1.3. A Família com familiar totalmente dependente	19
1.4. Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado	20
1.5. A Coesão e Adaptabilidade Familiar	22
1.6. A Comunicação Familiar	24
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	26
2.1. Justificação do Tema	26
2.2. Caracterização do ACES Almada e Seixal	27
2.3. Caracterização da USF CSI Seixal	27
2.4. Questões Éticas	27
3. METODOLOGIA	29
3.1. Finalidade e Objetivos do Programa de Intervenção Comunitária	29
3.2. População, População Alvo e Amostra	29
3.3. Instrumentos de Recolha de Dados	30
3.3.1. Índice de Katz	30
3.3.2. Avaliação Social segundo Graffar	30
3.3.3. Classificação familiar segundo o estágio de desenvolvimento de Evelyn Duvall	31
3.3.4. APGAR familiar de Smilkstein	31
3.3.5. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	31

3.3.6. FACES II	32
3.3.7. Genograma	33
3.3.8. Ecomapa	33
3.4. Apresentação e Análise de Resultados	33
3.5. Diagnósticos de Enfermagem	36
4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	37
5. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	39
6 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	43
7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL	46
8. AVALIAÇÃO	51
9. CONCLUSÃO	54
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS e APÊNDICES

ANEXO I - Índice de Katz

ANEXO II - Escala de classificação social segundo Graffar

ANEXO III - Classificação familiar segundo o estágio de desenvolvimento de Evelyn Duvall

ANEXO IV - APGAR Familiar de Smilkstein

ANEXO V - Questionário de Colheita de Dados, adaptado do MDAIF

ANEXO VI - FACES II

ANEXO VII - Autorização da Dr.^a Otília M. Fernandes para aplicação da FACES II

APÊNDICE I - Estudos de Caso

APÊNDICE II - Cronograma de Estágio

APÊNDICE III - Tratamento dos dados da aplicação da FACES II, por família

APÊNDICE IV - Consentimento Informado

APÊNDICE V – Priorização

APÊNDICE VI - Atividade 1- Apresentação dos projectos de investigação da mestranda Fernanda Silva à equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal, local onde vai decorrer o Estágio

APÊNDICE VII - Atividade 2 - Consulta de Enfermagem de Família

APÊNDICE VIII - Atividade 3 - Sessões de Educação para a Saúde Dirigido ao Grupo de Famílias com Familiar Totalmente Dependente – Grupo de Ajuda Mútua

APÊNDICE IX - Atividade 4 - Intervenção no luto- “ Uma intervenção na Família 5”

APÊNDICE X - Atividade 5 – Estágio de Observação na UCC/ ECCL do Seixal

APÊNDICE XI - Guia de Recursos e Apoios Disponíveis na Comunidade

APÊNDICE XIII - Consentimento Informado

APÊNDICE XIII – Pedidos de Autorizações do ACES

ÍNDICE DE QUADROS	Pág.
Quadro I - Coesão Familiar por Questão	32
Quadro II - Adaptabilidade Familiar por Questão	32
Quadro III - Resultados obtidos após a consulta de Peritos	38
Quadro IV - Priorização dos Diagnósticos de Enfermagem	38
Quadro V - Objetivos Operacionais / Metas	40
Quadro VI - Objetivos e Atividades	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1

Pág.

52

Gráfico 2

52

Gráfico 3

53

ÍNDICE DE TABELAS	Pág.
Tabela I - Número de Famílias da USF CSI Seixal	34
Tabela II - Classificação das Famílias da USF CSI Seixal seguidas em programa de visitação domiciliária quanto ao género e idade	34
Tabela III - Resultados da aplicação dos instrumentos de recolha dados por Família	35
Tabela IV - Indicador de Processo - Participação das Famílias nas Sessões de Grupo de Ajuda Mútua	40
Tabela V - Indicador de Resultado - Famílias com Consulta de Enfermagem de Família	41
Tabela VI - Indicador de Resultado - Famílias que alteraram a classificação da coesão	41
Tabela VII - Indicador de Resultado - Famílias que alteraram a classificação da adaptabilidade	42

LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Pág. - Página

ACRÓNIMOS

ACES AS - Agrupamento dos Centros de Saúde de Almada e Seixal

APA - Publication Manual of the American Psychological Association

APGAR - Adaptação (*adaptation*), Participação (*participation*), Crescimento (*growth*), Afecto (*affection*) e Resolução (*Resolution*)

CIPE 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2

FACES II - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão (*Familiar Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*)

SIGLAS

ICN - International Council of Nurses

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

RNCSI - Rede Nacional de Cuidados de Saúde Integrados

USF CSI - Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária.

Consideramos que a identificação do défice de autocuidado e a determinação de intervenções de enfermagem, permitirá ao cliente família, melhorar o autocuidado perante a situação de total dependência de um familiar, tendo em conta o seu contexto e as suas características sociodemográficas. Assim este projecto teve como foco de atenção a “Família”, definimos como tema: “PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA FAMÍLIA COM FAMILIAR TOTALMENTE DEPENDENTE”.

Este relatório pretende dar a conhecer o percurso formativo efetuado, comporta vários capítulos. No capítulo enquadramento teórico procurámos definir alguns conceitos. Para fazer a ancoragem do mesmo, definimos o conceito de família, dependência total, coesão, adaptabilidade familiar e comunicação familiar. Utilizámos como referencial teórico, Dorothea Orem e a teoria do autocuidado.

Abordaremos o diagnóstico de situação de saúde onde se clarifica a justificação do tema e caracterização do local de estágio. Segue-se a metodologia em que recorreremos ao planeamento em saúde, segundo Tavares, 1990.

Utilizámos o método de amostragem por conveniência, da amostra fazem parte seis famílias, todas têm um familiar totalmente dependente no domicílio. Foram aplicados vários instrumentos de colheita de dados e aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) da Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, adotado pela Ordem dos Enfermeiros desde 2011, como referencial para a prática de cuidados à família.

Neste estudo utilizamos também vários instrumentos de colheita de dados de entre os quais, a FACES II que permitiu avaliar a coesão e adaptabilidade familiar de todas as famílias da amostra.

A determinação de diagnósticos de enfermagem, a definição de estratégias e a implementação de intervenções de enfermagem junto das famílias com familiar totalmente dependente consiste no papel fundamental que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume autonomamente.

É na família que todo o ser humano aprende e desenvolve o autocuidado, nela encontra paz, liberdade e bem-estar. É um pilar fundamental na construção física, psicológica e social. A família é um sistema aberto que sofre influências constantes do meio que a envolve. Uma mudança, num dos seus membros altera o equilíbrio de todo o sistema familiar. (Araújo,2012)

As forças e os laços familiares reforçam a capacidade da família na promoção do autocuidado e na resolução de problemas de forma a manter o sistema familiar equilibrado.

No desenvolvimento do relatório abordamos também a definição de prioridades seguida pela fixação de objetivos.

Abordamos ainda a seleção de estratégias de onde se destaca a implementação da “Consulta de Enfermagem à Família”, foram elaborados estudos de caso e os respetivos planos de cuidados (Apêndice I). Definimos intervenções de enfermagem, de acordo com os diagnósticos de enfermagem priorizados de forma a compreender e influenciar positivamente os papéis de cada membro na família, perceber como se relacionam e comunicam, com o objectivo de promover o autocuidado no sistema familiar.

Por fim apresentamos a conclusão, onde abordamos as implicações para a prática e uma reflexão sobre a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e enfermagem de família.

As referências bibliográficas são apresentadas segundo a norma da APA (*American Psychological Association*).

Consideramos que desenvolver conhecimentos e estudos de investigação na prática clínica da enfermagem, na abordagem à família como cliente, dão consistência à evidência científica nesta temática.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A família é um eixo estruturante de qualquer sociedade desenvolvida ou em vias de desenvolvimento. É na família que iniciamos todo o processo de aprendizagem, desde os processos de autocuidado das necessidades humanas básicas até às aprendizagens de socialização.

Para Figueiredo " o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focaliza tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente." (Figueiredo, 2012, p. 70).

A Enfermagem de Família detêm uma situação qualificada e privilegiada para prestar cuidados de enfermagem à família, pelo seu conhecimento científico, pela sua proximidade e pelo fato de conhecer o meio ambiente.

Assim consideramos abordar neste enquadramento teórico os conceitos de família, enfermeiro de família, a família com familiar totalmente dependente, os conceitos de coesão e adaptabilidade familiar, comunicação familiar e a teoria de autocuidado de Dorothea Orem.

1.1. Conceito de Família

O conceito de família evoluiu ao longo do tempo, a evolução social conduziu a mudanças significativas na estrutura e nos contextos familiares. A família é um sistema em constante evolução, à semelhança de um organismo vivo. (Relvas, 2000, p.15). A cultura, o ambiente, as condições sociodemográficas, as condições socioeconómicas, a orientação sexual, a religião, a etnia e raça são factores de influência sobre a família e podem alterar o seu desenvolvimento.

Relvas, vê a família numa conceção sistémica, afirma que devido à sua complexidade nenhuma família se pode igualar a outra. (Relvas, 2000, p.11).

As autoras Wright e Leahey consideram que "a família é, quem a família considera como família." (Wright e Leahey, 2002, p. 68)

Gameiro refere que a família é uma rede complexa que tem uma estrutura, uma riqueza e uma complexidade relacional difíceis de descrever. (Gameiro, 1992)

Para Figueiredo, a família é representada como uma organização de relações dinâmicas, contextual e complexa em constante relação com o meio. Onde o Enfermeiro vê a família como unidade de cuidados, podendo dessa forma contribuir para a mudança de paradigma na investigação em enfermagem de família, com uma visão filosófica, epistemológica e ideológica. Valorizando a prática científica sustentada em pressupostos ecosistémicos. (Figueiredo, 2012, p.3)

1.2. Enfermeiro de Família

É absolutamente necessário que os especialistas em enfermagem comunitária e de família compreendam a família no seu contexto, de modo a poderem entendê-la como cliente, devem para isso desenvolver conhecimentos profundos. Perceber ainda, como funcionam os seus elementos, quer na comunidade quer na sociedade em geral. (Stanhope e Lancaster, 2011, p.584).

Para que o conceito de “Enfermeiro de Família” possa evoluir para uma representação profissional e ser para além de um modelo de trabalho, é necessário definir uma área de competências especializada, tal como afirma Maria Augusta Sousa, na apresentação do livro de Henriqueta Figueiredo “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.”

(...) a Enfermagem de Família é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objecto de estudo.

(Figueiredo, 2012, p.3)

Figueiredo refere que “os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto alvo e unidade de intervenção, são regidos por um paradigma sistémico” (Figueiredo, 2012, p. 70)

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar segundo o Regulamento Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, no artigo 4º da Ordem dos Enfermeiros são: “a) Cuidar da família como unidade de cuidados; b) Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária”. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

“o foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interacção da família com o seu ambiente”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

O enfermeiro de família é um dos profissionais de saúde que pode intervir nessas situações. Com as suas competências pode orientar e capacitar as famílias para o autocuidado, no sentido de desenvolverem recursos internos que lhes permitam resolver e ultrapassar os seus momentos de crises.

Existem cada vez mais trabalhos de investigação que contribuem de forma positiva para a construção e consolidação do conhecimento científico, que têm desenvolvido e fundamentado a evolução do conceito de “Enfermeiro de Família”.

(...) o aumento das pesquisas sobre família e a ampliação da prática clínica, tomando a família como objecto do cuidado. As transformações das práticas de enfermagem implicam também uma diversificação das responsabilidades do(s) seu(s) campo(s) de actuação, sendo necessário que se analise o estado actual da prática da enfermagem centrada na Família e a percepção da família pelos profissionais de enfermagem.

(Queiroz, 2006)

O MDAIF é um dos referenciais teóricos operativos que contribuiu recentemente para esta fundamentação, contribui com respostas fundamentadas na prática clínica dos enfermeiros Portugueses. É um excelente suporte, especialmente na prática direccionada à Família enquanto alvo de intervenção e cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários. Tornando esta uma área específica da enfermagem, com base num pensamento sistémico na sua abordagem, utilizando uma linguagem internacional (CIPE- Classificação Internacional para a Prática da

Enfermagem, versão β 2), permitindo a sua compreensão de forma abrangente, à família como uma unidade emocional e afectiva nas dimensões sociais e psicológicas, conduzindo a comportamentos e aprendizagens que as tornaram mais capacitadas para a resolução de problemas de saúde.

Compreender o espaço, o contexto e a dinâmica de cada família é um privilégio do enfermeiro de família, através desta compreensão poderá efetuar colheita de dados e definir intervenções de enfermagem baseada em modelos de intervenção que permitem prestar cuidados orientados para a multidimensionalidade, complexidade e diversidade. As famílias tornam-se mais capacitadas para o autocuidado tomando comportamentos de saúde que lhes irão permitir tomar decisões sustentadas e apoiadas pelos enfermeiros de família com o sentido primordial da promoção da saúde familiar e colectiva.

1.3. A Família com familiar totalmente dependente

Na família a dependência total de um familiar, conduz a alterações, algumas famílias vivem esses processos de forma complexa. Dependendo da capacidade para adaptação às crises e ao *stress* a que a família está sujeita. Figueiredo (2012) chama à capacidade de adaptação da família " *coping* familiar". É necessário encontrar no seio familiar estratégias de confronto familiar para que seja possível a sua reorganização.

Relvas, considera em situação de dependência, "(...) alguém para quem uma interacção específica com outro parece imediatamente necessária ou mesmo vital. (...) a dependência pode ter que ver com a doença, a falta de autonomia financeira ou mesmo psicológica" Relvas (2000). Defende também que não se pode delimitar a dependência a uma faixa etária, ainda que esta seja associada a idades mais avançadas, acima dos 75-80 anos. (Relva, 2000, p.218)

A evolução das sociedades atuais os novos modelos de família, o desemprego e o aumento da esperança de vida conduzem a alterações inevitáveis nas famílias, obrigando-as a uma reorganização e adaptação contantes, o que conduz a situações de instabilidade e *stress*, provocando desequilíbrios na coesão e adaptabilidade da estrutura familiar. O envelhecimento é uma das causas que leva a

situações de dependência total ou parcial. Estas modificações levam as famílias a ter necessidade de intervenções de enfermagem qualificadas de forma a promover ou ajudar a restabelecer o seu equilíbrio.

A dependência no autocuidado não se restringe apenas ao envelhecimento, mas a todas as situações em que se verifique "estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio." (ICN, 2005, p. 107).

As situações de dependência total no autocuidado são um problema que requer cuidados de saúde diferenciados. A existência de recursos qualificados para dar respostas de saúde de qualidade, em cuidados de enfermagem na comunidade, é reconhecida como essencial para a segurança e o bem-estar das comunidades e das famílias com uma perspectiva segura de ganhos em saúde.

Para que os recursos da comunidade sejam potencializados é necessário ter uma intervenção positiva na sua divulgação, de forma a capacitar as famílias potenciais utilizadoras dos mesmos. Para que esta situação seja uma realidade é necessária uma articulação eficaz entre os diferentes serviços prestadores de cuidados. (Costa,2010)

1.4. Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado

O modelo teórico que fundamenta este trabalho de investigação é a "Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem", perspetivando "a família como unidade básica de condicionamento, na qual o individuo aprende a cultura, os papéis, e as responsabilidades". (Hanson, 2005, p. 56). Assim, a família constitui o agente de autocuidado. Orem, refere que as enfermeiras encontram-se numa posição privilegiada para trabalhar com as famílias, e seleccionar quais, de entre os membros da família, são mais capazes para prestar cuidados ao familiar dependente. (Orem, 1993, p.197). Defende ainda em relação à intervenção de enfermagem que:

" temos de nos dirigir às pessoas e a sua localização tempo espacial; temos de nos focar nos atributos e características das pessoas; temos de ter em conta o movimento e trocas com o exterior; temos como objetivo os resultados produzidos, que têm de ser avaliados".

(Orem,1993, p.75)

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem é composta pela teoria do autocuidado; a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Na teoria dos sistemas de enfermagem são definidos três sistemas: o sistema de enfermagem totalmente compensatório, o sistema de enfermagem parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. Neste sistema de enfermagem a família é capaz de realizar, ou pode e deve aprender a realizar as medidas requeridas de autocuidado terapêutico interna ou externamente, mas não pode fazê-lo sem ajuda. (Orem, 1993,p.325). Neste sistema, as necessidades de ajuda estão limitadas à tomada de decisão, controlo da conduta e aquisição de conhecimentos e habilidades.

Orem refere-se ainda aos três níveis de prevenção onde os enfermeiros podem intervir, compensando e ultrapassando limitações humanas associadas a situações de saúde/ doença ocupando-se do autocuidado, dos cuidados em situações de dependência contribuindo para a recuperação da saúde, para a prevenção de doenças e para a manutenção da vida humana. (Orem, 1993, p.41)

As famílias com familiares totalmente dependentes vão ser agentes de autocuidado e necessitam da intervenção do seu enfermeiro de família no âmbito do sistema de apoio e educação sendo este sistema de enfermagem privilegiado na intervenção deste trabalho.

Os métodos de ajuda definidos por Orem vão de encontro à prática de enfermagem de família, nomeadamente à intervenção nas famílias com um familiar totalmente dependente. Estes métodos são uma série sequencial de ações que vão ultrapassar ou compensar as limitações das famílias na sua vida quotidiana. Orem, identifica estes métodos como: “actuar por outra pessoa ou fazer por ela, guiar e dirigir, proporcionar suporte físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar.” (Orem, 1993, p.10)

Assim a atuação de enfermagem consiste na capacidade dos enfermeiros em estabelecer uma relação interpessoal com as famílias, capacidade para agir e saber cuidar das famílias nessas relações, satisfazendo as suas necessidades de

autocuidado terapêutico, bem como regular o desenvolvimento ou exercício da sua actividade de autocuidado.

1.5. A Coesão e Adaptabilidade Familiar

Para Lorent e Cano (2003), coesão familiar é definida no seu modelo segundo duas componentes: “o vínculo emocional que existe entre os membros de uma família” e o “ nível de autonomia individual que uma pessoa experimenta no seio da sua própria família”. (Lorent e Cano, 2003, p. 205)

Os mesmos autores fazem uma caracterização sumária dos vários tipos de coesão em função do papel do *eu* e do *nós*:

“Coesão Desprendida – Primazia do eu, ausência de união afectiva entre os familiares, ausência de lealdade à família, grande independência pessoal;

Coesão Separada – Primazia do eu, com presença do nós, moderada união afectiva entre os vários elementos da família, certa lealdade e interdependência ainda que com tendência para predominar a independência;

Coesão Unida – Primazia do nós com presença do eu, considerável união afectiva entre os familiares, certa lealdade, fidelidade e interdependência entre os membros da família, manifesta-se tendência para predominar a dependência;

Coesão Enredada – Primazia do nós, máxima união afetiva entre os familiares, exigência de fidelidade e lealdade à família, alto grau de dependência em relação às decisões tomadas em comum.”

(Lorente e Cano, 2003, p. 207)

A FACES original foi desenvolvida em 1988 com a pretensão de avaliar especificamente a Coesão e Adaptabilidade familiares (Olson *et al.*,1985). Tendo sido concebida para medir a dinâmica familiar.

No MDAIF desenvolvido por Figueiredo (2012), foi aplicada a FACES II (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar), para a avaliação familiar. Este instrumento permite compreender aspectos fundamentais, como a coesão, adaptabilidade e funcionamento da família, avaliando a percepção dos seus membros sobre a mesma.

Utilizamos a FACES II na versão Portuguesa da Professora Otília Fernandes (Fernandes, 1985). A FACES II é um questionário individual de auto-avaliação que classifica famílias, evoluiu a partir da aplicação de outros instrumentos.

Ao aplicar como instrumentos de colheita de dados a FACES II (Anexo VI), pretendemos avaliar a Coesão e a Adaptabilidade da Família. Esta é uma escala de autopreenchimento.

Da aplicação da FACES II, surgem quatro níveis de coesão familiar: muito ligada, ligada, separada, desmembrada. E quatro níveis de adaptabilidade familiar: muito flexível, flexível, estruturada, rígida. Conduzindo a quatro tipos de famílias: Muito equilibrada; Equilibrada; Meio-termo e Extrema. Para a interpretar torna-se essencial definir os conceitos de coesão e adaptabilidade familiar.

Curral R. et al, referem que coesão familiar “define-se pelas ligações afectivas que existem entre os vários elementos da família.” E adaptabilidade familiar “pela mudança que o sistema opera na liderança, nos papéis e nas regras, em resposta a situações de *stress* ou crise familiar.” (Curral, Dourado, Roma Torres, Barros, Pacheco Palha e Almeida, 1999)

Olson, Sprenckle e Russell definem o conceito de adaptabilidade familiar ou conjugal, como:

“a habilidade de um sistema conjugal ou familiar para modificar a sua estrutura de poder, os papéis e as regras da relação, em resposta ao *stress* de uma situação concreta e determinada ou por um desenvolvimento vital evolutivo de toda a família”. (Olson, Sprenckle e Russell, 1979)

A Adaptabilidade trabalha a capacidade da família de aprender por mecanismos de retro alimentação (*feedback*) positiva ou negativa. O sistema familiar adaptativo – família adaptável – segundo Olson (1979), envolve a análise dos seguintes parâmetros familiares: Estrutura de poder familiar; Estilos de negociação; Relação entre papéis sexuais e regras da relação e os Sistemas de retro alimentação – positiva e negativa. A família é tanto mais funcional quanto maior for a sua flexibilidade para se adaptar à mudança.

A interpretação da FACES, permite compreender e interpretar a família, onde valores extremos são mais esperados em famílias disfuncionais e os valores médios, indicadores de famílias saudáveis. (Olson, Sprenckle e Russell, 1979)

O Modelo Circumplexo de Olson diz que, níveis de coesão e de adaptação equilibrados são promotores de um funcionamento familiar saudável, por outro lado, níveis de coesão e adaptação desequilibrados estão associados a famílias com problemas funcionais (Olson, 2011).

1.6. A Comunicação Familiar

Segundo Olson, 1998, no seu Modelo Circumplexo, é organizado em três dimensões, a coesão e adaptabilidade e a comunicação familiar.

Perceber a forma como a família comunica é essencial na avaliação da familiar, facilita a sua compreensão e respetiva avaliação. A alteração do padrão de comunicação permite uma determinação mais fundamentada de diagnósticos de enfermagem. Assume relevância na terapia familiar nas diferentes disciplinas intervenientes nesta área.

Interpretar os diferentes tipos de comunicação, verbal ou não verbal, é orientador na abordagem familiar, quer pela mensagem que é transmitida, quer pela influência nas relações entre os seus membros.

A descodificação da comunicação ajuda a validar a perceção entre os membros. Desta forma contribui para definir diagnósticos quanto à funcionalidade / disfuncionalidade familiares. (Hanson, 2005, p.329)

A comunicação influencia a promoção do autocuidado ao longo do ciclo vital da família em todos os tipos de relações, conjugais, parentais ou qualquer outro tipo de relação que os membros estabeleçam. A comunicação entre os membros da família vai promover uma melhor satisfação sobre a forma como expressam sentimentos e emoções e como discutem os problemas. Desta forma, uma comunicação clara entre os membros da família contribui positivamente para a sua resolução.

Figueiredo (2012), afirma que "famílias equilibradas possuem e utilizam melhor os seus canais de comunicação do que as famílias extremas". Considera que capacidades de comunicação positiva são: a empatia, escuta e apoio. Permitem a partilha de necessidades e de preferências. (Figueiredo,2012, p. 21)

A utilização da comunicação adequada por parte das enfermeiras vai ajudar a promover o autocuidado das famílias. Na intervenção familiar a utilização de questões lineares com o objectivo de colher informação sobre a família tem um cariz essencialmente investigativo, permite ao enfermeiro conhecer o problema familiar. Por outro lado, a utilização de questões circulares irá permitir intervir e promover mudança, estas questões permitem a compreensão do problema ao nível das relações, dos factos, das ideias e das crenças. (Wright e Leahey, 2002, p.153)

Uma comunicação orientada por perguntas bem redigidas permite a intervenção de enfermagem no domínio cognitivo, do afectivo e do comportamental da família, orienta os cuidados e conduz a mudança comportamental.

A alteração do tipo de comunicação familiar vai influenciar e alterar as dimensões coesão e adaptabilidade familiar. A comunicação é ainda facilitadora na resolução de problemas entre os membros da família, é a base da relação entre profissionais e utentes e é essencial na terapia familiar.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Neste percurso de investigação tivemos como preocupação a validação dos instrumentos de recolha de dados e as questões éticas. Envolvermos os participantes no projeto de investigação, respeitando a sua decisão livre e informada, disponibilizámos o consentimento informado, respeitando acima de tudo a sua confidencialidade.

2.1. Justificação do tema

É importante a aquisição de conhecimentos sobre a realidade em que as famílias vivem, as suas necessidades bem como os recursos que devem ser desenvolvidos de forma a apoiar e capacitar estas famílias, no sentido de desenvolverem uma resposta positiva e adequada às suas situações.

A situação de dependência no autocuidado é uma realidade social, existe ainda uma ausência de conhecimento relativo às necessidades das famílias que cuidam de pessoas com dependência, das suas necessidades especiais e da sua realidade social. Este conhecimento é essencial para adequar a prestação de cuidados, Costa (2010), considera de “ (...) enorme importância a aquisição de conhecimento que vise a aquisição da realidade das pessoas em situações de dependência no autocuidado e dos seus cuidadores familiares”. (Costa, 2010)

Hanson (2005), Costa (2010) e Figueiredo (2012), são alguns dos autores que corroboram a opinião de que é necessário que a enfermagem aprofunde conhecimentos sobre as famílias, sobre os contributos que o “Enfermeiro de família”, deve desenvolver de forma a possuir competências específicas para dar respostas adequadas às necessidades de saúde, no contexto em que a “Família” está inserida, dando especial atenção ao meio envolvente, às suas condições socioeconómicas e sociodemográficas.

A intervenção de enfermagem deve assim enfatizar a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas, desempenhando o papel de facilitador na construção

de soluções, ao longo do seu ciclo vital a nível da prevenção primária, secundária e terciária. (Figueiredo, 2012, p. 69,70)

2.2. Caracterização do ACES Almada e Seixal

O concelho do Seixal localiza-se na margem Sul do Tejo, pertence ao distrito de Setúbal e Área Metropolitana de Lisboa. Ocupa uma área com cerca de 93,58 Km. A população residente no concelho é 158 269 (Censos, 2011).

O centro de saúde do Seixal está integrado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Almada e Seixal, com diversas extensões de saúde associadas. O concelho do Seixal tem 158 269 habitantes e o de Almada 174 030 habitantes. (Censos, 2011)

2.3. Caracterização da USF CSI Seixal

A USF CSI Seixal situa-se no concelho de Seixal, distrito de Setúbal na região de Lisboa e sub-região da península de Setúbal. Estão inscritas 15 666 pessoas (dados retirados de sistema informático *Medicine One* - Modulo estatística a 03/07/2013). Distribuídos por oito listas, a cada lista está atribuído um médico e um enfermeiro de família, dando-lhes apoio cinco assistentes administrativos.

O Seixal apresenta uma população tendencialmente envelhecida, o seu índice de envelhecimento, está em processo de crescimento, era em 2001 de 60,3 %, atingindo em 2011 um valor 94,9%. No entanto, é o mais baixo da Península de Setúbal. Quanto ao Índices de Dependência de idosos, sofreu um aumento em 2011 comparativamente a 2001 de 14% para 28,8%. (Censos, 2011)

2.4. Questões Éticas

Para o desenvolvimento do diagnóstico de situação de saúde foi necessário pedir as devidas autorizações de forma a cumprir todas as normas de ética que devem regular a investigação. As autorizações solicitadas foram:

Consentimento informado das famílias que aceitem participar no percurso da investigação. (Apêndice XII);

Autorização para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados às famílias inscritas na USF CSI Seixal, ao Director do ACES de Almada e Seixal, Enfermeira

Vogal no Conselho de Administração do ACES AS, à Enfermeira Chefe da USF CSI, à Diretora Clínica do ACES AS e à Coordenadora da USF CSI Seixal. (Apêndice XIII);

Autorização para que o nome do ACES Almada Seixal e da USF CSI Seixal possam ser mencionados e identificados, no decorrer do estágio e respectivo relatório.(Apêndice XIII).

3. METODOLOGIA

Tendo como foco de intervenção a família como cliente, o quadro conceptual de Enfermagem descrito por Orem (1991) e a metodologia utilizada é o planeamento em saúde segundo Tavares (1990), será esta a metodologia recomendada para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

3.1. Finalidade e Objetivos do Programa de Intervenção Comunitária

Este programa pretende caracterizar, avaliar e intervir nas famílias, de forma a poder fazer o diagnóstico de saúde e um planeamento em saúde. Como referimos anteriormente, definimos como objetivo geral: Promover o autocuidado nas famílias inscritas na USF CSI Seixal com um familiar totalmente dependente.

Foram definidos como objectivos específicos: Identificar e caracterizar as famílias inscritas na USF CSI Seixal com um familiar totalmente dependente;_Identificar diagnósticos de enfermagem na família com familiar totalmente dependente e Intervir nas famílias com um familiar totalmente dependente de forma a promover o seu envolvimento.

3.2. População, população alvo e amostra

Foi definida como População “Todas as famílias inscritas na USF CSI Seixal” e como População Alvo “Todas as famílias inscritas na USF CSI Seixal com familiar totalmente dependente”. Da nossa Amostra fazem parte “Todas as famílias inscritas na USF CSI Seixal com familiar totalmente dependente, seguidos no programa de visitação Domiciliária, que vivam na área do Centro de Saúde do Seixal. Definimos como critérios de inclusão as “Famílias com um familiar totalmente dependente seguidos no programa de Visitação Domiciliária, que vivam na área do Centro de Saúde do Seixal. Com um Índice de Katz igual a seis (6)”.

3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

O processo de colheita de dados foi efectuado através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, aos utentes seguidos no programa de Visitação Domiciliária, que fazem parte da nossa amostra. Utilizamos os instrumentos de recolha de dados disponíveis no sistema de informação do serviço, *Medicine One*, que é utilizado na unidade onde decorre o estudo e os utilizados no MDAIF.

3.3.1. Índice de Katz

Aplicamos o Índice de Katz para determinação do nível de dependência dos utentes seguidos no programa de visitação domiciliária para determinação da amostra. Este índice é uma Escala de Avaliação Funcional das actividades de vida diária. Foi desenvolvida por Sidney Katz e colaboradores, com o objectivo de estudar o funcionamento físico das pessoas idosas e doentes crónicos. (Costa, 2010)

Baseia-se na avaliação da independência ou dependência funcional dos utentes para: lavar-se; vestir-se; utilizar a sanita ou casa de banho; mobiliza-se; ser continente e alimentar-se.

Classifica da seguinte forma: Independente - com uma pontuação de 13 a 18; Dependência Parcial - com uma pontuação de 7 a 12; Totalmente Dependente - com 6 de pontuação (Anexo I).

3.3.2. Avaliação Social segundo Graffar

A Classificação social segundo Graffar, é uma classificação social internacional estabelecida em Bruxelas, Bélgica pelo Professor Graffar. Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita.

Atribui-se a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e, numa segunda fase, obter-se-á o escalão que a família ocupa na sociedade com a soma destas pontuações. A escala utilizada foi a existente no sistema informático *Medicine One*. (Anexo II)

“A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais, sendo por isso também pertinente a sua avaliação.” (Figueiredo, 2009, p. 75).

3.3.3. Classificação familiar segundo o estágio de desenvolvimento de Evelyn Duvall

Duvall (1977) desenvolveu um modelo de quatro estágios, que subsequentemente foi expandido para oito, caracterizando os sucessivos estágios na progressão de casamentos primários. A escala utilizada foi a existente no sistema informático *Mrdicine One*. (Anexo III)

3.3.4. APGAR famílias de Smilkstein

A Avaliação do APGAR Familiar de Smilkstein, permite avaliar a funcionalidade da família, deve ser aplicado a cada membro individualmente. Classificando-as como: Família altamente funcional, família com moderada disfunção e família com disfunção acentuada.

O APGAR Familiar apresenta um curto número de questões sendo que a resposta é dada em três categorias (nunca, às vezes ou sempre). É de fácil e rápida aplicação. O APGAR Familiar centra-se nas relações e interações emocionais, comunicacionais e sociais entre o entrevistado e a sua família. A escala utilizada foi a existente no MDAIF (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar da Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo). (Anexo IV)

3.3.5. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

A aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar desenvolvido por Figueiredo (2011) é um instrumento com potencialidades. Este modelo permite identificar diagnósticos de enfermagem utilizando linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) muito útil para a prática de enfermagem na intervenção familiar,

“(…) constituindo-se como referencial teórico e operativo, pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de

enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A sua co-construção emergiu num percurso de investigação-ação desenvolvido com os enfermeiros que atualmente estão mais ligados à prestação de cuidados à família.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

3.3.6. FACES II

Esta escala permite avaliar duas dimensões do funcionamento familiar: a coesão e a adaptabilidade.

A FACES II (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) é um questionário individual de autoavaliação que classifica famílias, evoluiu a partir da aplicação de outros instrumentos. A FACES original foi desenvolvida em 1988 com a pretensão de avaliar especificamente a coesão e adaptabilidade familiares (*Olson et al., 1985*). Permitindo medir a dinâmica familiar.

A FACES II contém 30 itens. Cada questão é respondida numa escala, tipo *likert*, de frequência ascendente. Onde 16 itens avaliam a coesão e 14 itens a adaptabilidade familiar. (Anexo VI)

Quadro I - Coesão Familiar por Questão

Dimensão Familiar	O que avalia	Questões
Coesão Familiar	Laços emocionais	1,17
	Limites familiares	3,19
	Coligações	9,29
	Tempo	7,23
	Espaço	5,25
	Amigos	11,27
	Decisões	13,21
	Interesses e lazeres	15,30

Quadro II - Adaptabilidade Familiar por Questão

Dimensão Familiar	O que avalia	Questões
Adaptabilidade Familiar	Imposição	2,14,28
	Liderança	4,16
	Disciplina	6,8
	Negociação	8,20,26
	Papéis	10,22
	Regras	12,24

As quatro categorias de coesão são: Muito ligada; Ligada; Separada e Desmembrada. As quatro categorias de Adaptabilidade são: Rígida; Estruturada, Flexível e Muito ligada. A interpretação dos resultados permite chegar à análise do Tipo de Família através da aplicação da fórmula: $\text{coesão} + \text{adaptabilidade} / 2$. São

quatro as categorias: Muito equilibrada; Equilibrada; Meio-termo e Extrema. (Anexo VI)

3.3.7. Genograma

É um diagrama visual da árvore genealógica da família, onde são salientados os acontecimentos referentes á família, as relações, os nascimentos, os óbitos, o casamento e o divórcio, crenças, comportamentos e doenças.

É um dos instrumentos utilizados na colheita de dados da família, fornece a percepção da estrutura familiar, do seu desenvolvimento e do seu funcionamento. Permite ainda a compreensão da composição e dos vínculos existentes entre os seus membros. É utilizado na terapia familiar, surgindo a partir da teoria dos sistemas familiares de Murray Bowen. (Figueiredo, 2012, p.15)

3.3.8. Ecomapa

É um esquema gráfico da família. Representa uma visão geral da situação da família, retrata as relações importantes ou os conflitos entre a família e o mundo. O seu valor visual é importante e o seu objectivo é representar os relacionamentos da família com os sistemas mais amplos. (Wright e Leahey, 2002, p. 91)

3.4. Apresentação e análise dos resultados

Nas tabelas I e II apresentamos os dados retirados do módulo estatística do sistema informático *Medicine One* a 03/07/2013, quanto à dimensão da amostra e a sua caracterização quanto ao género e idade.

Tabela I - Número de Famílias da USF CSI Seixal

População da Total da USF CSI Seixal	15 666
Nº de pessoas seguidas em programa de visitação domiciliária	87
Nº de famílias seguidas em programa de visitação domiciliária a 03/07/2013	85
Nº de famílias seguidas em programa de visitação domiciliária desde 01/01/2013 a 03/07/2013	54

Dados retirados do Modulo estatística do sistema informático *Medicine One* a 03/07/2013

Tabela II - Classificação das Famílias da USF CSI Seixal seguidas em programa de visitação domiciliária quanto ao género e idade

Nº de famílias seguidas em programa de visitação domiciliária de janeiro de 2013 a 03/07/2013	Sexo		Idade
	Feminino	Masculino	41- 97 anos
	34	20	

Dados retirados do Modulo estatística do sistema informático *Medicine One* a 03/07/2013

A amostra inicial era composta por nove famílias com um familiar totalmente dependente. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, ficaram em estudo seis famílias, sobre as quais incide o nosso estudo.

Após a interpretação dos instrumentos de recolha de dados aplicados, verificamos que quanto ao estágio de desenvolvimento de Eveline Duvall, todas as famílias estão no último estágio, progenitor na 3ª idade. Quanto à estrutura familiar, as famílias são maioritariamente nucleares, duas são alargadas, existindo também uma monoparental e uma unipessoal. Quanto à classificação social de Graffar estão igualmente distribuídas entre as classes sociais, média e média baixa. Quanto ao

APGAR Familiar de Smilkstein são maioritariamente altamente funcionais sendo uma delas severamente disfuncional. (Tabela III)

Tabela III - Resultados da aplicação dos instrumentos de recolha dados por Família

Famílias	1	2	3	4	5	6
Estádio de desenvolvimento Segundo Evelyn Duval	Progenitor na 3ª idade	Progenitor na 3ª idade	Progenitor na 3ª idade	Progenitor na 3ª idade	Progenitor na 3ª idade	Progenitor na 3ª idade
Estrutura Familiar	Alargada	Monoparental (mulher)	Nuclear	Alargada	Nuclear	Unipessoal
Graffar	19 Média baixa	19 Média baixa	19 Média baixa	17 Média	17 Média	17 Média
Índice de Katz	6	6	6	6	6	6
APGAR	9 Altamente Funcional	0 Severamente Disfuncional	8 Altamente Funcional	6 Altamente Funcional	10 Altamente Funcional	10 Altamente Funcional

As seis famílias participantes foram entrevistadas, foram aplicados os instrumentos acima referidos, o MDAIF e o FACES II no período de 3 a 8 de julho de 2013.

Foi a partir dos resultados encontrados (Tabela III), que definimos diagnósticos de enfermagem, utilizando a linguagem CIPE 2 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2).

3.5. Diagnósticos de Enfermagem

Após a análise dos resultados, dos instrumentos de colheita de dados aplicados às famílias, na avaliação das entrevistas, concluímos que existem dois diagnósticos comuns: O “Papel do Prestador de Cuidados, Não Adequado” e “Processo Familiar Disfuncional ” e como subconjuntos diagnósticos “Conflito do papel do prestador de cuidados” e a “Saturação do papel do prestador de cuidados”. (Quadro III)

Todos os diagnósticos encontrados são da Dimensão Familiar Funcional, tendo como Foco o Papel do Prestador de Cuidados com o Juízo – adequado/ não adequado, e o processo familiar disfuncional.

Segundo o MDAIF, o processo familiar é disfuncional se:

- Comunicação não eficaz;
- Coping* familiar não eficaz;
- Interação de papéis não eficaz e conflitual;
- Relação Dinâmica disfuncional. (Quadro IV)

4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Tavares, a definição de prioridades é a segunda etapa de planeamento em saúde e “trata-se na sua essência num processo de tomada de decisão. Visando o planeamento a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto”. (Tavares, 1990, p.83)

A partir do planeamento é necessário definir prioridades, procurando conhecer os problemas. É desta importante etapa que resultarão a lista final de prioridades, fazendo a sua escolha de uma forma crítica. Esta etapa torna-se subjetiva, pois está sujeita às preferências do próprio planificador. Importa por isso que nos debrucemos sobre os problemas identificados na população durante a etapa anterior ordenando-os prioritariamente. (Tavares, 1990, p.83,86)

Foram consultados 3 peritos, com um profundo conhecimento do meio envolvente e uma vasta experiência em cuidados de saúde primários. Todos são especialistas. Chegamos assim à seguinte ordem de prioridades apresentada na tabela IV. (Apêndice III)

A consultoria a enfermeiros especialistas peritos neste campo de conhecimento, é essencial para a obtenção de melhores resultados e melhor determinação de prioridades. Para determinar prioridades foi utilizada a grelha de análise. Neste método, cada diagnóstico de enfermagem é avaliado pelos seguintes critérios: importância do problema; relação entre o problema e os fatores de risco; capacidade técnica de intervir; exequibilidade do projeto e da intervenção. Atribuiu-se sequencialmente uma classificação de (+) ou (-), aos diversos critérios, comparando os diagnósticos entre si. (Tavares, 1990)

Nesta consulta foi tida em conta a definição de peritos de Benner (2001), a enfermeira perita apreende as situações de uma perspectiva global. Neste último estágio a enfermeira tem um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde

são evidenciadas as suas competências. O Estádio de perita apresenta-se como o desenvolvimento máximo, “ (...) na realidade as decisões tomadas pelas peritas são mais holísticas.” (Benner, 2001, p.57, 58)

Quadro III - Resultados obtidos após a consulta de Peritos

Diagnóstico \ Peritos	Peritos			Total
	1	2	3	
Conflito do papel do prestador de cuidados	1	2	9	12
Papel do prestador de cuidados, não adequado	1	1	9	11
<u>Saturação do papel do prestador de cuidados</u>	2	1	4	7
Processo Familiar Disfuncional	4	2	4	10

Quadro IV - Priorização dos Diagnósticos de Enfermagem

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	SUBCONJUNTOS DE DIAGNÓSTICOS	PRIORIZAÇÃO
Papel do prestador de cuidados, não adequado	Saturação do papel do prestador de cuidados	1º
	Conflito do papel do prestador de cuidados	3º
Processo familiar disfuncional		2º

5. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Para Tavares esta é terceira etapa de Planeamento em Saúde. Para este autor um objectivo geral deve referir-se a uma determinada situação, deve ser genérico e estar interrelacionado com os objectivos específicos de forma hierarquizada.

Como referimos na metodologia, definimos como objectivo geral: **Promover o autocuidado nas famílias inscritas na USF CSI Seixal com um familiar totalmente dependente, no período de 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014.**

E como objectivos específicos:

Identificar e caracterizar socio demograficamente as famílias inscritas na USF CSI Seixal com um familiar totalmente dependente;

Identificar diagnósticos de enfermagem, de forma a dar resposta às necessidades das famílias com um familiar totalmente dependente;

Desenvolver / Implementar a consulta de Enfermagem á Família na USF CSI Seixal;

Aumentar o autocuidado do prestador de cuidados, tendo como foco- Saturação do Papel do Cuidador em 50% das famílias da amostra. De acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, os objectivos foram convertidos em objectivos operacionais ou **metas**. (Quadro V)

Quadro V - Objetivos Operacionais / Metas

Metas	% de Famílias Avaliadas
Que as famílias com um familiar totalmente dependente, pertencentes à amostra, sejam caracterizadas socio demograficamente	100%
Que sejam avaliadas as famílias com um familiar totalmente dependente, pertencentes à amostra, de 1 de outubro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014	100%
Que se intervenha nas famílias com um familiar totalmente dependente, pertencentes à amostra, de 1 de outubro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014.	80 %

5.1. Indicadores de Saúde

Foram determinados indicadores de saúde de processo e de resultado, os quais apresentamos nas tabelas seguintes. Os dois últimos indicadores, tabelas VI e VII, só poderão ser avaliados após a segunda aplicação da FACES II, um ano depois da primeira aplicação. Foram assim construídos para aplicação futura.

Tabela IV - Indicador de Processo - Participação das Famílias nas Sessões de Grupo de Ajuda Mútua

% De famílias que participaram pelo menos uma vez nas Sessão de Grupo de Ajuda Mútua

Numerador	Nº de Famílias que participaram pelo menos uma vez nas Sessões de Grupo de Ajuda Mútua
Denominador	Nº total de famílias
Resultado	Permite determinar a % de famílias participantes nas sessões de Grupo de Ajuda Mútua

× 100

Tabela V - Indicador de resultado - Famílias com consulta de Enfermagem de Família

% De Famílias com consulta de Enfermagem de Família, pertencentes à amostra	
Numerador	Nº de famílias com consulta de enfermagem de família
Denominador	Nº total de famílias
Resultado	Permite determinar a % de famílias pertencentes à amostra famílias com consulta de enfermagem de família

× 100

Tabela VI - Indicador de resultado - Famílias que alteraram a classificação da coesão

% De Famílias pertencentes à amostra, que alteraram a classificação de níveis de coesão extremos para níveis de coesão médios, segundo a FACES II. (De muito ligada ou desmembrada para ligada ou separada)	
Numerador	Nº de famílias que alteraram a classificação da coesão, segundo a FACES II, de muito ligada ou desmembrada para ligada ou separada
Denominador	Nº total de famílias
Resultado	Permite determinar a % de famílias pertencentes à amostra que alteraram a classificação da coesão, segundo a FACES II

× 100

Tabela VII - Indicador de resultado - Famílias que alteraram a classificação da adaptabilidade

% De Famílias pertencentes à amostra, que alteraram a classificação de níveis de adaptabilidade extremos para níveis de adaptabilidade médios, segundo a FACES II. (De muito flexível ou rígida para flexível ou estruturada)	
Numerador	Nº de famílias que alteraram a classificação da adaptabilidade, segundo a FACES II, de muito flexível ou rígida para flexível ou estruturada
Denominador	Nº total de famílias
Resultado	Permite determinar a % de famílias pertencentes à amostra que alteraram a classificação da adaptabilidade, segundo a FACES II

× 100

6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Na selecção de estratégias foram tidos em conta quatro parâmetros, os custos, os obstáculos, a pertinência, as vantagens e os inconvenientes. (Tavares, 1990, 149)

Definimos vários tipos de estratégias, de entre as várias alternativas, de acordo com o nosso tipo de estudo. Assim definimos estratégias individuais e de grupo.

No Quadro VI, apresentamos os objectivos e as várias actividades realizadas no decorrer do estágio.

Quadro VI - Objectivos e Actividades

OBJETIVO	ATIVIDADE	DATA
Dar a conhecer o projeto de investigação à equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal.	Atividade 1 Apresentação formal do projecto de investigação à equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal , no âmbito do estágio integrado do 4º Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e da Família.	Decorreu a 9 de outubro de 2013
<u>Objetivo Geral da Consulta</u> -Promover o autocuidado nas famílias com um familiar totalmente dependente, inscritas na USF CSI Seixal, de 1 de outubro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014.	Atividade 2 Implementação da “ Consulta de Enfermagem à Família ”.	De 30 de setembro de 2013 a 14 fevereiro de 2014.

<p><u>Objetivos Específicos da Consulta</u></p> <p>-Aumentar os conhecimentos do prestador de cuidados nas famílias com um familiar totalmente dependente inscritas na USF CSI Seixal.</p> <p>-Aumentar comportamentos de adesão nas famílias com um familiar totalmente dependente inscritas na USF CSI Seixal.</p>		
<p>Grupo de Ajuda Mútua</p> <p><u>1ª Sessão</u></p> <p>-Promover a partilha de Experiências;</p> <p>-Identificar necessidades sentidas pelas famílias neste percurso;</p> <p>-Identificar diagnósticos de Enfermagem onde os profissionais de Enfermagem: Especialistas em Enfermagem Comunitária / Enfermagem de Família possam intervir ou encaminhar para outros profissionais.</p> <p><u>2ª Sessão</u></p> <p>-Promover o envolvimento da família;</p> <p>-Optimizar a comunicação da família.</p>	<p>Atividade 3</p> <p>Foram efectuadas Sessão de Educação para a Saúde Dirigido ao Grupo de Famílias com Familiar Totalmente Dependente – Grupo de Ajuda Mútua</p> <p>1ª Sessão</p> <p>“Intervenção de Enfermagem, uma experiência”</p> <p>2ª Sessão</p> <p>“Comunicação da família”</p>	<p>Decorreu a 17 de dezembro de 2013</p> <p>Decorreu a 7 de fevereiro de 2014</p>

<p>Estágio de observação</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conhecer a unidade de cuidados na comunidade do Seixal bem como metodologia de trabalho da ECCI; -Identificar os recursos disponíveis de apoio/intervenção familiar; -Compreender outros contextos na abordagem familiar numa equipa multidisciplinar; -Compreender a ECCI como um recurso técnico diferenciado para a família com um familiar totalmente dependente. 	<p>Atividade 4</p> <p>Estágio de observação no serviço de Cuidados na Comunidade do Seixal / Equipa de Cuidados Continuados Integrados (UCC/ECCI).</p>	<p>Decorreu de 20 de dezembro de 2013 a 5 de fevereiro 2014 (25 Horas)</p>
<p>Guia de Recursos na Comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> -Criar um recurso orientador para as famílias com um familiar totalmente dependente; -Fornecendo conhecimentos sobre os recursos disponíveis na comunidade; -Contribuir para a gestão e promoção do autocuidado das famílias. 	<p>Atividade 5</p> <p>-Elaboração de um “Guia de Recursos na Comunidade” dirigido a famílias com familiares dependentes no domicílio.</p>	<p>De 30 de setembro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014</p>
<p>Apoiar no luto</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acompanhar e apoiar nas situações de crise e de mudança ao longo do ciclo de vida da família. 	<p>Atividade 6</p> <p>Uma intervenção na família 5</p> <p>Foi feita uma intervenção de apoio no luto, na família 5. Acompanhámos e apoiámos a família na resolução do seu luto.</p>	<p>De 26 de novembro 2013 até 14 de fevereiro 2014</p>

7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Neste capítulo procuramos descrever e clarificar cada uma das actividades, quanto ao tipo de actividades, participantes, local, data, descrição, objectivos e avaliação. O planeamento das actividades foi efectuado tendo em consideração o tempo programado para o estágio os objectivos e as estratégias. Dada a dimensão das actividades remetemos para anexo a pormenorização do planeamento e execução das mesmas.

Delineamos como **primeira atividade** dar a conhecer o projeto, foi feita uma apresentação formal do projecto de investigação à equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal, local onde decorreu o Estágio. Decorreu no dia 9 de outubro de 2013, no âmbito do estágio integrado do 4º Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e da Família - 3º semestre, que teve início a 30/09/2013 e termina a 14/02/2013.

A **segunda atividade** consistiu no desenvolvimento e na implementação da “Consulta de Enfermagem à Família”. E a intervenção sobre a qual assenta o presente trabalho. Esta consulta deverá ter uma visão ecossistémica e permitir o desenvolvimento da prática baseada na evidência, “assegurar o envolvimento pessoal na questão (...); optar por temáticas que se dirijam às prioridades e preocupações locais para maximizar o seu suporte (...) e considerar a pertinência da evidência sobre o assunto (...)” (Craig & Smith, 2004, p.246). A consulta é implementada “como uma intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.”

(Diário da República 1ª série – n.º 15 de 20 de Janeiro. 2012, p.352)

A consulta ganha pertinência na abordagem familiar, como intervenção de enfermagem, organizada numa consulta de enfermagem à família, permitindo uma intervenção em todos os requisitos universais de autocuidado, requisitos de autocuidado de desenvolvimento, requisitos de desvio de saúde do autocuidado,

enquanto situações que se prolongam no tempo que determinam os tipos de necessidades de saúde que os indivíduos experimentam. (Orem, 1993, p.136, 149,181)

Segundo as premissas de Dorothea Orem os seres acumulam tarefas e atribuem responsabilidades de forma a assegurar cuidados aos membros que apresentam défice de autocuidado. Afirma ainda nos seus postulados que a intervenção de enfermagem inclui “intencionalidade, operações de diagnóstico, prescrição e regulação. (Orem, 1993, p.363)

Figueiredo acrescenta que a consulta “(...) permite evidenciar a nossa prática através de registos sistemáticos e fundamentados no conhecimento científico, baseado na emergência de novos modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família como objecto de estudo.” (Figueiredo, 2012, p.3)

(Apêndice VII)

A **terceira actividade**, “O Grupo de Ajuda Mútua” (Apêndice III), foi desenvolvida em duas sessões que decorreram a 17 de dezembro de 2013 e a 7 de fevereiro de 2014 respetivamente.

A 1ª Sessão de “Grupo de Ajuda Mútua - Intervenção de Enfermagem, uma experiência”, teve como objectivos: Promover a partilha de Experiências; Perceber a forma como cada família se organizou para ultrapassar as etapas mais difíceis e que parceiros e recursos da comunidade utilizaram.

A 2ª Sessão teve como tema “ Comunicação Familiar “, teve como objectivo: Promover o envolvimento da família; Optimizar a comunicação da família; Compreender quais as situações geradoras de saturação e motivar para a redefinição do papel.

Estes grupos são estruturas relativamente pequenas “ (...) constituídas por pessoas que partilham um problema ou situação e se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade (...) orientados por um conjunto de princípios e valores que assentam no respeito pela diversidade das pessoas, das

capacidades individuais (...) e criação de recursos adequados (...)”. (Maia et al, 2002, p.9)

A partilha, o apoio emocional, a união e o convívio, fortalecem as redes de ajuda mútua. A avaliação das sessões demonstrou serem muito positivas na intervenção familiar.

Apresentamos a planificação das sessões, as apresentações, os resultados e as respectivas avaliações no Apêndice III.

A **quarta atividade** foi um estágio de observação no serviço de Cuidados na Comunidade do Seixal / Equipa de Cuidados Continuados Integrados (UCC/ECCI). Surge a oportunidade de observar e partilhar os cuidados prestados na ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados). Tendo esta unidade objectivos diferentes da unidade onde é desenvolvido o estágio, uma USF, permitirá melhorar e aprofundar conhecimentos de uma realidade e um recurso existente na comunidade com uma organização e um contexto de trabalho diferente, sendo este um potencial parceiro. Para que seja possível o envolvimento de toda a equipa no percurso futuro, dando continuidade a este projeto. (Apêndice XI)

Foram definidos como objectivos para a realização deste Estágio:

- Conhecer a unidade de cuidados na comunidade do Seixal bem como metodologia de trabalho da ECCI;
- Identificar os recursos disponíveis de apoio/intervenção familiar;
- Compreender outros contextos na abordagem familiar numa equipa multidisciplinar;
- Compreender a ECCI como um recurso técnico diferenciado para a família com um familiar totalmente dependente.

A **quinta atividade**, consistiu na elaboração de um “Guia de Recursos na Comunidade”, dirigido a famílias com familiares dependentes no domicílio.

A ideia da criação deste guia surge da perceção da prática clínica, o desconhecimento dos recursos existentes, é uma das dificuldades sentidas, após a

alta hospitalar ou a alteração de uma situação clínica por parte dos familiares, sejam doentes ou idosos, no seu domicílio. Dar conhecimento dos recursos existentes na comunidade poderá certamente contribuir para uma melhoria no autocuidado das famílias nesta situação, contribuindo para a sua capacitação.

A elaboração deste guia tem como objectivo:

Ser um recurso orientador para as famílias com um familiar totalmente dependente, fornecendo conhecimentos sobre os recursos disponíveis na comunidade, com o sentido primordial de contribuir positivamente para a gestão e promoção do autocuidado das famílias.

“no sentido de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia, bem como de assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos alvos específicos e vulneráveis como os idosos, pessoas com deficiência e/ou incapacidade, e/ou pessoas em situação de dependência, foram sendo implementados progressivamente na sociedade portuguesa um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais de suporte. Actualmente e segundo os dados da Carta Social do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, existem pessoas em situação de dependência a frequentar, ou beneficiar dos serviços, de diferentes tipos de respostas sociais, destinadas também a populações alvo diferentes. A dependência está assim presente, não só nas respostas sociais destinadas à população idosa, à população com deficiência, ou ao próprio subgrupo destinado às pessoas em situação de dependência (...)”

(Carta Social- Rede de serviços e equipamentos Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social)

Por outro lado é absolutamente necessário que seja garantido aos cidadãos e às famílias em particular o acesso e o conhecimento destes serviços de qualidade, adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas, este desafio implica o envolvimento e empenho de todas as partes interessadas, das quais a enfermagem não se pode demitir, estando numa situação privilegiada de proximidade das populações bem como das reais necessidades das suas comunidades, famílias e pessoas a quem dirigem os seus cuidados. O conhecimento sobre os recursos, vai proporcionar às famílias mais “*Empowerment*” tornando-as com maior capacidade de tomar decisões, mas acima de tudo vai

permitir-lhes perceber que não estão sós nem nas decisões nem nos recursos.
(Apêndice XI)

(Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2002)

Durante o período de estágio, um dos familiares dependentes de uma das famílias em estudo, faleceu. Sendo o nosso objectivo o autocuidado da família apoiando nas situações de crise e de mudança ao longo do seu ciclo de vida, de forma a manter o equilíbrio familiar, foi feita uma intervenção no luto junto da mesma. Uma intervenção individual, na família 5, acompanhámos e apoiámos esta família na resolução do seu processo de luto. A esta actividade chamamos “Uma intervenção na família 5”, constituindo a **sexta actividade**. (Apêndice X)

As estratégias implementadas e as actividades desenvolvidas visam assim, dar resposta às necessidades de autocuidado identificadas. A implementação da consulta de enfermagem de família permite dirigir a intervenção individualmente a cada família. A implementação dos grupos de ajuda mútua permite uma intervenção no grupo de famílias, dirigindo a intervenção para problemas comuns.

O estágio de observação na UCC / ECCI permitiu criar parceiros na referenciação à consulta de enfermagem de família e dar visibilidade da mesma, contribuindo para a sua divulgação fora da unidade onde decorre, o que poderá contribuir para o percurso futuro da sua implementação.

8. AVALIAÇÃO

De acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, foram formuladas as metas.

Foram caracterizadas socio demograficamente, 100% das famílias com um familiar totalmente dependente, pertencentes à amostra até 14 de fevereiro de 2014.

Foram determinados como indicadores de saúde de processo e de resultado, a avaliar a curto e a médio prazo (frequência relativa):

- Famílias que Participaram nas Sessão de Grupo de Ajuda Mútua;
- Famílias com consulta de Enfermagem, pertencentes à amostra;
- Famílias pertencentes à amostra, que alteraram a classificação de níveis de coesão extremos para, níveis de coesão médios, segundo a FACES II;
- Famílias pertencentes à amostra, que alteraram a classificação de níveis de adaptabilidade de extremos para, níveis de adaptabilidade médios, segundo a FACES II.

Foi realizada a consulta de enfermagem em 100% das famílias, sendo a meta intervir em 80 % das famílias com um familiar totalmente dependente, pertencentes à amostra, de 1 de Outubro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.

No que respeita às metas propostas para as sessões de grupo podemos verificar nos gráficos 1, 2 e 3 os resultados da adesão das famílias da amostra, às sessões de educação para a saúde – “Grupo de Ajuda Mútua”, na 1ª sessão aderiram quatro das seis famílias. Na 2ª sessão participaram três das seis famílias. (Gráficos 1, 2 e 3)

Gráfico 1 - Resultados da participação das famílias da amostra nas sessões de Grupo de Ajuda Mútua

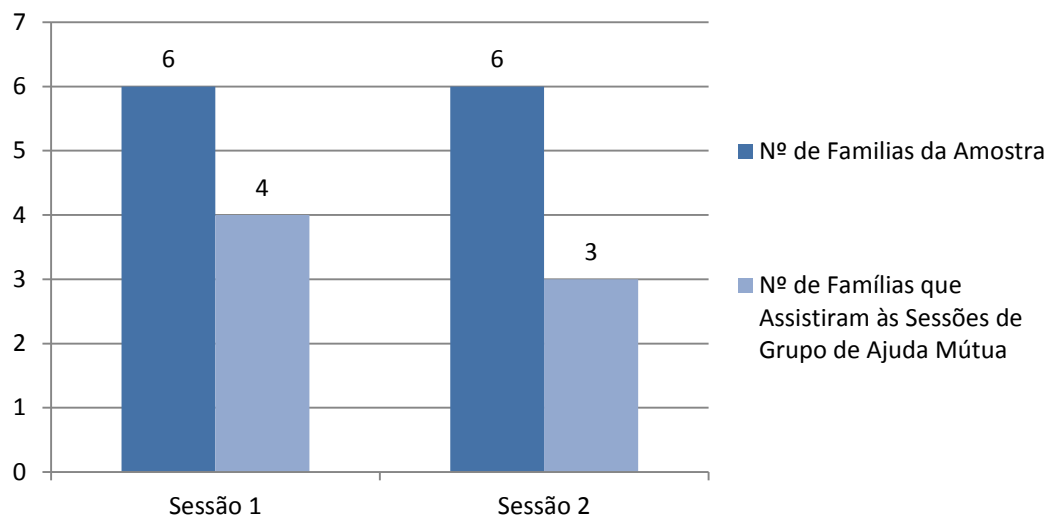


Gráfico 2 – Participação das famílias por sessão de Grupo de Ajuda Mútua

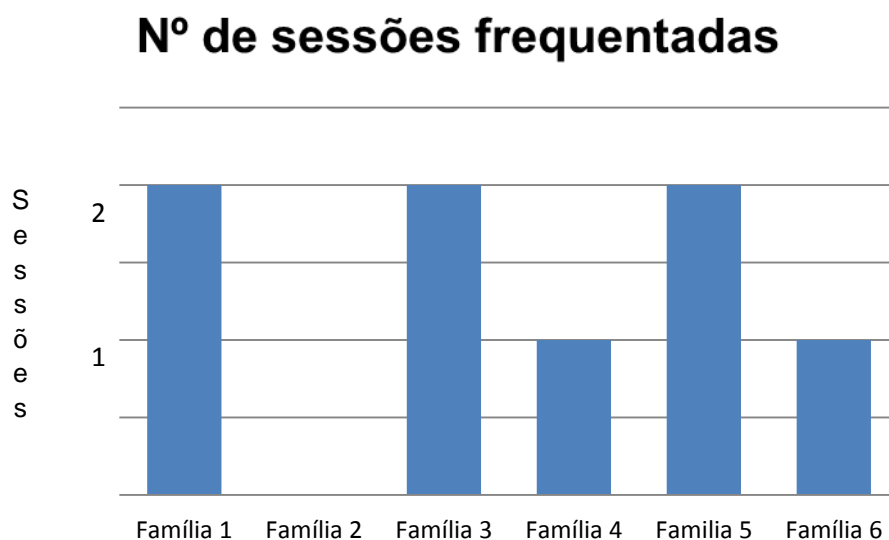
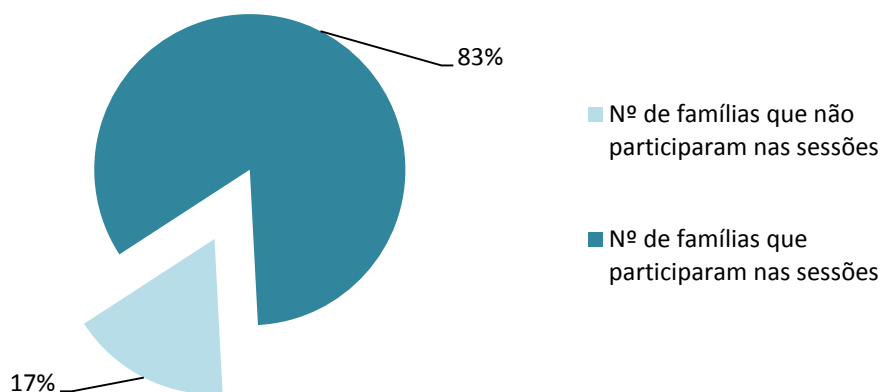


Gráfico 3 – Percentagem de famílias que participaram nas sessões de Grupo de Ajuda Mútua

Percentagem de famílias que participaram nas sessões de Grupo de Ajuda Mútua



No que respeita à participação das famílias nas duas sessões de educação para a saúde “Grupo de Ajuda Mútua” observamos que apenas uma das famílias, família 2, não participou nesta actividade. (Gráficos 2 e 3)

9. CONCLUSÃO

A questão de investigação “Promoção do autocuidado à família com familiar totalmente dependente” norteou o desenvolvimento e a pertinência deste percurso de investigação, na abordagem sistémica da relação entre enfermeiro e família, no contexto de cuidados de saúde primários na USF CSI Seixal, permitindo também avaliar e intervir na coesão e na adaptabilidade familiar na prática dos cuidados de enfermagem à família, evidenciando o papel do enfermeiro de família, demarcando-o no contexto dos sistemas de saúde como recurso fundamental na saúde da família.

Apresentamos este capítulo de acordo com os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do percurso investigativo. Desenvolvemos e aprofundamos conhecimentos ao nível da formação, da prestação de cuidados e da investigação. Desenvolvemos também competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e ainda do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.

Para a formação, contribuiu a contextualização teórica de várias temáticas, desenvolvemos conhecimentos na abordagem familiar, onde a família é a unidade de cuidados, este desafio permitiu aprofundar e desenvolver competências sobre uma forma de cuidados de enfermagem, uma mudança de paradigma, aliando a prática, a formação e o conhecimento científico. Contribuiu também a aplicação dos instrumentos de avaliação familiar que permitiram caracterizar as famílias e definir diagnósticos comuns que orientaram os estudos de caso e a respetiva elaboração dos planos de cuidados, das seis famílias em estudo que compõem a amostra. (Apêndice I)

Os diagnósticos de enfermagem identificados, as intervenções desenvolvidas e a análise dos resultados obtidos, permitiram fundamentar a pertinência de desenvolver conhecimento científico na abordagem familiar, de forma a fundamentar os cuidados de enfermagem centrados na família como cliente.

Implementar uma consulta de enfermagem em contexto de estágio na USF CSI Seixal, conduziu-nos a várias reflexões e a levantar várias questões:

- De que forma a transferência de conhecimentos teóricos de avaliação e intervenção familiar contribui para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à família em contexto de cuidados de saúde primários?
- Como passar de uma abordagem centrada no indivíduo para uma abordagem sistémica dos cuidados de enfermagem, onde a família é o cliente?
- Será o modelo organizacional actual, compatível com a implementação de uma consulta de enfermagem de família?

A resolução destas questões permite-nos afirmar que existe consistência na evidência científica para continuar a desenvolver conhecimentos e estudos de investigação na prática clínica da enfermagem, na abordagem à família como cliente. O que permitirá a melhoria da saúde individual e do sistema familiar como um todo.

Foram desenvolvidas competências na **investigação** e na **prestação de cuidados de enfermagem à família** com a implementação na unidade de uma consulta de enfermagem à família surgiu como o grande desafio deste trabalho de investigação.

O planeamento e a implementação da consulta de enfermagem de família, contribuiu para o processo de capacitação de grupo, desenvolvendo capacidades de liderança em processos comunitários, visando capacitar o grupo “família” na promoção do seu autocuidado, procurámos fazer parcerias, a UCC / ECCI e outros parceiros da rede de cuidados. Identificámos necessidades, definimos estratégias e desenvolvemos atividades, individuais e de grupo de forma a capacitar a família para a prevenção, proteção e promoção do autocuidado de forma participada. Mobilizámos conhecimentos de diferentes disciplinas, tais como a enfermagem, a comunicação, a intervenção familiar e a investigação. Utilizámos instrumentos inovadores e adequados a esta intervenção.

Foram desenvolvidas capacidades comunicacionais de forma a intervir nos problemas de saúde identificados, tendo em conta a especificidade do “grupo-

família” e as suas necessidades específicas, utilizando todos os recursos internos dos indivíduos, da família e dos parceiros da comunidade, para proteção e promoção da saúde da família, tendo como objetivo a aquisição de ganhos em saúde, utilizando uma metodologia inovadora baseada na evidência científica.

O conhecimento sobre os contextos familiares, ao nível do ambiente, do rendimento, da habitação, da classe social e da capacidade de adaptação a alterações ao longo do ciclo de vida, permite fazer diagnósticos de enfermagem utilizando os contributos teórico-práticos do MDAIF na abordagem à família como cliente.

Consideramos que é possível fazer uma avaliação dos resultados decorrentes da intervenção de enfermagem na família a curto e a longo prazo. Para observar a modificação no funcionamento familiar ao nível da coesão e adaptabilidade, será necessário repetir a aplicação da FACES II, um ano após o início da intervenção familiar avaliar e analisar os resultados, para que seja possível observar alteração nos diagnósticos de enfermagem, ao nível do papel do prestador de cuidados e da funcionalidade familiar. Este é um processo que requer uma continuidade de cuidados especializados que pretendemos manter para o futuro, envolvendo a restante equipa de enfermagem da USF CSI Seixal na avaliação e intervenção nas famílias.

O objectivo será atingido quando através da segunda aplicação da FACES II for evidente que as famílias deixam de ser extremas para passar a meio-termo, ou seja, passam de muito ligadas ou desmembradas para ligadas ou separadas, e de muito flexíveis ou rígidas para flexíveis ou estruturadas.

Ao longo deste percurso académico foi possível **desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública** e ainda do **enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar**. Para o desenvolvimento dessas competências contribuiu a utilização da metodologia de planeamento em saúde.

Destacamos de entre as competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Houve sempre, ao longo do

percurso de investigação o cuidado salvaguardar os aspectos éticos e legais, foram pedidas autorizações quer à direcção do ACES, aos participantes no estudo bem como aos autores que validaram as escalas aplicadas.

Ao nível da competência, gestão dos cuidados, o desenvolvimento da “Consulta de Enfermagem de Família” permitiu a implementação de uma nova abordagem no cuidado à família, passando a ser um nova resposta especializada que a unidade disponibiliza. Foi possível ainda, desenvolver competências quer no domínio da melhoria contínua da qualidade quer no domínio da gestão de cuidados e ainda no domínio das aprendizagens profissionais. Toda a nossa fundamentação teórica assenta na evidência e no conhecimento científico.

No âmbito das aprendizagens profissionais, consideramos que contribuiu todo o percurso que se iniciou no primeiro dia do 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária e que se consolidou com a realização deste projeto de investigação, nomeadamente na temática da abordagem familiar, mais especificamente na aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolvemos conhecimentos relativamente à tomada de decisão incorporando o modelo conceptual de Dorothea Orem, e modelos atuais reconhecidos, como o MDAIF, para avaliação da família, com um corpo de conhecimento específico. Avaliámos, planeámos e desenvolvemos cuidados de enfermagem em contexto comunitário tendo como foco de atenção o grupo “família”. Definindo e adequando as estratégias, intervenções e metas de acordo com os objectivos definidos, no sentido de melhorar a prática clínica, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população alvo.

Para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, contribuiu a utilização da metodologia de planeamento em saúde, a sua utilização foi importante para o auto conhecimento na promoção do autocuidado das famílias, com a definição de objectivos, estratégias e intervenções na “avaliação e intervenção familiar”. Permitiu capacitar as famílias na promoção do

seu auto cuidado relativamente à saturação do papel do prestador e ao processo familiar disfuncional.

Tendo este projeto como foco o sistema familiar, numa abordagem sistémica ao longo do ciclo de vida familiar, tendo em vista a capacitação e o empoderamento das famílias com familiar dependente na promoção do autocuidado de acordo com as necessidades identificadas. Permitiu desenvolver capacidades e competências específicas na área da enfermagem comunitária e na área da enfermagem de saúde familiar.

Implementamos intervenções na família de forma individual e em grupo. Com a elaboração do guia de recursos na comunidade e com a realização do estágio de observação na UCC / ECCI, efectuámos parcerias que contribuem positivamente para a satisfação dos objetivos deste trabalho e para o sucesso da sua continuidade.

A intervenção familiar deve ter o sentido primordial do reconhecimento da enfermagem de família, com um corpo de conhecimento específico. Com necessidade de definição de políticas de saúde que a incorporem, com indicadores específicos, de forma a obter ganhos em saúde bem fundamentados.

A mudança de paradigma demonstra ser um dos desafios desta abordagem. Utilizar o MDAIF desenvolvido por Figueiredo (2011), preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para a prática de cuidados, demonstrou ser um excelente recurso para a prática de enfermagem. É conciliador entre a teoria e a prática, permite a utilização de linguagem CIPE e uma fundamentação consistente e transversal no desenvolvimento dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar.

Com a realização deste trabalho iniciamos o desenvolvimento de capacidades para coordenar e implementar programas de saúde, utilizámos técnicas e medidas epidemiológicas nos fenómenos saúde – doença na área geodemográfica da USF CSI Seixal.

Pelo referido, consideramos ter adquirido competências relacionadas com a especialização em enfermagem comunitária e familiar, nomeadamente no que se refere ao reconhecimento da complexidade do sistema familiar, conceção de família

como unidade em transformação e desenvolvemos processos de cuidados em colaboração com a família, em todos os momentos de avaliação e intervenção a família foi considerada como unidade de cuidados, tendo em atenção tanto a família como um todo como os seus membros individualmente.

Ao longo da nossa investigação consideramos que foi factor de motivação, o envolvimento da equipa de enfermagem da USF CSI Seixal. Na nossa prática clínica cada enfermeiro presta cuidados de enfermagem ao longo do seu ciclo de vida, contudo, esta abordagem é inovadora no nosso contexto de trabalho, pois implica intervir na família cliente, numa abordagem sistémica. Existem limitações que são necessárias contornar e ultrapassar no actual modelo organizacional. Acreditamos que o desenvolvimento e implementação da “Consulta de Enfermagem de Família” na USF CSI Seixal e no ACES Almada e Seixal, pode ser um passo importante no desenvolvimento da abordagem familiar. Será também importante incluir indicadores que permitam avaliar os resultados que decorrem da prestação dos cuidados de enfermagem à família. Na actualidade os indicadores existentes nas unidades de saúde familiares não estão centrados nos resultados que decorrem da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados quer ao individuo quer à família como cliente.

A abordagem de enfermagem familiar ganha pertinência na actualidade, pelas alterações sociais e económicas e a sua influência na estrutura da “Família”. A intervenção da enfermagem de família é um desafio das sociedades actuais, que carece de desenvolvimento e fundamentação quer ao nível teórico quer a nível da prática.

Acresce ainda o benefício que a legislação sobre a metodologia de trabalho por Enfermeiro de Família poderia trazer para a definição de várias condições essenciais ao desenvolvimento desta abordagem, como é o caso das dotações de Enfermeiros nas unidades funcionais.

Com a reorganização dos cuidados de saúde primários esta parece ser a oportunidade para desenvolver conhecimento nesta área. O desenvolvimento da enfermagem de família e dos cuidados de enfermagem à família em contexto de cuidados de saúde primários, contribuem de forma positiva para a promoção do

autocuidado das famílias como sistema e individualmente em cada um dos seus membros.

Acreditamos que dar continuidade a este trabalho é o desafio que abraçamos para o futuro da nossa prática clínica na USF CSI Seixal, e que o investimento na formação de pares e o envolvimento da equipa e de parceiros, é essencial para a consistência do projeto no percurso futuro.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, A., Linhares, C. & Coelho, M. (2004). *O que Há de Psicológico na Dor Crónica*. CienteFico.

Benner, P. (2001) - *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Costa, A. (2010). *Famílias com Pessoas Dependentes no Auto-cuidado*.

Acedido a: 29/06/2012. Disponível em:

<http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/2086>,

Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Pacheco, Palha, A., Barros, H. (1999) Coesão e Adaptabilidade Familiares numa amostra Portuguesa – Estudo com FACES III. *Psiquiatria Clínica*. nº 20, Págs. 213-217

Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra.

Figueiredo, M. (2009) – *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Figueiredo, M. (2012) - *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Governo de Portugal (2011). *Programa do XIX Governo Constitucional*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Acedido em 10/06/2013. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria. Análise Epistemológica de psiquiatria Contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9728383835

Instituto Nacional de Estatística (2011). Acedido a: 30 de Junho de 2013, disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377711&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Instituto Nacional de Estatística. (2011) *Censos 2011-Resultados definitivos* – Portugal. Lisboa: INE.

Lorente P. & Cano M. (2003). *Evaluacion Psicologica e Psicopatologica de la Familia*. (2ª edição), Madrid. Rialp.

Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2002), Carta Social - Rede de serviços e equipamentos. Acedido a: 08/10/2013. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/left.asp?05.18.08.02>

Olson, D., Portner, J., Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Family Social Science University of Minnesota. Minnesota.

Organização Mundial de Saúde (2010). Acedido a: 29/06/2012. Disponível em:

<http://www.who.int/countries/prt/en/>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns Específicas do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1993). *Conceptos de Enfermeria en la pratica*. (M. Rodrigues, Trad.) Masson-Salvat Enfermeria. (Nursing: Concepts of Practice de Dorotea E. Orem, 1991)
- Wright, L. & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família*. (3ª ed.), Lisboa: Editora Roca
- Relvas, P. (1996). *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Saúde Pública - Cuidados de Saúde na comunidade Centrados na População*. (7ª ed.) (Capítulo 24, p. 584). Loures: Lusodidacta.
- Stanhope, M. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds), *Enfermagem comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (4.ª ed.) (Capítulo 14, p. 293, Capítulo 25, p. 523). Loures: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Caderno de Formação nº 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I

ÍNDICE DE KATZ

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Índice de Katz – Escala de Avaliação de Dependência nas Atividades de Vida Diária

(Instrumento disponível no sistema de Informação, *Medicine One*)

Tomar Banho (chuveiro ou banheira)	3	Não precisa de ajuda
	2	Precisa de ajuda de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo
	1	Precisa de ajuda para higiene completa
Vestir-se	3	Segura as roupas e veste-se sem ajuda
	2	Segura as roupas e veste-se sem ajuda mas não consegue apertar os sapatos
	1	Precisa de ajuda para segurar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou totalmente despido
Ir ao WC	3	Vai ao wc, faz a higiene e veste-se sem ajuda (pode usar ajudas técnicas-andarilho, bengalas, cadeira de rodas...)
	2	Recebe ajuda para ir ao wc ou para se vestir depois de realizar as suas necessidades
	1	Não vai ao wc para fazer as suas necessidades
Locomoção	3	Entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda (pode utilizar ajudas técnicas)
	2	Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda
	1	Não sai da cama
Continência (controlo de esfíncteres)	3	Controla totalmente a urina e movimentos dos intestinos
	2	Tem “acidentes ocasionais”
	1	É incontinente, usa sonda ou necessita de ajuda total para controlar urina e fezes
Alimentação	3	Alimenta-se sem ajuda
	2	Alimenta-se, mas necessita de ajuda para cortar a carne ou barrar o pão
	1	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de sondas ou fluidos intravenosos
Total		

A soma da avaliação, da capacidade funcional, define o grau de dependência em:

Independente - 13 a 18

Dependência Parcial - 7 a 12

Totalmente Dependente - 6

ANEXO II

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO SOCIAL SEGUNDO GRAFAR
(Instrumento disponível no sistema de Informação, *Medicine One*)

Grafar adaptado (Instrumento disponível no sistema de Informação, *Medicine One*)

Profissão	Instrução	Fonte de Rendimento	Tipo de Habitação	Localização
Grandes industriais e comerciantes, gestores de topo de grandes empresas, Administração pública e profissionais liberais classificados	Doutoramentos, Mestrados e Licenciaturas	Propriedade	Luxuoso	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores, dirigentes intermédios, Administração pública e profissionais liberais classificados	Bacharelatos e Cursos Superiores	Altos vencimentos ou honorários	Confortável	Bom local
Pequenos agricultores, operários semi-qualificados e escriturários	Cursos complementares do ensino secundário e curso geral do ensino secundário	Vencimentos certos	Bem conservado, com cozinha e WC e electrodomésticos essenciais	Bairro operário/ Social
Mão-de-obra indiferenciada	Escolaridade obrigatória (segundo a idade)	Remunerações incertas	Impróprio	Bairro de lata
Não classificados	Não classificado	Assistência	Não classificado	Não classificado
		Não classificado		

Legenda: Alta 5-9; Média alta 10-13; Média 14-17; Média baixa 18-21; Baixa 22-25 (o programa faz o calculo automaticamente)

Grafar

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social.

ANEXO III

CLASSIFICAÇÃO FAMILIAR, SEGUNDO O ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO
DE EVELYN DUVALL

Classificação familiar, segundo o estágio de desenvolvimento de Evelyn Duvall

Estádio	Tarefa
1 – Casais sem filhos	Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade.
2 – Famílias com recém-nascido (filho mais velho: nascimento – 30 meses)	Ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente.
3 – Famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho: 2,5 a 6 anos)	Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento.
4 – Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho: 6 a 13 anos)	Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase.
5 – Famílias com filhos adolescentes	Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade: estabelecimento de interesses pós-parentais.
6 – Famílias com jovens adultos (saída do 1.º filho – saída do último filho)	Permitir a separação e o “lançamento” dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar.
7 – Casal na meia-idade (ninho vazio – reforma)	Reconstrução da relação do casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas.
8 – Envelhecimento (reforma – morte de um ou ambos os cônjuges)	Ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento.

Estádios do Ciclo de Vida Familiar

(adaptado de Duvall, 1977 cit. por Relvas, 1996, p. 18)

ANEXO IV

APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

APGAR Familiar de Smilkstein

O acrónimo APGAR significa:

A – ADAPTAÇÃO (adaptation) – refere-se à partilha de recursos, bem como ao grau de satisfação face à atenção que considera receber;

P – PARTICIPAÇÃO (participation) – abarca as tomadas de decisão em conjunto, bem como a comunicação familiar aquando da resolução de problemas;

G – CRESCIMENTO (growth) – refere-se essencialmente à concretização do crescimento emocional, pela liberdade disponível no seio familiar relativamente à mudança de papéis;

A – AFECTO (affection) – abarca a satisfação do indivíduo relativamente à intimidade entre os membros da família e às interações familiares;

R – RESOLUÇÃO (resolution) – refere-se à partilha de tempo e à satisfação face aos compromissos que os membros da família estabelecem.

APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa			
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema			
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida			
4 – Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor			
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família			
Total			

7 - 10 pontos	Família altamente funcional
4 - 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 - 3 pontos	Família com disfunção acentuada

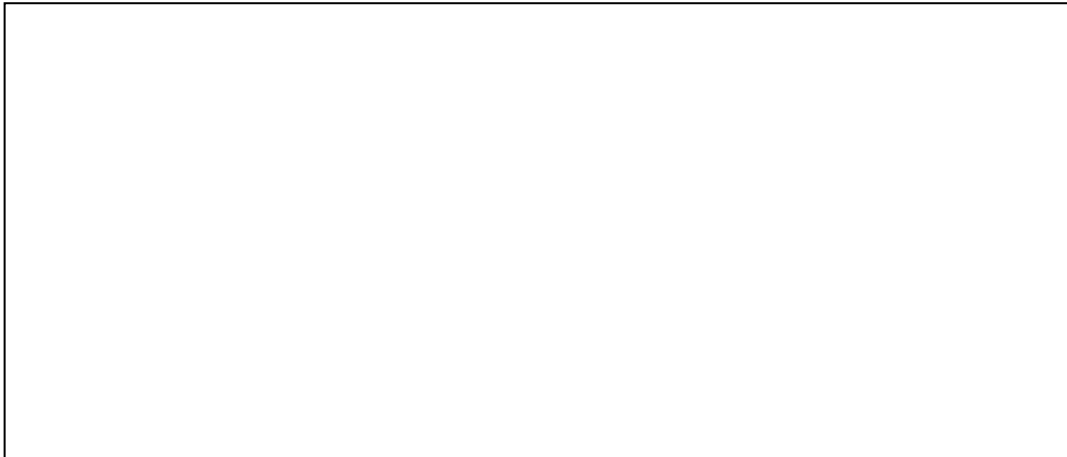
ANEXO V

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS DO MDAIF, ADAPTADO

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Dimensão Estrutural

Nesta dimensão procura-se perceber a composição familiar através do **Genograma**



O tipo de família:		
Casal		
Família Nuclear		
Família Reconstruída,		
Família Monoparental:	Centrada por homem <input type="checkbox"/>	
	Liderada Por mulher <input type="checkbox"/>	
Comuna		
Unipessoal		
Alargada		

Família Extensa	
<u>O tipo de contacto</u>	
Pessoal	
Telefónico	
Carta/ email	
Outro	<u>Explicar</u>
A intensidade do contacto	
Diário	
Semanal	
Quinzenal	
Mensal	
Outro	
Função das relações	
Companhia social	
Apoio emocional	
Guia cognitivo e conselho.	
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	
Acesso a novos contactos.	

SISTEMAS MAIS AMPLOS

Ecomapa

Como por exemplo: Trabalho, instituições de ensino- escola, Instituições de saúde, Instituições religiosas, IPSS, actividades de lar e cultura, amigos, outros subsistemas.

Classe Social	
Escala de Grafar adaptada	Medicine One
Critérios do tipo de habitação	Medicine One
Outros Itens avaliados	Medicine One- Rendimento familiar, Profissão, instrução, origem do rendimento familiar
Edifício residencial –Tipo de habitação, Local da residência e posição social	Medicine One
Barreiras arquitectónicas	
Abastecimento de gás Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Que Tipo: Botija <input type="checkbox"/> Canalizado <input type="checkbox"/>
Higiene da habitação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Precauções de segurança	
SISTEMA DE ABASTECIMENTO	
Abastecimento de água	Se não tem rede pública <input type="checkbox"/>
	Rede privada (furos/poço) <input type="checkbox"/>
	Rede mista <input type="checkbox"/>
	<u>Utilização da água da rede privada para</u> Consumo humano: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Controlo da qualidade da água. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<u>Serviço de tratamento de resíduos:</u>	Rede pública <input type="checkbox"/>
	Fossa séptica <input type="checkbox"/>
	Não tem <input type="checkbox"/>
<u>Ambiente biológico:</u>	

Tem Animal doméstico	Tem vacinação Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A poluição (outro exemplo)	

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO	
Etapa do Ciclo Vital Familiar	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	
Satisfação conjugal	
<u>Relação dinâmica:</u> -Satisfação do casal sobre a divisão/partilha de tarefas domésticas Identificação do cônjuge Identificação do cônjuge Se não Especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
-Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Identificação do cônjuge Identificação do cônjuge Se não Especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
-Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos Identificação do cônjuge Identificação do cônjuge Se não Especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

<p>-Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</p> <p>Identificação do cônjuge</p> <p>Identificação do cônjuge</p> <p>Se NÃO especificar _____</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Comunicação</u></p>	
<p>- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p>
<p>- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p>

<p>-Satisfação do casal com o padrão de comunicação do casal</p> <p>Identificação do cônjuge</p> <p>Identificação do cônjuge</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Função sexual</u></p>	
<p>- Disfunções sexuais</p> <p>Identificação do cônjuge</p> <p>Identificação do cônjuge</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>- <u>Tipo de disfunção</u> :</p> <p>Perturbação do desejo sexual</p> <p>Especificar _____</p> <p>Disfunção erétil</p> <p>Disfunção da ejaculação</p> <p>Especificar _____</p> <p>Perturbações do orgasmo</p> <p>Dispareunia</p> <p>Vaginismo</p> <p>Outras _____ Especificar _____</p>	

- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
PLANEAMENTO FAMILIAR		Avaliação	
<u>Fertilidade</u>		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
- O casal planeia ter mais filhos? Se Sim, Quando _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
- Alterações na fertilidade do casal? Se sim, Especifica _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
-Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional?</u>	Sim <input type="checkbox"/>		
- Conhecimento do casal sobre consulta pré concepcional	Não <input type="checkbox"/>		
- Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Uso de Contraceptivo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Avaliação	
		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Método			
Anticoncepcional oral			
Anticoncepcional injectável			
Anel vaginal			
Implante intradérmico			
Adesivo transdérmico			

Dispositivo Intra-uterino (DIU)			
Cirúrgico			
Espermicidas			
Preservativo			
Naturais			
<u>-Interrupção do uso de contraceptivo</u> Motivo: -Indicação clínica <input type="checkbox"/> -Planeamento de gravidez <input type="checkbox"/> -Gravidez <input type="checkbox"/> -Outros Motivos <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Satisfação com o contraceptivo adotado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
		Avaliação	
		<u>Data</u> Início	<u>Data</u> Termo
Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Conhecimento sobre reprodução?</u>			
Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada e/ou não planeada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ	Avaliação		
	<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>	
<u>Conhecimento</u>			
Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/ paternidade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação à gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre etapas alterações fisiológicas na gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre novas etapas do ciclo vital	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre risco de preparação para o parto	Sim <input type="checkbox"/>		

	Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre processos psicológicos associados ao puerpério	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre Vigilância de saúde do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Comunicação</u>			
O casal partilha receios e expetativas associadas à gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O casal partilha receios e expetativas associadas à paternidade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Comportamentos de Adesão</u>			
A grávida barra casal é assídua(o) às consultas de Saúde Materna/ Obstétrica	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O casal está inscrito/ frequenta o curso de Preparação para o Parto	Sim <input type="checkbox"/>		

	Não <input type="checkbox"/>		
O casal está preparado/ preparou o enxoval da mãe e do bebê	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

PAPEL PARENTAL		Avaliação	
a) <u>Família com filhos pequenos</u> ✓ Conhecimento do papel (recém nascido)		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre dos sobre aleitamento materno	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades sobre técnicas de aleitamento materno	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades sobre técnicas de aleitamento artificial	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre choro do recém nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre características das dejectões do recém nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológico	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene o recém nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre competências do recém nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre características do recém nascido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<u>Conhecimento do Papel</u> (de recém nascido à idade escolar)		<u>Data</u>	<u>Data</u>
<u>Conhecimento dos pais sobre:</u>		<u>Início</u>	<u>Termo</u>
Padrão alimentar adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de sono/repouso adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de higiene adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de higiene oral	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Prevenção de cáries dentárias	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de exercício adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Atividades de lazer adequadas à criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Prevenção de acidentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Vigilância de Saúde Vacinação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Socialização	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Desenvolvimento Infantil	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Importância de regras estruturantes	Sim <input type="checkbox"/>		
	Não <input type="checkbox"/>		

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Conflitos do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Saturação do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

		Avaliação	
		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
<u>Comportamentos de Adesão</u>			
Os pais proporcionam a realização de CVSI	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais fomentam a adesão à vacinação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a higiene adequada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem um padrão de exercício adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a socialização da criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem o desenvolvimento cognitivo e emocional	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais definem regras entre os subsistemas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais interagem positivamente com a criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

PAPEL PARENTAI		Avaliação	
b) <u>Família com filhos na escola</u> Conhecimento do papel <u>Conhecimento dos pais sobre:</u>		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Padrão alimentar adequado á criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de ingestão de líquidos adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de sono / repouso adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de higiene adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de higiene oral	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Prevenção de cáries dentárias	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de exercício adequadas à criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Atividades de lazer adequadas à criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Prevenção de acidentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Vigilância de Saúde Vacinação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Socialização	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Desenvolvimento Infantil	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Importância de regras estruturantes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<u>Comportamentos de Adesão</u>		Avaliação	
		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Os pais proporcionam a realização de Consultas de vigilância de acordo com a idade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais fomentam a adesão à vacinação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a higiene adequada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a socialização da criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem o desenvolvimento cognitivo e emocional	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais definem regras entre os subsistemas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais interagem positivamente com a criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<u>Adaptação da Família à Escola</u>		Avaliação	
		<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Reorganização funcional para adaptação aos novos horários	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Criação de espaços para a criança estudar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Participação dos pais nas actividades de estudo da criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Participação dos pais nas reuniões e actividades escolares	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Promoção da socialização / autonomia da criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Conflitos do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Saturação do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

PAPEL PARENTAL		Avaliação	
c) <u>Família com filhos Adolescentes</u> (da adolescência ao início da idade adulta) Conhecimento do papel		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Padrão alimentar adequado ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de ingestão de líquidos adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de sono / repouso adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de higiene adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Padrão de higiene oral	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Prevenção de cáries dentárias	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Padrão de exercício adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Atividades de lazer adequadas à criança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Prevenção de acidentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Vigilância de Saúde e Vacinação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Regras estruturantes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<u>Comportamentos de Adesão</u>		Avaliação	
		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Os pais proporcionam a realização de Consultas de vigilância de acordo com a idade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a higiene adequada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Os pais promovem a socialização e autonomia do adolescente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais definem regras entre os subsistemas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais definem regras entre os subsistemas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a interação com o grupo de amigos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem a interação com o grupo de amigos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
A família respeita a privacidade do adolescente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais promovem o desenvolvimento cognitivo e emocional	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os pais interagem positivamente com o adolescente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Conflitos do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Saturação do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

PAPEL PARENTAL		Avaliação	
d) Família com filhos Adultos <u>Conhecimento do papel</u>		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS			
Conhecimento do papel		Avaliação	
		Data Início	Data Termo
a) <u>Conhecimento /Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</u>			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	Sim <input type="checkbox"/>		
	Não <input type="checkbox"/>		

<u>Comportamentos de Adesão</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Adaptação da família à saída dos filhos de casa:		
Redefinição das relações com o(s)- relação adulto –adulto	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Inclusão na família dos parentes com afinidade e netos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Satisfação com o contato mantido com o (s) filho(s)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Satisfação com a relação mantida com o filho (s) e companheiro(a) Do filho(a)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Conflitos do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Saturação do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO FUNCIONAL			
			Avaliação
			<u>Data</u> <u>Início</u> <u>Data</u> <u>Termo</u>
Dependência em:			
Autocuidado higiene	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Autocuidado Comer	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, Explicar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Autocuidado Vestuário	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Autocuidado Comer	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Autocuidado Beber	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Autocuidado Ir ao sanitário	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Autocuidado actividade física			
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____			
Autocuidado Gestão do regime terapêutico			
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____			
Autovigilância			
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____			
Autoadministração de medicamentos			
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____			
Autocuidado Comportamento de sono e repouso	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Prestador de cuidados:</u> Membro da família: se SIM, Quem _____ Membro da família extensa Vizinho Ajudante de Saúde Outro, explicar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

SE PRESTADOR DE CUIDADOS NÃO FOR UM MEMBRO DA FAMÍLIA	
Iltrado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Profissão _____ Contacto _____	

Conhecimento do papel	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
b) <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de habilidades sobre Autocuidado beber</u>		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar de ingestão de líquidos adequados	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de administração de líquidos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de alimentação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do papel	Avaliação	
	Data Início	Data Termo
c) Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao Sanitário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Conhecimento do prestador de cuidados equipamentos adaptativos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Conhecimento do papel		Avaliação	
		<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
d) <u>Conhecimento do prestador/ Aprendizagem e Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comportamento sono- repouso</u>			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância sobre um sono reparador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono reparador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do papel		Avaliação	
		<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
g)Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter actividades de lazer	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do papel		Avaliação	
		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
h) <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado</u> <u>Atividade física</u>			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se em pé)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se em pé)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do papel		Avaliação	
		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
i) <u>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico</u>			

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a fisiopatologia da doença	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do papel		Avaliação	
		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
j) <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</u>			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés	Sim <input type="checkbox"/>		
	Não <input type="checkbox"/>		

Conhecimento do papel		Avaliação	
		Data <u>Início</u>	Data <u>Termo</u>
k) <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos</u>			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro de medicamentos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de administração de medicamentos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de administração de medicamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<u>Consenso do papel</u>		Avaliação	
		<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Conflitos do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<u>Saturação do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

CONHECIMENTO DO PAPEL		Avaliação	
		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
O prestador de cuidados estimula a independência do do membro da família dependente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O prestador de cuidados promove Comportamentos sono-reposo adequado ao membro da família dependente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O prestador de cuidados promove padrão de exercícios adequado ao membro da família dependente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
O prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

PROCESSO FAMILIAR

Escala de Readaptação social de Holmes e Rahe

Score Total - 150-200, 200-300 e > 300

Dos seus membros

<u>Comunicação familiar</u> Comunicação Emocional		Avaliação	
Quem nas famílias expressa mais os sentimentos		<u>Data</u> <u>Início</u>	<u>Data</u> <u>Termo</u>
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos Se Não, especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos Se Não, especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família Favorável Se Não Favorável, especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

COMUNICAÇÃO CIRCULAR		Avaliação	
		<u>Data</u>	<u>Data</u>
		<u>Início</u>	<u>Termo</u>
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família, Se Não favoravel, especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Impacto de quem tem na família a forma como cada um expressa, favorável Se Não favorável, especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
COPING FAMILIAR		Avaliação	
Solução de Problemas		<u>Data</u>	<u>Data</u>
		<u>Início</u>	<u>Termo</u>
Quem na família expressa melhor os sentimentos _____			
Quem tem a iniciativa de os resolver _____			
Existe discussão sobre os problemas na família	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas Se Não, especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas Se SIM, especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

PAPÉIS FAMILIARES

Interacção de papéis familiares

Papel de Provedor

Quem desempenha _____

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Conflitos do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Saturação do Papel</u>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Papel de Gestão Financeira

Quem desempenha _____

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Conflitos do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Saturação do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Papel de Cuidados Doméstico

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim	
	Não	
<u>Conflitos do Papel</u>	Sim	
Se SIM especificar _____	Não	
<u>Saturação do Papel</u>	Sim	
Se SIM especificar _____	Não	

Quem desempenha _____

Papel Recreativo

Quem desempenha _____

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/>	
	Não <input type="checkbox"/>	
<u>Conflitos do Papel</u>	Sim <input type="checkbox"/>	
Se SIM especificar _____	Não <input type="checkbox"/>	
<u>Saturação do Papel</u>	Sim <input type="checkbox"/>	
Se SIM especificar _____	Não <input type="checkbox"/>	

Papel de Parente

Quem desempenha _____

<u>Consenso do papel</u>	Avaliação	
	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>
Se NÃO especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Conflitos do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<u>Saturação do Papel</u> Se SIM especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

<u>RELAÇÃO DINÂMICA</u>	Avaliação		
Influência e Poder	<u>Data Início</u>	<u>Data Termo</u>	
Membro com maior poder na Família			
Satisfação da família relativamente influência de cada membro face à influência dos outros. Se Não, especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
ALIANÇAS E UNIÕES			
Existem na família alianças entre os seus Membros Se Não favorável, Especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união Se SIM, Especificar _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

COESÃO e ADAPTABILIDADE FAMILIARES

FACES II (aplicação dos instrumentos)

Coesão

Desmembrada separada

Separadas

Ligadas

Muito ligadas

Adaptabilidade

Rígida

Estruturada

Flexível

Muito flexível

Tipo de família

Muito equilibrada

Equilibrada

Meio-termo

Extrema

FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA

(Percepção de cada um dos membros - APGAR Familiar de Smilkstein)

(Medicine One)

Membro-_____Resultado

Família altamente funcional

Família moderadamente disfuncional

Família com disfuncionalidade acentuada

Membro-_____Resultado

Família altamente funcional

Família moderadamente disfuncional

Família com disfuncionalidade acentuada

Membro-_____Resultado

Família altamente funcional

Família moderadamente disfuncional

Família com disfuncionalidade acentuada

CRENÇAS FAMILIARES

Religião

Espiritualidade

Valores

Culturais

Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde

ANEXO VI

FACES II - ESCALA DE COESÃO E ADAPTAÇÃO FAMILIAR

Escala de Coesão e Adaptação Familiar - FACES II

Para cada afirmação, assinale o número que lhe pareça corresponder à realidade.

Quase Nunca	Uma vez por semana	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	1	2	3	4	5
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	4	5
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	1	2	3	4	5
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho	1	2	3	4	5
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	1	2	3	4	5
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	1	2	3	4	5
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	1	2	3	4	5
18. Na nossa família somos justos .quanto à disciplina	1	2	3	4	5
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família	1	2	3	4	5

20.A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas	1	2	3	4	5
21.Cada um de nós aceita o que a família decide	1	2	3	4	5
22.Na nossa família todos partilham responsabilidade	1	2	3	4	5
23.Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	1	2	3	4	5
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família	1	2	3	4	5
25.Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	1	2	3	4	5
26.Quando os problemas surgem todos fazemos cedências	1	2	3	4	5
27.Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós	1	2	3	4	5
28.Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos	1	2	3	4	5
29.Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	1	2	3	4	5
30.Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.	1	2	3	4	5

ANEXO VII

AUTORIZAÇÃO DA Dr.^a OTÍLIA M. FERNANDES

PARA APLICAÇÃO DA FACES II



UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Otília Monteiro Fernandes, Professora Auxiliar da UTAD, declara que autoriza a utilização da sua versão portuguesa da FACES II de David H. OLSON, Joyce PORTNER & Richard BELL (1982), conforme consta na sua tese de mestrado *Família e Emigração* (Universidade de Coimbra/FPCE, 1995), a FERNANDA MARIA RAMINHOS SILVA, para a realização da sua investigação sobre **Promoção do autocuidado na família com um familiar totalmente dependente**, cuja orientação está a cargo de Professor Doutor José Edmundo Sousa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vila Real, 28 de junho de 2013

a docente,

Otília Monteiro Fernandes
(professora auxiliar da UTAD)

APÉNDICE I
ESTUDOS DE CASO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Estágio 3º Semestre do 4º Mestrado de Enfermagem Comunitária
Ano Lectivo 2013/2014

ESTUDO DE CASO

FAMÍLIA 1

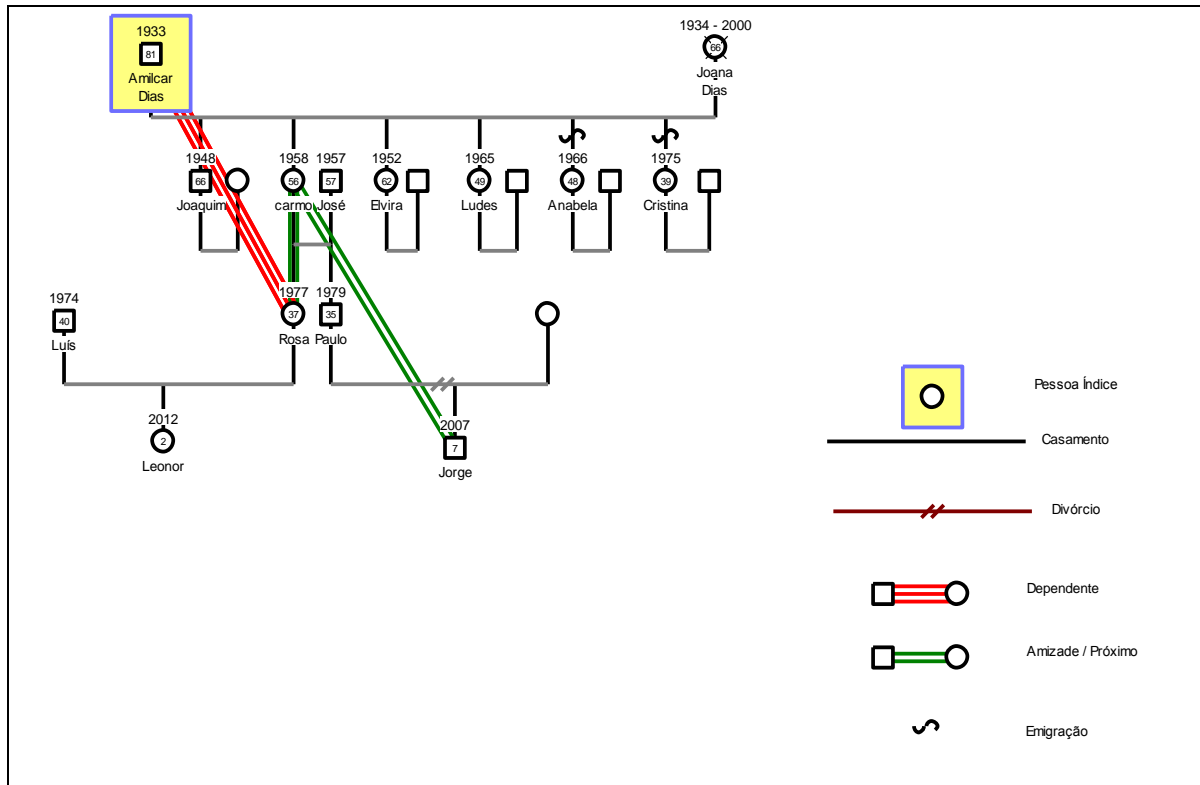
1. DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA 1

Com a família1, é uma família alargada, de classe média baixa. Após a aplicação do faces II esta família é extrema, desmembrada quanto á coesão e estruturada quanto á adaptabilidade.

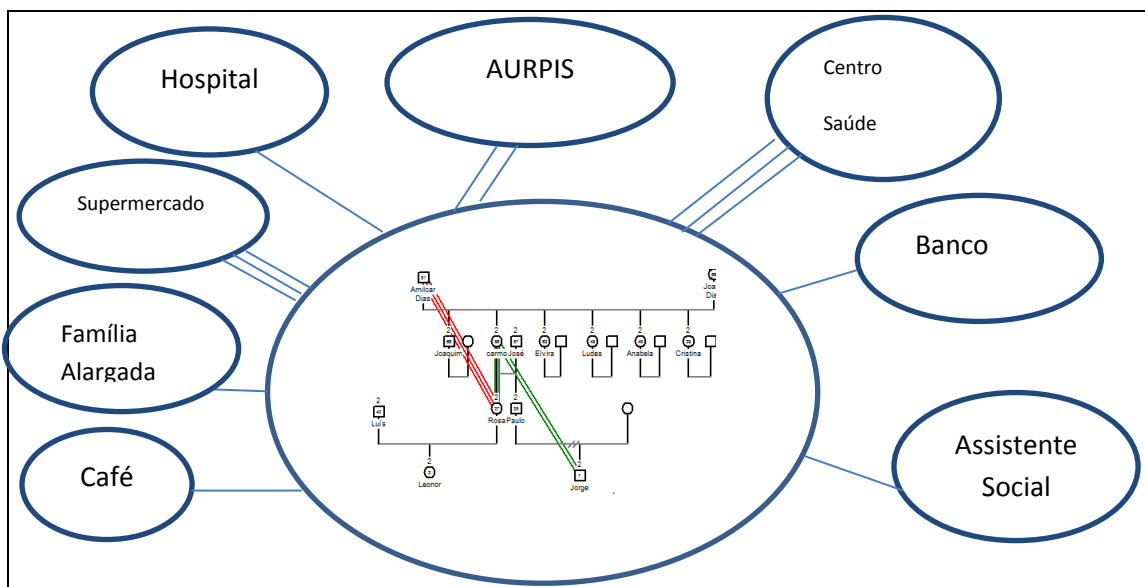
Foi estabelecida uma relação de confiança, o que tornou fácil e confortável, toda e qualquer orientação da equipa de Enfermagem no sentido de melhorar o seu autocuidado. Rapidamente foram ultrapassados os constrangimentos sentidos inicialmente. Estabelecer uma boa relação com toda a equipa de enfermagem foi determinante para o percurso da avaliação e intervenção familiar ao longo do estágio.

2.DIMENSÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA 1

Genograma



Ecomapa



A avaliação da familiar na fase de diagnóstico foi realizada formalmente, foi marcado um momento, no domicílio, de acordo com a sua disponibilidade.

Relativamente à **composição da família**, e tendo em consideração que “(...) a família é quem os seus membros dizem que são.” (Wright e Leahey, 2009, p.48). A família considera como família todos os filhos, genros e netos. Mesmo os que residem noutros países, que mantêm contacto telefónico frequente, “os irmãos são promotores da socialização na família e ao mesmo tempo receptores do processo de socialização. Contribuem para a formação da identidade uns dos outros servindo de defensores e protectores, interpretando o mundo exterior (...)” (Stanhope Lancaster, 1999, p.502)

O **genograma** e o **ecomapa** familiar, foram elaborados com a ajuda dos familiares envolvidos no estudo, foi utilizado o programa informático GenoPro.

A família em estudo, quanto á sua estrutura interna, é uma família Alargada. Quanto ao género, existem 6 elementos do sexo masculino e 8 do sexo feminino, de 3 gerações. A Estrutura Interna não é simples, complexa. Assegura todos os cuidados quer á pessoa com dependência total, quer a qualquer um dos seus membros.

O Genograma desta família é extenso pois contempla três gerações diferentes.

O conhecimento, a relação e o contacto com a equipa de enfermagem é feito 2 ou 3 vezes na semana, de acordo com as necessidades do elemento da família em situação de dependência total, sempre que a nossa presença seja solicitada, bem como sempre que qualquer um dos membros se desloca ao Centro de Saúde.

No ciclo de vida desta família, o papel fraternal tem uma importância primordial após a morte da esposa/ mãe, uma das filhas permaneceu sempre a viver na quinta com o seu pai. É esse o espaço de encontro e união de toda a família.

A dependência do familiar foi uma alteração progressiva o que permitiu uma adaptação, a solicitação de apoio dos recursos da comunidade que colaboram no dia a dia desta família contribui com soluções que ajudam na manutenção do autocuidado.

As actividades domésticas são desempenhadas por vários membros, como por exemplo, cozinhar e tratar da roupa, cuidar da horta, efetuar as compras e a limpeza doméstica.

A pessoa que faz a gestão e o apoio ao familiar dependente é uma das netas, tem 30 anos, esta neta passou a sua infância com os avós na quinta onde vivem ainda hoje os seus pais. É ela o elo de ligação com todos os elementos da família e com a equipa de saúde da USF. O contacto é diário com a filha e o genro que moram na quinta e cuidam ainda de outros netos. A neta responsável pela gestão, vem várias vezes na semana, e mantém um contacto telefónico diário com a mãe. Esta tem uma filha de dois anos, desde que foi mãe não está presente diariamente.

A família apresenta um **APGAR familiar** de 8, sendo considerada uma família altamente funcional.

Relativamente a **sistemas mais amplos**, no que diz respeito à saúde, a família tem médico de família no Centro de Saúde na USF CSI Seixal, onde recorrem com frequência, bem como o médico se desloca ao domicílio sempre que solicitado. Frequenta a igreja. Ao fim de semana a família tem momentos lúdicos, normalmente na quinta. Estes momentos são muito importantes para o fortalecimento das relações familiares e suporte. Estas reuniões permitem o encontro e o convívio entre os familiares.

Para além do apoio da equipa de enfermagem, utilizam o recurso da AURPIS de Paio Pires, com o apoio das ajudantes familiares para os cuidados diários de higiene e conforto ao familiar totalmente dependente. Têm como ajudas técnicas uma cama articulada e uma cadeira de rodas, o utente fez levante até ser possível, vinha para o exterior da casa.

Quanto à **raça** esta família é de raça caucasiana. Relativamente à **etnia**, a família é de origem portuguesa, nasceram no Norte do país, Santa Comba Dão.

Relativamente à **classe social**, a avaliação foi feita a partir da Escala de Avaliação Social de Graffar, obtém-se um score de 19, o que corresponde a classe média

baixa. Quanto ao APGAR de Smilkstein é uma família altamente funcional (9). (Anexo....).

Quanto á **espiritualidade e/ou religião**, a família é cristã católica, sendo que os sacramentos religiosos, como casamento e batismos, têm sido feitos no seio da igreja, costumam frequentar a igreja.

Relativamente ao **ambiente** onde se enquadram é adequado e bom. A habitação que possui é própria, onde tem todas as condições de habitabilidade e conforto. Tem electricidade, gaz canalizado, saneamento básico e o aquecimento é local. (Anexo....). Vivem numa quinta, onde cada uma das famílias nucleares tem o seu próprio espaço. As habitações são moradias, com todas as condições de saneamento, segurança e abastecimento de água da rede pública. Existem áreas de lazer e convívio partilhadas. A quinta localiza-se numa zona industrial com boa acessibilidade.

Existem dois cães, que colaboram na segurança da própria quinta.

3. DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Relativamente à **avaliação do desenvolvimento**, segundo os Estádios do Ciclo de Vida Familiar, propostos por Duvall (1977), a família encontra-se no estágio, VIII Progenitor na Terceira Idade.

Relativamente à satisfação conjugal, a vida desta família é muito partilhada, quer em termos de tarefas, quer em termos de responsabilidade. O casal passa muito tempo junto e referem que expressão os seus sentimentos sem dificuldades ou constrangimentos.

A relação é muito forte, nutrem sentimentos de grande carinho, amizade e cumplicidade.

São vários os rendimentos financeiros que a família auferem, o genro é reformado a filha trabalha, a pessoa dependente também é reformada, apenas a neta de 30 anos está desempregada. Os restantes filhos, da família alargada, vivem no norte ou esta emigrados em França e na Alemanha, auferem rendimentos certos.

A família alargada apresenta vínculos fortes, consideram passar muito tempo juntos, e estão sempre presentes nas decisões importantes e na interajuda.

Quanto à capacidade de resolução de problemas, esta família apresenta boas estratégias na resolução de problemas, o que permite uma manutenção do funcionamento familiar.

4. DIMENÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA 1

Nesta família, tal como já referimos, existe um membro da família em situação de dependência total nas actividades de vida diárias.

Papel do prestador de Cuidados

Apesar de a família ter um grande número de elementos os papéis estão bem definidos. É neta que tem o papel de provedor, toma as decisões, consultando a opinião da mãe, mantendo uma aliança em algumas situações. Faz toda a gestão financeira. Em família conseguem encontrar um consenso, especialmente nas grandes decisões.

Quando o avô apresentou um agravamento das úlceras de pressão, após uns dias em que trocaram de ajudantes domiciliárias, a neta passou a estar presente diariamente, solicitando a nossa ajuda e apoio, a relação de confiança com a equipa de Enfermagem saiu fortalecida. E demonstrou grande empenho e parceria nos cuidados ao seu familiar.

A avaliação do risco de saúde familiar exige várias abordagens, para determinar várias componentes de risco. É por isso necessário conhecer as forças e as necessidades da família.

Utilizamos o FACES II, Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar, para avaliar a coesão e a adaptabilidade da família, dois dos membros, responderam ao questionário. Nesta família o questionário foi auto-preenchido no momento formal da entrevista, no quadro seguinte mostramos as conclusões retiradas da sua aplicação.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Processo familiar Disfuncional	
Critério de Diagnóstico	Relação dinâmica disfuncional Família desmembrada e Extrema	
Data	Intervenções	Avaliação
06/06/2013	Comunicação familiar não eficaz Promover comunicação expressiva das emoções Optimizar a comunicação da família	 17/12/2014 04/02/2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Estágio 3º Semestre do 4º Mestrado de Enfermagem Comunitária
Ano Lectivo 2013/2014

ESTUDO DE CASO

FAMÍLIA 2

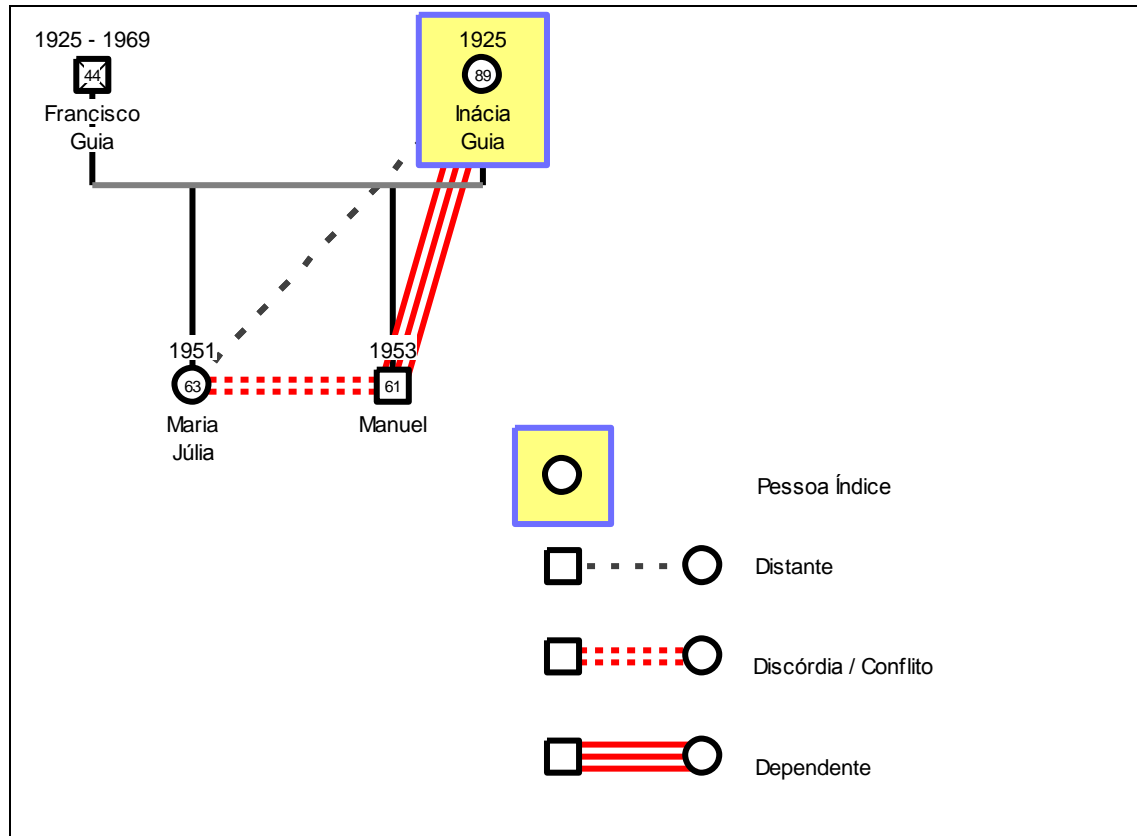
1. DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA 2

Tal como qualquer família, esta tem características muito especiais, é composta por duas pessoas, a mãe que é totalmente dependente e o filho que ocupa o seu quotidiano nos cuidados à mãe.

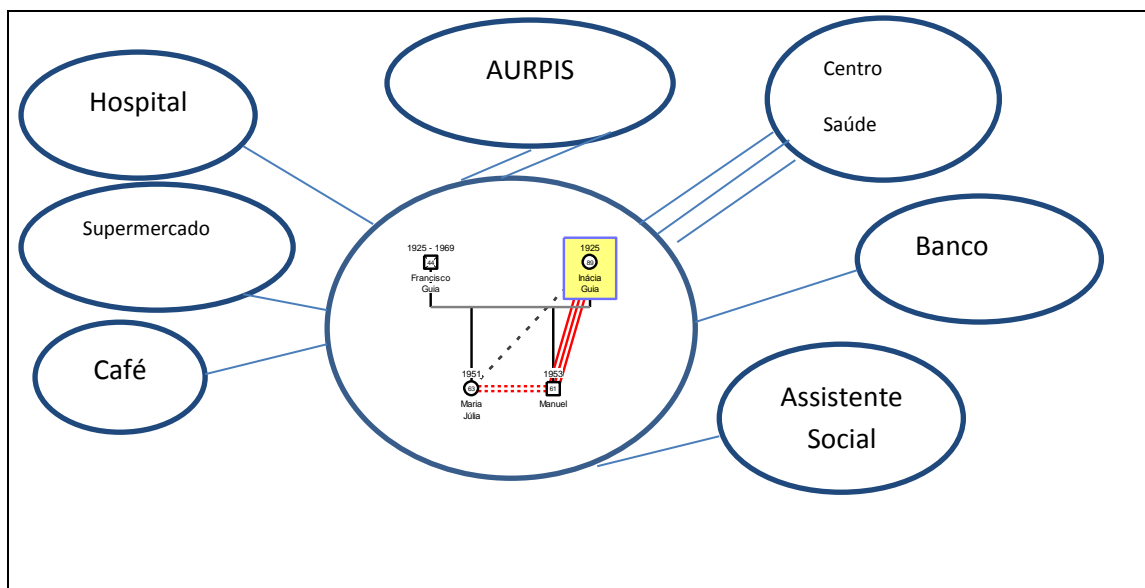
Esta família, quanto á sua estrutura interna, é uma família Monoparental centrada pela mulher. Quanto ao género, existem 1 elemento do sexo masculino e 1 do sexo feminino, de 2 gerações. A Estrutura Interna é simples. É das famílias em estudo, a família com maior disfuncionalidade, severamente disfuncional. Classe média baixa. Vive numa zona antiga e bem conservada. Assegura, os cuidados á pessoa com dependência total.

2. DIMENSÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA 2

Genograma



Ecomapa



O **Genograma** e o **Ecomapa** das famílias, foram elaborados com a ajuda dos familiares envolvidos no estudo. Foi utilizado o programa informático GenoPro.

A relação e o contacto com a equipa de enfermagem nem sempre é facilitado pelo filho, que manifestamente apresenta um desgaste, demonstrado muitas vezes como revolta e agressividade, as visitas domiciliárias são feitas 2 ou 3 vezes no mês, de acordo com as necessidades do elemento da família em situação de dependência total, ou, sempre a nossa presença seja solicitada.

Existe uma irmã, mas que segundo a informação que colhemos, está muito ausente e não é considerada como família, devido ao seu afastamento há já vários anos (fala da irmã com tristeza, disse sentir-se “sozinho”).

No ciclo de vida desta família, o papel fraternal tem uma importância primordial após a morte do pai, o filho, solteiro, permaneceu sempre a viver com a mãe, “nunca a abandonarei, se não fosse eu que seria dela?” SIC

A dependência do familiar foi uma alteração progressiva, mas o filho recorreu a apoios existentes na comunidade. Colaboram no dia a dia desta família contribuindo com soluções que ajudam na prestação de cuidados de higiene e conforto. As actividades domésticas são desempenhadas pelo filho, como por exemplo, cozinhar e tratar da roupa, efetuar as compras e a limpeza da casa.

A pessoa que faz a gestão e o apoio ao familiar dependente é o filho, tem 60 anos. É ele o elo de ligação com a equipa de saúde da USF. O contacto é pelo telefone ou presencial sempre que este se dirige ao Centro de Saúde ou a equipa ao seu domicílio. Não mantém qualquer tipo de relação com a restante família, a irmã é mais nova que ele, dois anos. Quando colaborou na execução do Genograma incluiu-a.

Como apoio tem a equipa de enfermagem da USF CSI Seixal e a AURPIS de Paio Pires, com a colaboração das ajudantes familiares para os cuidados diários de higiene e conforto ao familiar totalmente dependente. Têm como ajudas técnicas uma cama articulada e uma cadeira de rodas, para onde a utente fez levantar até ser possível, e onde ficava á janela.

Quanto á **raça** esta família é de raça caucasiana. Relativamente à **etnia**, a família é de origem portuguesa, nasceram no Alentejo.

Relativamente à **classe social**, a avaliação foi feita a partir da Escala de Avaliação Social de Graffar, obtendo um score de 19, o que corresponde a classe média baixa. A família apresenta um **APGAR familiar** de 0 (zero), sendo considerada uma família altamente disfuncional.

Relativamente a **sistemas mais amplos**, no que diz respeito à saúde, a família tem médico de família no Centro de Saúde na USF CSI Seixal, onde recorrem com frequência, o médico desloca-se ao domicílio sempre que solicitado.

No que concerne à **espiritualidade e/ou religião**, referiu ter perdido a fé, e não tem tempo para sair de casa, só ao café.

Relativamente ao **ambiente** onde se enquadram é adequado. A habitação que possui é própria, onde tem condições de habitabilidade e conforto. Tem electricidade, gaz canalizado, saneamento básico e o aquecimento é local. Mas a casa está muito desarrumada e existem roupas espalhadas por todo o lado. O pó acumula-se e existem locais da casa que revelam considerável falta de higiene, as paredes apresentam falhas de tinta e sujidade, revelando que não são, nem limpas nem pintadas há vários anos.

3. DIMENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Relativamente à **avaliação do desenvolvimento**, segundo os Estádios do Ciclo de Vida Familiar, propostos por Duvall (1977), encontra-se no estágio, VIII Progenitor na Terceira Idade.

Os rendimentos financeiros que a família aufer, são a reforma do filho e da mãe, mas o filho diz que mal chegam para o essencial, mesmo sendo rendimentos certos, os custos para transporte de ambulância, neste momento são inabarcáveis para esta família.

Quanto à capacidade de resolução de problemas, sente-se só, na tomada de decisão. A mãe está bem cuidada e raramente apresenta lesões, vamos apenas trocar a sonda nasogástrica. É autónomo na gestão dos cuidados diários à sonda nasogástrica.

4. DIMENÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

Papel do prestador de Cuidados

Toda a responsabilidade, todos os papéis e todas as decisões são tomadas sozinho, não tem com quem partilhar, a mãe apresenta uma afasia. Não estabelece relação com vizinhos ou amigos.

É um homem só, não é fácil para a equipa de enfermagem estabelecer uma boa relação, a confiança na equipa de enfermagem é uma conquista passo a passo, com uma gestão de conflitos difícil, só recentemente ficou fortalecida. Quando a mãe retirou a sonda, numa sexta-feira ao final da tarde, e uma das enfermeiras se deslocou no seu próprio veículo, visto a motorista já ter terminado o seu horário de trabalho, realizou entubação nasogastrica à utente, evitando a despesa da ambulância, e todo o transtorno que é para qualquer família uma deslocação ao hospital com um familiar com dependência total.

A avaliação do risco de saúde familiar exigiu várias abordagens, para determinar várias componentes de risco. É necessário conhecer as forças e as fragilidades das necessidades da família, dando uma resposta adequada mesmo quando é necessário contornar as regras, colocando todo o sentido de responsabilidade e competência centrado no seu cliente família.

Utilizamos o FACES II, Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar, para avaliar a coesão e a adaptabilidade da família, o filho preencheu o questionário, nesta família o questionário foi preenchido no momento formal da entrevista, o tratamento de dados conduz-nos a uma família desmembrada quanto à coesão, rígida quanto á adaptabilidade e extrema quanto ao tipo de família.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico De Enfermagem	Papel do prestador de cuidados Não adequado	
Data	Intervenções	Avaliação Data
Saturação do papel	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras) - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel - Motivar para a redefinição dos papéis 	03/06/2013

Diagnóstico De Enfermagem	Processo familiar disfuncional	
	FACES II- Desmembrada, Rígida e Extrema	
	INTERVENÇÕES	Avaliação Data
Relação dinâmica disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar padrão de relação; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover o envolvimento da família; - Otimizar a comunicação da família; - Otimizar padrão de ligação; - Orientar para Terapia Familiar. 	03/06/2013 17/12/2013 04/02/2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Estágio 3º Semestre do 4º Mestrado de Enfermagem Comunitária
Ano Lectivo 2013/2014

ESTUDO DE CASO

FAMÍLIA 2

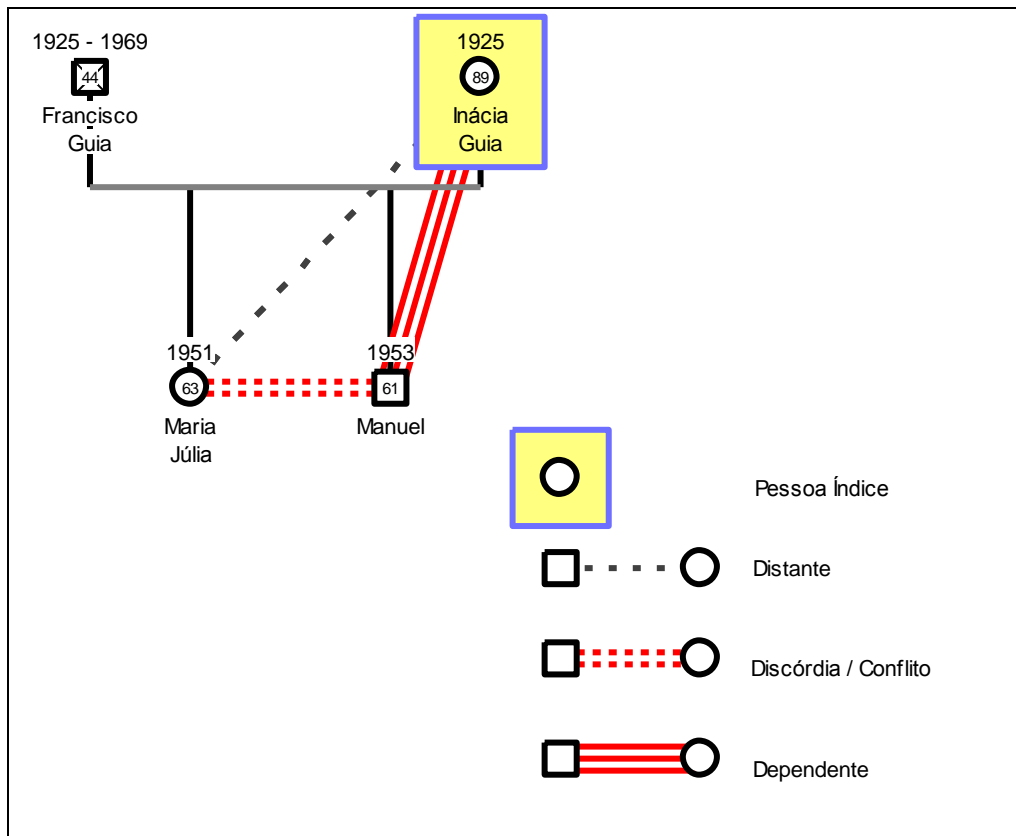
1. DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA 2

Tal como qualquer família, esta tem características muito especiais, é composta por duas pessoas, a mãe que é totalmente dependente e o filho que ocupa o seu quotidiano nos cuidados à mãe.

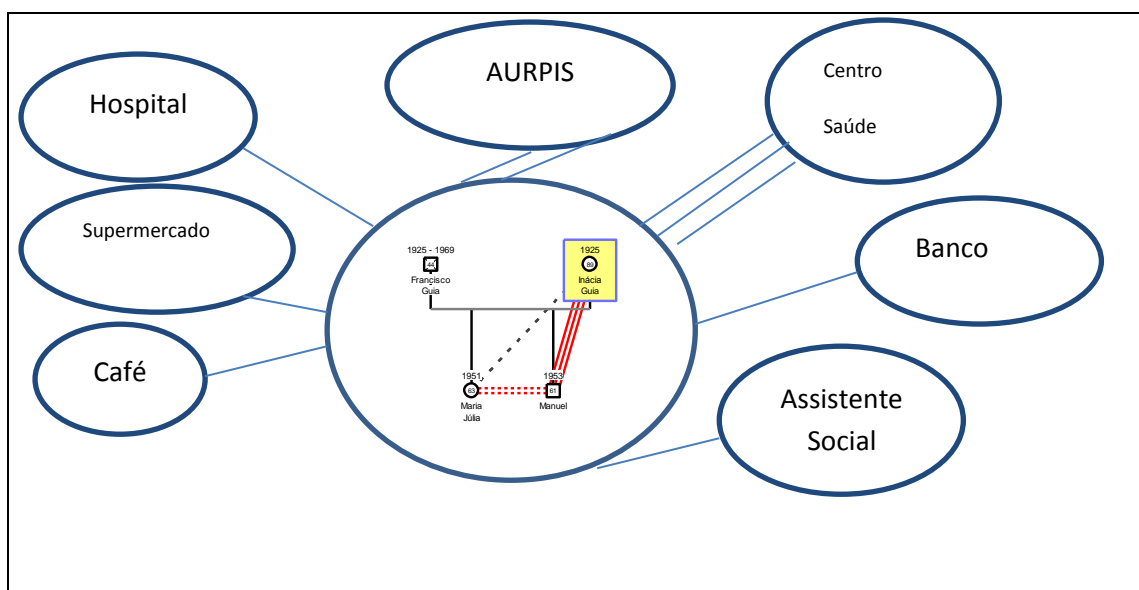
Esta família, quanto á sua estrutura interna, é uma família Monoparental centrada pela mulher. Quanto ao género, existem 1 elemento do sexo masculino e 1 do sexo feminino, de 2 gerações. A Estrutura Interna é simples. É das famílias em estudo, a família com maior disfuncionalidade, severamente disfuncional. Classe média baixa. Vive numa zona antiga e bem conservada. Assegura, os cuidados á pessoa com dependência total.

2. DIMENSÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA 2

Genograma



Ecomapa



O **genograma** e o **ecomapa** familiar, foram elaborados com a ajuda dos familiares envolvidos no estudo. Foi utilizado o Programa informático GenoPro.

A relação e o contato com a equipa de enfermagem nem sempre é facilitado pelo filho, que manifestamente apresenta um desgaste, demonstrado muitas vezes como revolta e agressividade, as visitas domiciliárias são feitas 2 ou 3 vezes no mês, de acordo com as necessidades do elemento da família em situação de dependência total, ou, sempre a nossa presença seja solicitada.

Existe uma irmã, mas que segundo a informação que colhemos, está muito ausente e não é considerada como família, devido ao seu afastamento há já vários anos (fala da irmã com mágoa e tristeza, sente-se só).

No ciclo de vida desta família, o papel fraternal tem uma importância primordial após a morte do pai, o filho, solteiro, permaneceu sempre a viver com a mãe, “nunca a abandonarei, se não fosse eu que seria dela?” SIC

A dependência do familiar foi uma alteração progressiva, mas o filho recorreu a apoios existentes na comunidade. Colaboram no dia a dia desta família contribuindo com soluções que ajudam na prestação de cuidados de higiene e conforto. As actividades domésticas são desempenhadas pelo filho, como por exemplo, cozinhar e tratar da roupa, efetuar as compras e a limpeza da casa.

A pessoa que faz a gestão e o apoio ao familiar dependente é o filho, tem 60 anos. É ele o elo de ligação com a equipa de saúde da USF. O contacto é pelo telefone ou presencial sempre que este se dirige ao Centro de Saúde ou a equipa ao seu domicílio. Não mantém qualquer tipo de relação com a restante família, a irmã é mais nova que ele, dois anos. Quando colaborou na execução do Genograma incluiu-a.

Como apoio tem a equipa de enfermagem da USF CSI Seixal e a AURPIS de Paio Pires, com a colaboração das ajudantes familiares para os cuidados diários de higiene e conforto ao familiar totalmente dependente. Têm como ajudas técnicas

uma cama articulada e uma cadeira de rodas, para onde a utente fez levantar até ser possível, e onde ficava a janela.

Quanto à **raça** esta família é de raça caucasiana. Relativamente à **etnia**, a família é de origem portuguesa, nasceram no Alentejo.

Relativamente à **classe social**, a avaliação foi feita a partir da Escala de Avaliação Social de Graffar, obtendo um score de 19, o que corresponde a classe média baixa. A família apresenta um **APGAR familiar** de 0 (zero), sendo considerada uma família altamente disfuncional.

Relativamente a **sistemas mais amplos**, no que diz respeito à saúde, a família tem médico de família no Centro de Saúde na USF CSI Seixal, onde recorrem com frequência, o médico desloca-se ao domicílio sempre que solicitado.

No que concerne à **espiritualidade e/ou religião**, referiu ter perdido a fé, e não tem tempo para sair de casa, só ao café.

Relativamente ao **ambiente** onde se enquadram é adequado. A habitação que possui é própria, onde tem condições de habitabilidade e conforto. Tem electricidade, gaz canalizado, saneamento básico e o aquecimento é local. Mas a casa está muito desarrumada e existem roupas espalhadas por todo o lado. O pó acumula-se e existem locais da casa que revelam considerável falta de higiene, as paredes apresentam falhas de tinta e sujidade, revelando que não são, nem limpas nem pintadas há vários anos.

3. DIMENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Relativamente à **avaliação do desenvolvimento**, segundo os Estádios do Ciclo de Vida Familiar, propostos por Duvall (1977), encontra-se no estágio, VIII Progenitor na Terceira Idade.

Os rendimentos financeiros que a família auferir, são a reforma do filho e da mãe, mas o filho diz que mal chegam para o essencial, mesmo sendo rendimentos certos, os custos para transporte de ambulância, neste momento são inabarcáveis para esta família.

Quanto à capacidade de resolução de problemas, sente-se só, na tomada de decisão. A mãe está bem cuidada e raramente apresenta lesões, vamos apenas trocar a sonda Naso gástrica. É autónomo na gestão dos cuidados diários à sonda Naso gástrica.

4. DIMENÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

Papel do prestador de Cuidados

Toda a responsabilidade, todos os papéis e todas as decisões são tomadas sozinho, não tem com quem partilhar, a mãe apresenta uma afasia. Não estabelece relação com vizinhos ou amigos.

É um homem só, não é fácil para a equipa de enfermagem estabelecer uma boa relação, a confiança na equipa de enfermagem é uma conquista passo a passo, com uma gestão de conflitos difícil, só recentemente ficou fortalecida. Quando a mãe retirou a sonda, numa sexta-feira ao final da tarde, e uma das enfermeiras se deslocou no seu próprio veículo, visto a motorista já ter terminado o seu horário de trabalho, realizou entubação nasogastrica à utente, evitando o custo inerente ao transporte de ambulância, e todo o transtorno que é para a família com um familiar com dependência total, uma deslocação ao hospital.

A avaliação do risco de saúde familiar exigiu várias abordagens, para determinar várias componentes de risco. É necessário conhecer as forças e as fragilidades das necessidades da família, dando uma resposta adequada mesmo quando é necessário contornar as regras, colocando todo o sentido de responsabilidade e competência centrado no seu cliente família.

Utilizamos o FACES II, Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar, para avaliar a coesão e a adaptabilidade da família, o filho preencheu o questionário, nesta família o questionário foi preenchido no momento formal da entrevista, o tratamento de dados conduz-nos a uma família desmembrada quanto à coesão, rígida quanto á adaptabilidade e extrema quanto ao tipo de família.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico De Enfermagem	Papel do prestador de cuidados Não adequado	
Data	Intervenções	Avaliação Data
Saturação do papel	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras) - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel - Motivar para a redefinição dos papéis 	03/06/2013

Diagnóstico De Enfermagem	Processo familiar disfuncional	
	FACES II- Desmembrada, Rígida e Extrema	
	INTERVENÇÕES	Avaliação Data
Relação dinâmica disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar padrão de relação; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover o envolvimento da família; - Otimizar a comunicação da família; - Otimizar padrão de ligação; - Orientar para Terapia Familiar. 	03/06/2013 17/12/2013 04/02/2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Estágio 3º Semestre do 4º Mestrado de Enfermagem Comunitária
Ano Lectivo 2013/2014

ESTUDO DE CASO

Família 3

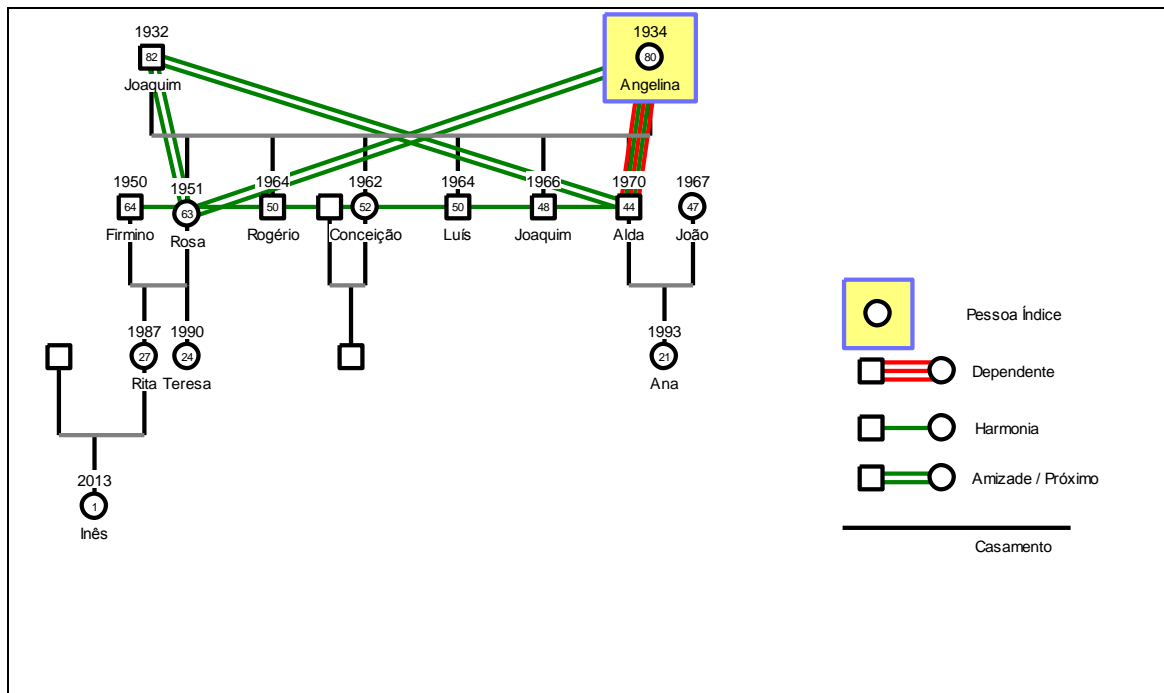
1. DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

A família 3 é nuclear, estes pais tiveram em tempos uma família numerosa, têm quatro filhas e dois filhos. Os irmãos estão todos presentes na vida dos pais, existe consenso entre os familiares e uma boa negociação nos momentos de crise. É a irmã mais nova quem faz o elo de ligação. Quem desempenha o papel de provedor e gestão financeira é a filha mais velha. Ficando a mais nova com a gestão das tarefas domésticas.

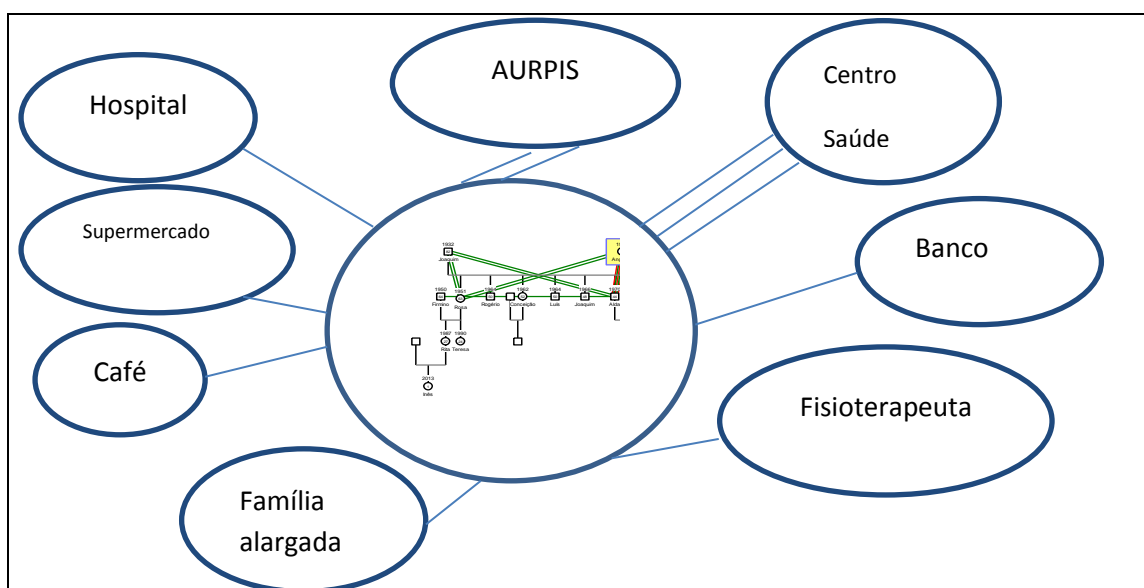
Os pais partilham o mesmo quarto, é a mãe quem tem uma situação de dependência total, tem uma cama articulada, o pai dorme na antiga cama do casal, junto da esposa.

2. DIMENÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA

GENOGRAMA



ECOMAPA



A família tem relações muito próximas, mantém contacto diário com três dos filhos. A composição da família é extensa. Tal como podemos verificar no Genograma.

Quanto aos recursos da comunidade, sistemas mais amplos, dispõem de apoios, contam com o apoio da AURPIS de Paio Pires, com uma fisioterapeuta, privada e com o apoio de Enfermagem da USF CSI Seixal.

Tem várias ajudas técnicas, andarilho, cama articulada com colchão de preção alternada.

A enfermagem dá apoio ao nível da promoção de saúde e visitas em situações de necessidade de cuidados a pequenas lesões que surgem pontualmente.

O pai foi submetido a uma intervenção cirúrgica, por fratura do colo do fémur, após uma queda no domicílio. A família recorreu ao apoio de fisioterapia, particular, com orientação inicial da especialista em enfermagem de reabilitação da USF CSI Seixal. A recuperação foi rápida o que permite actualmente sair de casa, passear na rua, vir ao café e fazer pequenas compras.

Quanto à **raça**, família é caucasiana.

Relativamente à **classe social**, a avaliação foi feita a partir da Escala de Avaliação Social de Graffar, obtém-se um score de 19, o que corresponde a classe média baixa. Quanto ao APGAR de Smilkstein é uma família altamente funcional (8).

Quanto á **espiritualidade e/ou religião**, assumem-se como católica não praticantes

Vive num 1º andar antigo, existindo por isso as escadas como barreira arquitectónica, é um andar bem conservado e com boas condições de higiene, o ambiente é calmo e confortável. A habitação apresenta todas as condições de saneamento, segurança e abastecimento de água e gaz da rede pública, o aquecimento é local. A filha mais nova é a responsável pela higiene do domicílio, bem como pela gestão do regime terapêutico.

No bairro, antigo, existe uma padaria, cafés, duas mercearias, um grupo recreativo e um talho. Como é um local pequeno, entre os vizinhos persiste um espírito solidário e de entre ajuda, espírito bairrista, ao contrário de outros locais do concelho.

3. DIMENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Relativamente à **avaliação do desenvolvimento**, segundo os Estádios do Ciclo de Vida Familiar, propostos por Duvall (1977), encontra-se no estágio, VIII Progenitor na Terceira Idade.

O casal demonstra muito afeto e carinho, nunca dormiram em quartos separados, passam todo o tempo juntos, têm televisão no quarto. Independentemente da afasia da esposa, o marido comunica com ela, bem como os filhos. Demonstrando satisfação na forma como expressão os seus sentimentos, mas insatisfação no padrão de comunicação do casal e da família alargada.

4. DIMENÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

Nesta família os diagnósticos de enfermagem são da dimensão funcional, no papel do prestador de cuidados, diagnosticamos saturação do papel do prestador.

Na relação dinâmica a família considera que ninguém tem mais poder, existe uma aliança e divisão de tarefas.

Atualmente a família mantém boa comunicação e negociação na resolução de problemas, mas não foi sempre assim. Consideram que o papel da enfermeira os ajudou a melhorar a comunicação o que ajudou a negociação e a redefinição dos papéis.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Papel do prestador de cuidados	
Data	Intervenções	Avaliação Data
08/06/2013 Saturação do papel	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras) - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel - Motivar para a redefinição dos papéis, pelos membros da família - Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família 	08/06/2013 12/11 /2014 07/02/2014 14/12/2014 07/01/2014 21/01/2014

Diagnóstico	Processo Familiar Disfuncional	
Data	Intervenções	Avaliação Data
08/06/2013 Comunicação familiar não eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel - Promover o envolvimento da família 	07/02/2014 08/06/2013 17/12/2013 07/02/2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Estágio 3º Semestre do 4º Mestrado de Enfermagem Comunitária
Ano Lectivo 2013/2014

ESTUDO DE CASO

FAMÍLIA 4

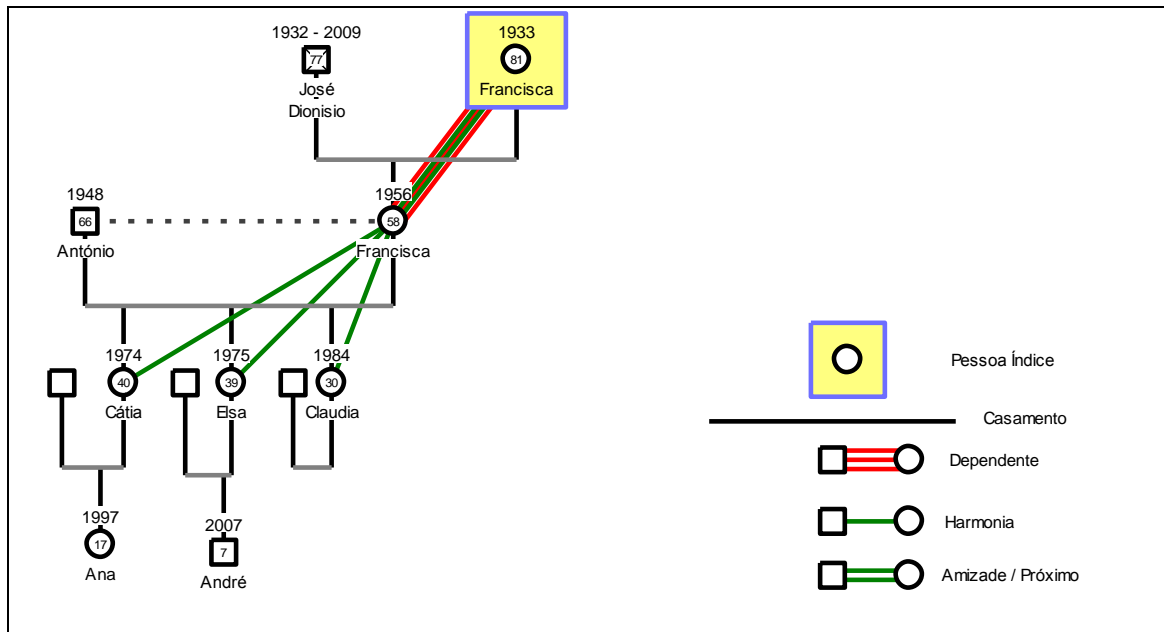
1. DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

A família 4 é uma família alargada, de classe média e altamente funcional, o provedor desta família é a filha. A mãe de 79 anos tem diagnóstico médico de demência, com uma instalação súbita e uma evolução muito rápida até chegar à situação de dependência total. Foi com grande sofrimento que a família aceitou esta situação. Coabitam, o genro, a filha e a mãe.

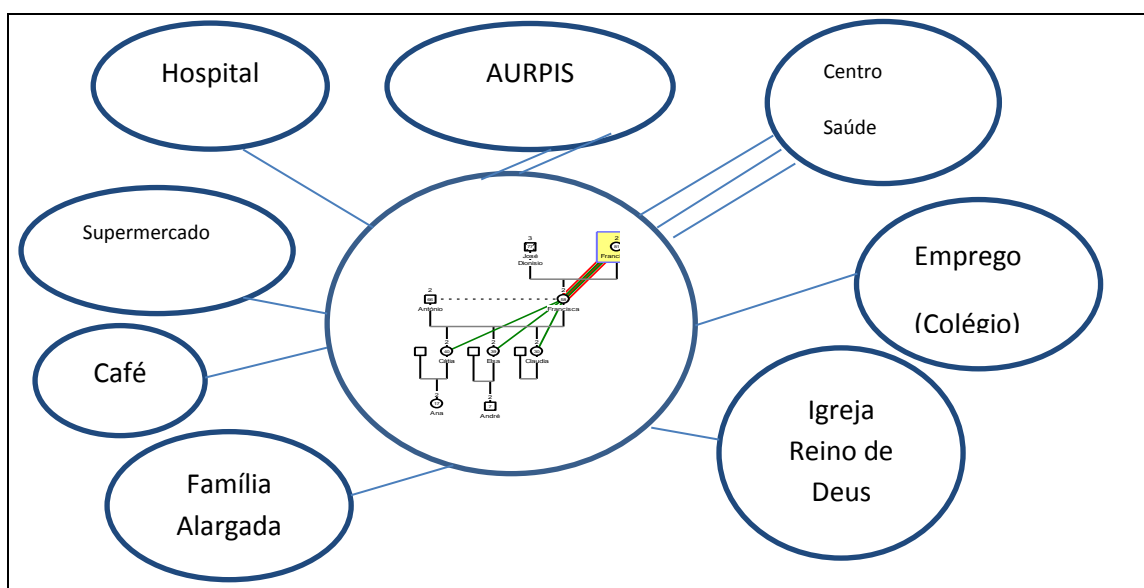
Conhecemos esta família numa situação de grande fragilidade emocional, o pai foi internado, após três dias de internamento morreu. Esta situação contribuiu para a evolução rápida da demência da esposa. Quando nos solicitam apoio domiciliário deparamo-nos com uma família em situação de grande tristeza, sem recursos emocionais para resolução de problemas. A mãe apresentava, úlceras de pressão grandes dimensões e profundidade. Cuidamos desta família há mais de 4 anos.

2. DIMENÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA 4

Genograma



Ecomapa



O **genograma** e o **ecomapa** familiar, foram elaborados com a ajuda dos familiares envolvidos no estudo. Onde está representada a composição familiar.

A relação e o contacto com a equipa de enfermagem foi sempre facilitada pela filha, que manifestamente apresenta um desgaste, mas demonstrando grande empenho em desenvolver competências para cuidar da mãe, as visitas domiciliárias são feitas 2 ou 3 vezes na semana, de acordo com as necessidades do elemento da família em situação de dependência total, ou, sempre que a nossa presença seja solicitada.

As actividades domésticas são desempenhadas pela filha, como por exemplo, cozinhar e tratar da roupa, efetuar as compras e a limpeza doméstica, o genro dá apenas pequenas ajudas. A pessoa que faz a gestão e o apoio ao familiar dependente é a filha. É ela o elo de ligação com a equipa de saúde da USF CSI.

No ciclo de vida desta família, o papel fraternal e o apoio emocional, tem uma importância primordial. Após a morte do pai, a filha, que sempre viveu no andar ao lado dos pais, passou a estar mais tempo em casa da mãe que na sua própria casa. Trabalha durante a manhã, tem apoio domiciliário, da AURPIS de Paio Pires, e ainda dispõe de ajudas técnicas, como a cadeira de rodas de espaldar alto e a cama articulada. A mãe faz levante diário para cadeira de rodas, com a ajuda do genro.

A família conta com o apoio da equipa de enfermagem, e com o apoio das ajudantes familiares para os cuidados diários de higiene e conforto, ao familiar totalmente dependente. O dia a dia desta família dispõe de várias soluções que ajudam na manutenção do autocuidado.

Quanto à **raça** esta família é de raça caucasiana. Relativamente à **etnia**, a família é de origem portuguesa, nasceram no Alentejo.

Relativamente à **classe social**, a avaliação foi feita a partir da Escala de Avaliação Social de Graffar, obtém-se um score de 17, o que corresponde a classe média. A

família apresenta um **APGAR familiar** de 6, sendo considerada uma família com moderada disfunção.

Relativamente a **sistemas mais amplos**, no que diz respeito à saúde, a família tem médico de família no Centro de Saúde na USF CSI Seixal, onde recorrem com frequência, o médico desloca-se ao domicílio sempre que solicitado. Sendo a equipa de enfermagem que faz articulação com a médica de família.

No que concerne à **espiritualidade e/ou religião**, frequentam a Igreja do Reino de Deus. Tendo a família alargada uma grande importância na adaptabilidade e funcionalidade, a AURPIS e o emprego ajudam no equilíbrio quer emocional, quer financeiro.

Relativamente ao **ambiente** onde se enquadram é adequado. O edifício residencial é um 1º andar num prédio antigo, é próprio, onde existem boas condições de habitabilidade, higiene e conforto. Tem electricidade, gaz de botija, saneamento básico e o aquecimento é local. Recentemente a família passou a viver na mesma casa, após obras de conservação e modernização, nas duas habitações, passaram a alugar uma das habitações para aumentar o rendimento familiar.

Quanto ao ambiente biológico, têm um gato, que pertencia à mãe, e está sempre com ela no quarto.

3. DIMENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA 4

Relativamente à **avaliação do desenvolvimento**, segundo os Estádios do Ciclo de Vida Familiar, propostos por Duvall (1977), esta família encontra-se no estágio, VIII Progenitor na Terceira Idade.

Quanto à satisfação conjugal, mostram-se insatisfeitos com o tempo que passam juntos e com a forma como expressam os seus sentimentos, como comunicam, como expressam a sua sexualidade, demonstra ainda insatisfação na divisão e partilha das tarefas domésticas.

Os rendimentos financeiros que a família auferir, são a reforma do genro, da sogra, o vencimento da filha e o aluguer da casa.

Quanto à capacidade de resolução de problemas, com o passar do tempo a tomada de decisão foi se tornando mais fácil, atualmente apresenta boas estratégias na resolução de problemas com muita resignação e acomodação, o que permite uma manutenção do funcionamento familiar apesar de todos os problemas inerentes nesta família.

4. DIMENÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

Com um membro da família totalmente dependente, a família demonstra um conhecimento do papel em todos os itens.

Nos comportamentos de adesão demonstra dificuldades na promoção de exercício adequado ao membro da família dependente, existe um padrão espástico acentuado. Apresenta ainda dificuldades na estimulação da independência.

Existe um consenso no papel do prestador de Cuidados, com conflito do papel e saturação do papel do prestador de cuidados.

Contraditoriamente aceita bem a situação e não sente necessidade de ajuda.

Quanto ao *Coping* familiar, não sente dificuldade na resolução de problemas, toma todas as decisões sozinha, desempenhando o papel de provedor, de gestão financeira, cuidados domésticos e papel de parente. Detém por isso todo o poder sobre a situação, considera que tem uma aliança com o marido.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Papel do prestador de Cuidados não adequado	
Data	Intervenções	Avaliação Data
Saturação do papel	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras) - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel - Requerer serviços de saúde - Orientar para serviços Sociais - Requerer serviço social 	07/02/2014

Diagnóstico De Enfermagem	Processo familiar disfuncional FACES II- Desmembrada, Rígida e Extrema	
Data	INTERVENÇÕES	Avaliação Data
Relação dinâmica disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar padrão de relação; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover o envolvimento da família; - Otimizar a comunicação da família; - Otimizar padrão de ligação; 	<p>03/06/2013</p> <p>17/12/2013</p> <p>07/02/2014</p>



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Estágio 3º Semestre do 4º Mestrado de Enfermagem Comunitária
Ano Lectivo 2013/2014

ESTUDO DE CASO

FAMÍLIA 5

1. DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Com a família 5, foi estabelecida uma relação de confiança com vários anos de existência, o que torna fácil e confortável, toda e qualquer orientação por parte da equipa de Enfermagem no autocuidado desta família. Estabelecer uma boa relação com toda a equipa de enfermagem foi determinante para o percurso da avaliação e intervenção familiar ao longo deste tempo tal como durante a participação no estudo.

O carinho e a dedicação desta família é um dos exemplos de maior abnegação e afeto que uma esposa pode demonstrar e dedicar ao marido.

Visitamos esta família há vários anos, somos sempre recebidas com um sorriso, o investimento na recuperação do seu familiar em situação de dependência total, pós AVC com várias sequelas e uma afasia, que aparentemente durante algum tempo não comprometeu a compreensão, mas afetou totalmente a comunicação verbal.

Fez exaustivamente fisioterapia no ginásio até esgotar o último recurso financeiro, foram utilizados todos os recursos da comunidade.

O cansaço e o desgaste não fazem parte do vocabulário desta esposa. Nem tão pouco palavras negativas em relação á situação de dependência.

Claro que nesta fase existe alguma conformação, mas mantém-se o investimento, a dedicação, o carinho e o amor.

Durante a aplicação do instrumento de recolha de dados retive várias frases, que reproduzo:

“É o amor que sempre tivemos e a vida que vivemos, que me dá todos os dias força para continuar.”

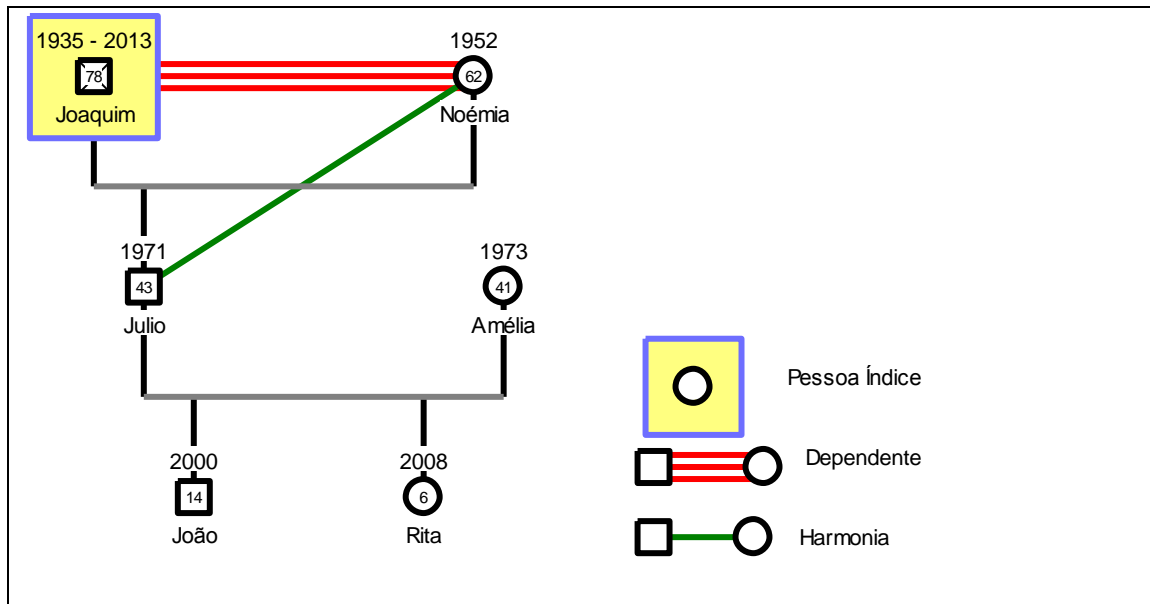
“Ele merece isto tudo e muito mais.”

“Foi um grande empresário, trabalhou muito, deu-nos tudo, todo o conforto, hoje faço tudo para que nada lhe falte.”

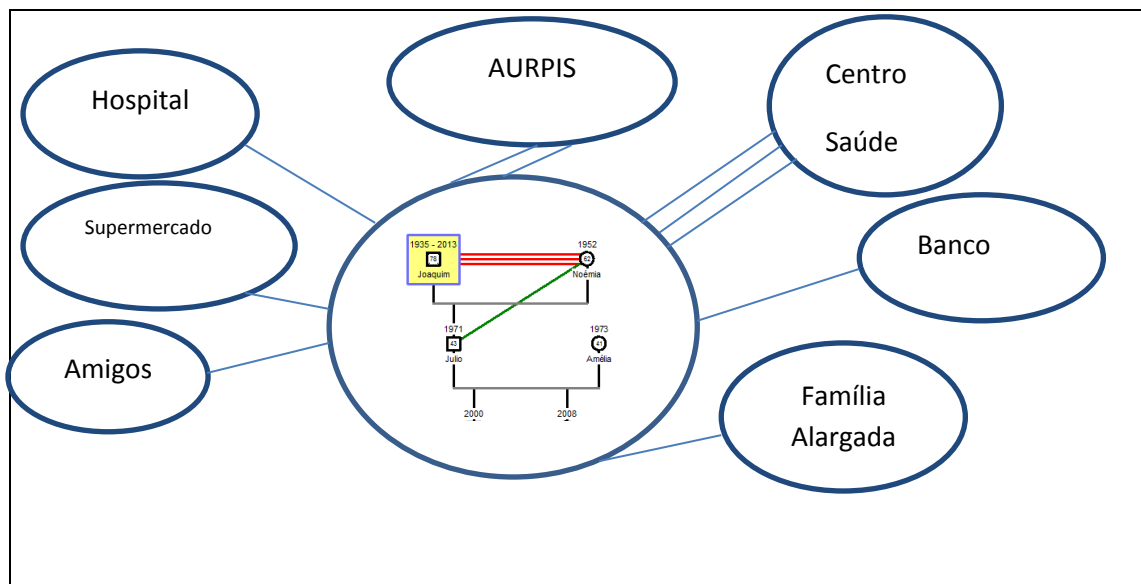
“Enquanto eu tiver saúde e aguentar, esta situação nunca vai ser um “fardo para mim”, mas antes uma prova que vou ter força para aguentar até ao fim.”

2. DIMENÇÃO ESTRUTURAL

GENOGRAMA



ECOMAPA



A avaliação da familiar na fase de diagnóstico foi realizada formalmente, foi marcado um momento, no domicílio, de acordo com a sua disponibilidade.

A família considera como família todos, o filho, a nora e os netos.

O **genograma** e o **ecomapa** familiar, foram elaborados com a ajuda da esposa.

A família em estudo, quanto á sua estrutura interna, é uma família nuclear, mas temporariamente é alargada. Quanto ao género, existem 3 elementos do sexo masculino e 3 do sexo feminino, de 3 gerações. A Estrutura Interna é simples, quando estamos como observadores é aparentemente complexa. Na realidade é altamente funcional e assegura todos os cuidados quer á pessoa com dependência total, quer a qualquer um dos seus membros.

Hoje a família é alargada por necessidades financeiras, situação que é temporária, o filho fechou o seu pequeno negócio, devido ao contexto actual que se vive em Portugal. No momento do estudo está a tratar da documentação para emigrar para Angola, e mais tarde vai toda a família.

Quanto à classe social pertence à classe média.

O conhecimento, a relação e o contato com a equipa de enfermagem é feito 2 ou 3 vezes na semana, de acordo com as necessidades do elemento da família em situação de dependência total, ou sempre que a nossa presença seja solicitada, bem como sempre que qualquer um dos membros se desloca ao Centro de Saúde.

No ciclo de vida desta família, o papel fraternal tem uma importância primordial após a doença do pai, o filho foi sempre um grande apoio para a mãe. É a casa dos pais o espaço de encontro e união de toda a família.

A dependência do familiar foi uma alteração brusca que não permitiu uma adaptação, a solicitação de apoio dos recursos da comunidade, que colaboram no dia-a-dia desta família contribuíram para a sua adaptabilidade e para a sua coesão, todas as soluções ajudaram na manutenção do autocuidado desta família.

Para Figueiredo " o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focaliza tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente." (Figueiredo, 2012, p. 70).

“A natureza dos acontecimentos inesperados pode ser positiva ou negativa” (Stanhope Lancaster, 1999, p.527).

As actividades domésticas são desempenhadas pela esposa, como por exemplo, cozinhar e tratar da roupa, efetuar as compras e a limpeza doméstica. É ela que faz a gestão financeira e coordena todo o apoio ao familiar dependente. É ela o elo de ligação com todos os elementos da família e com a equipa de saúde da USF e da UCC- ECCI. Cuida dos netos. A neta de 3 anos e o neto tem 13 anos.

A família apresenta um **APGAR familiar** de 10, família altamente funcional.

Relativamente a **sistemas mais amplos**, no que diz respeito à saúde, a família tem médico de família no Centro de Saúde na USF CSI Seixal, onde recorrem com frequência, o médico desloca-se ao domicílio sempre que solicitado.

“ (...) os enfermeiros comunitários podem fornecer a monitorização necessária e avaliação do estado de saúde do cliente no ambiente familiar, para reduzir o risco de complicações médicas(...)” (Stanhope Lancaster, 1999, p.793)

Ao fim de semana a família tem momentos lúdicos. Especialmente o casal mais jovem com os filhos. Dão espaço à mãe para sair um pouco com uma amiga. Estes momentos são muito importantes para o fortalecimento das relações familiares e suporte.

Para além do apoio da equipa de enfermagem, utilizam o recurso da AURPIS do Seixal, tem o apoio das ajudantes familiares para os cuidados diários de higiene e conforto ao familiar totalmente dependente. Têm como ajudas técnicas uma cama articulada, o utente já não faz levante há muito tempo.

Quanto à **raça** esta família é de raça caucasiana. Relativamente à **etnia**, a família é de origem portuguesa, nasceram no Alentejo.

Relativamente à **classe social**, a avaliação foi feita a partir da Escala de Avaliação Social de Graffar, obtém-se um score de 17, o que corresponde a classe média. Quanto ao APGAR de Smilkstein é uma família altamente funcional (10). (Anexo....).

No que concerne à **espiritualidade e/ou religião**, a família é cristã católica, sendo que os sacramentos religiosos, como casamento e batismos, têm sido feitos no seio da igreja, assumem que não costumam frequentar a igreja, referiu que após a doença do marido ficou “zangada” e “perdeu a fé” foi dessa forma que percebemos como as emoções e os sentimentos são influenciados pelos momentos de crise e “*stress*” causam no seio desta família, a própria crença é posta em causa pelo impacto causado pela doença.

Relativamente ao **ambiente** onde está inserida é adequado e bom. A habitação onde residem neste momento é alugada, tem todas as condições de habitabilidade e conforto um 1º andar num prédio recente. Tem electricidade, gaz canalizado, saneamento básico e o aquecimento é local, com todas as condições de saneamento, segurança e abastecimento de água da rede pública. Localiza-se numa zona com boa acessibilidade, perto de escolas e comercio local.

3. DIMENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Relativamente à **avaliação do desenvolvimento**, segundo os Estádios do Ciclo de Vida Familiar, propostos por Duvall (1977), encontra-se no estágio VIII, Progenitor na Terceira Idade.

“ tal como acontece com a saída dos filhos de casa, a reforma pode contribuir para o crescendo de liberdade dos últimos anos quando foi bem preparada e é aceite com realismo, ou seja, quando surge flexivelmente enquadrada num novo projecto de vida pós-parental” (Relvas, 2000 p. 210)

O casal passa muito tempo junto e segundo a esposa, expressão os seus sentimentos sem dificuldades ou constrangimentos. A relação é muito forte, nutrem sentimentos de grande carinho, amizade e cumplicidade.

São várias as dificuldades quanto aos rendimentos financeiros que a família aufere, o filho está desempregado a nora trabalha, a pessoa dependente é reformada, a sua reforma é baixa. Pertencem á classe média.

Quanto à capacidade de resolução de problemas, esta família apresenta boas estratégias na resolução de problemas, o que permite uma manutenção do funcionamento familiar.

4. DIMENÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

Nesta família, tal como já referimos, existe um membro da família em situação de dependência total nas actividades de vida diárias. Este elemento foi em tempos o suporte da família.

Papel do prestador de Cuidados

Apesar da família ser alargada, a mãe considera que é uma família nuclear, Sendo alargada temporariamente, os papéis estão bem definidos. É a esposa que tem o papel de provedor, toma as decisões, consultando a opinião da do filho, mantendo aliança em algumas situações. Faz toda a gestão financeira. A família consegue encontrar um consenso, especialmente nas grandes decisões.

Quando o marido apresentou um agravamento do seu estado geral, decidiram vender a sua habitação para morar num andar mais baixo facilitando a ida à fisioterapia. Mais tarde passou a ser assegurada pela ECCL.

A avaliação do risco de saúde familiar exige várias abordagens, para determinar várias componentes de risco. É por isso necessário conhecer as forças e as necessidades da família.

Utilizamos o FACES II. Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar, para avaliar a coesão e a adaptabilidade da família, o membro que desempenha o papel de provedor respondeu ao questionário, nesta família o questionário foi preenchido no momento formal da entrevista.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Papel do prestador de cuidados Não adequado	
Data	Intervenções	Avaliação Data
Saturação do papel	<ul style="list-style-type: none">- Promover a comunicação expressiva das emoções- Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras)- Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel- Motivar para a redefinição dos papéis Pelos membros da família- Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família- Requerer serviços de saúde	06/06/2014 12/12/2013

Diagnóstico	Papel do prestador de cuidados Não adequado	
Data	Intervenções	Avaliação
		Data
Conflito do papel	<ul style="list-style-type: none"> - Promover comunicação expressiva das emoções - Avaliar os conflitos do papel (explorar / demonstrar os pontos de conflito do papel) - Motivar para a redefinição dos papéis Pelos membros da família - Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família 	19/12/2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Estágio 3º Semestre do 4º Mestrado de Enfermagem Comunitária
Ano Lectivo 2013/2014

ESTUDO DE CASO

FAMÍLIA 6

1. DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA 6

Conhecíamos e visitávamos a família 6 há vários meses, o contato com as filhas era apenas pelo telefone ou quando pontualmente se deslocavam ao Centro de saúde.

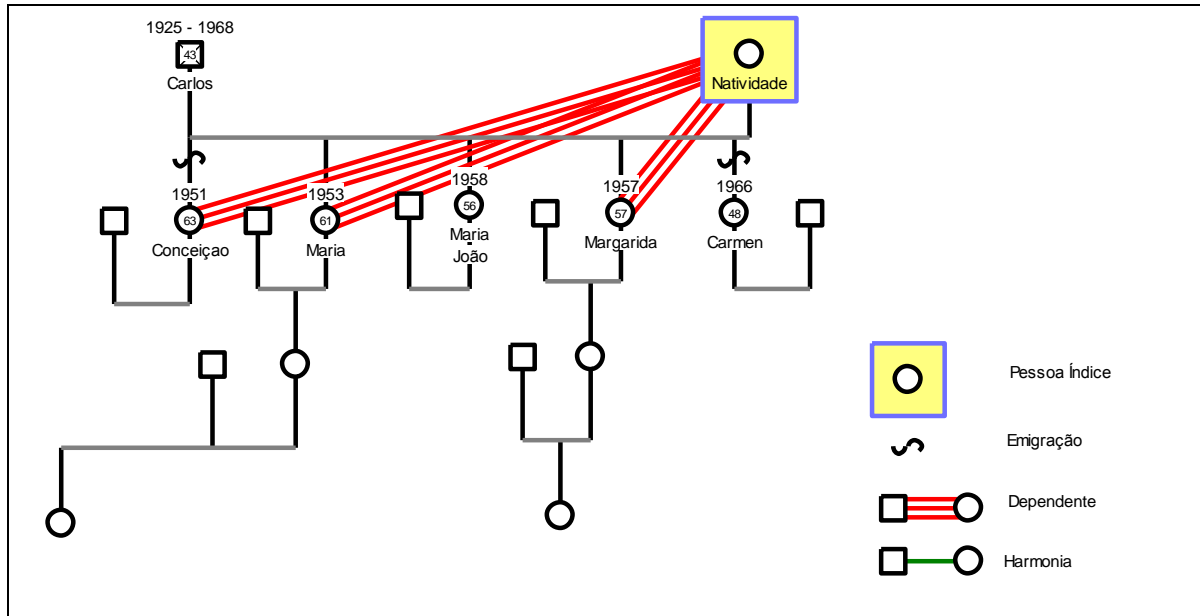
Desta família tínhamos o conhecimento que era constituída por 4 irmãs, sendo que três delas vivem perto e orientam os cuidados, estão em idade ativa, todas trabalham. Existe ainda uma quarta irmã que vive na Austrália e que vem uma vez por ano ao nosso país. A nossa parceira nos cuidados é uma empregada que faz companhia, é ela o elo de ligação à família, cuida da higiene da habitação. Os cuidados de higiene e conforto são assegurados pela AURPIS de Paio Pires.

A pessoa em situação de dependência tem várias sequelas de AVC, não sai da cama há vários meses. A enfermeira especialista em reabilitação, orientou os cuidados de mobilização passiva, embora não fale consegue colaborar, quando é estimulada, tem demonstrado pequenas evoluções.

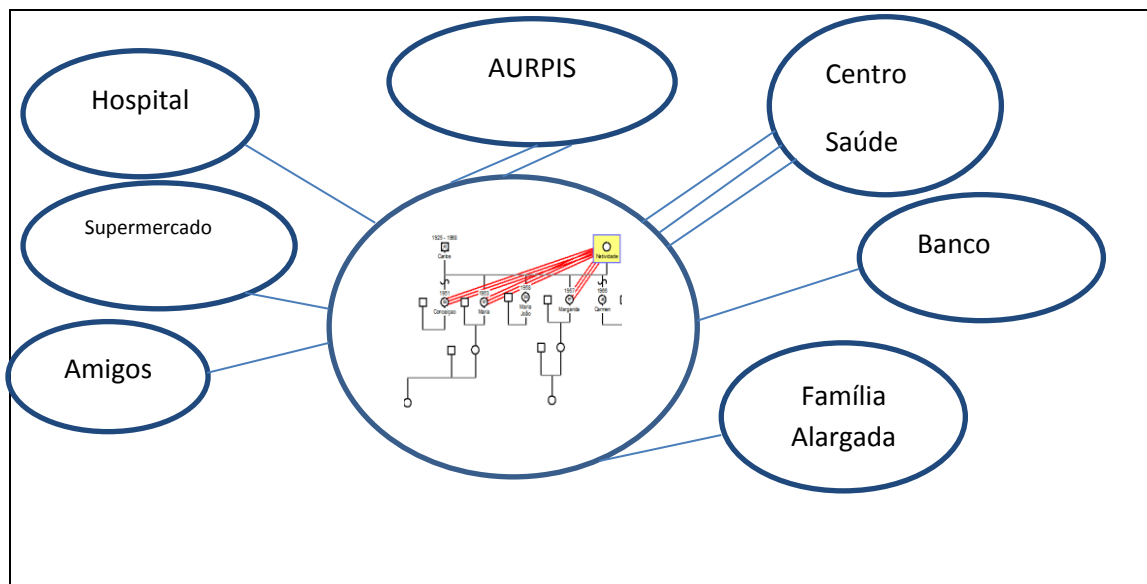
No dia da marcação das entrevistas, estavam duas das irmãs, uma neta e uma bisneta. Receberam-me com toda a disponibilidade e cordialidade. Existia um preconceito com esta família, parecia substituir-se na prestação de cuidados, por parceiros externos à família. O que se verificou, não corresponde à realidade. É uma família, extremamente interessadas, empenhadas e recorrem a todas as ajudas da comunidade, que os seus recursos financeiros permitem. A casa é da mãe, as três irmãs ficam durante a noite em semanas alternadas. Quando chegam do trabalho a sua principal preocupação é a mãe, totalmente dependente há vários anos. Encontrei quatro gerações, com toda a dedicação e carinho pela sua familiar. A terceira irmã está menos presente, mas também partilha a companhia nas noites, na semana que lhe compete.

2. DIMENÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA

GENOGRAMA



ECOMAPA



Est
a
família
é
unip
ess
oal,
com

o apoio da família alargada as relações são muito próximas, o contacto é diário com pelo menos três das filhas. A composição da família é extensa. Tal como podemos confirmar no Genograma.

Quanto aos recursos da comunidade, sistemas mais amplos, o ecomapa mostra que dispõem de muitos apoios, contam com o apoio da AURPIS de Paio Pires, das enfermeiras da USF CSI Seixal e da empregada que acompanha a utente todo o dia.

Dispõe de várias ajudas técnicas, cama articulada e colchão de preção alternada. É uma família de **raça** caucasiana. E etnia portuguesa.

Relativamente à **classe social**, a avaliação foi feita a partir da Escala de Avaliação Social de Graffar, obtém-se um score de 17, o que corresponde a classe média. Quanto ao APGAR de Smilkstein é uma família altamente funcional (10).

Quanto á **espiritualidade e/ou religião**, assumem-se como católicos praticantes

A residência é uma moradia de dois andares com dois inquilinos por piso, a habitação situa-se no rés-do-chão esquerdo está bem conservado e com boas condições de higiene, um ambiente calmo e confortável. Apresenta todas as condições de saneamento, segurança e abastecimento de água e gaz da rede pública, o aquecimento é local. Tem um quintal onde a família se reúne ao fim de semana para estarem todos juntos.

A nossa parceira nos cuidados, é a empregada que faz companhia é ela o elo de ligação à família, cuida da higiene da habitação. Os cuidados de higiene e conforto são assegurados pela AURPIS de Paio Pires. A gestão financeira é partilhada pelas quatro filhas, mas referem que, o que uma decidir as outras concordam. Vivem numa zona central junto de uma estrada com muito movimento, perto do comércio local, farmácia, igreja e cafés.

3.DIMENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Relativamente à **avaliação do desenvolvimento**, segundo os Estádios do Ciclo de Vida Familiar, propostos por Duvall (1977), não se aplica a esta família, visto ser uma família unipessoal.

As filhas demonstram muito afeto e carinho, passam muito tempo juntas, têm televisão no quarto. É uma estratégia para a manter ligada ao mundo exterior, as filhas e as netas partilham com ela o seu dia a dia, acreditam que isso a ajuda a sentir que continua a partilhar a vida com todos. Demonstram desta forma a satisfação na forma como expressão os seus sentimentos, mantendo a satisfação no padrão de comunicação com a família alargada.

Uma das irmãs disse uma frase que registei:

“ Integramos a nossa mãe na nossa vida, como fazendo parte dela. Custe ou não custe, temos de fazer o melhor por ela. Todas nós programamos uma semana de férias para ficar com ela.”

4. DIMENÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

Nesta família os diagnósticos de enfermagem relacionados com o autocuidado, não existem problemas nos comportamentos de adesão. Quanto aos conhecimentos demonstrados foi necessário insistir em questões relacionadas com o conforto e a boa utilização das ajudas técnicas, melhorando o seu conhecimento e alterando pequenos procedimentos, obtendo assim conhecimentos demonstrados na sua utilização.

Na relação dinâmica consideram que ninguém tem mais poder, existe sim uma aliança forte, com divisão e distribuição de tarefas e a utilização dos recursos da comunidade. Duas das irmãs assumem o papel de provedor e as três a gestão financeira, a irmã que vive longe está sempre de acordo as decisões tomadas.

A família mantém boa comunicação e negociação na resolução de problemas, esta família apresenta boas estratégias de *Coping* familiar.

Apenas no papel do prestador de cuidados, diagnosticamos saturação do papel do prestador.

Uma das filhas referiu “*o que custa é não ter expectativas, é ela estar a morrer aos poucos*”

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Processo familiar não disfuncional	
Data		Avaliação Data
Relação dinâmica disfuncional	Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união, é uma família com APGAR de 10, Altamente funcional	08/06/2013

Diagnóstico	Papel do prestador de cuidados Não adequado	
Data	Intervenções	Avaliação Data
Conhecimento actividade física do prestador de cuidados/ Aprendizagem de habilidades sobre Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Importância de estimular a independência - Conhecimento do prestador de cuidado sobre o padrão de exercício adequado. - Conhecimento do prestador de cuidado sobre técnicas de mobilização e boa utilização das ajudas técnicas. 	08/06/2013

Diagnóstico	Papel do prestador de cuidados Não adequado	
Data	Intervenções	Avaliação Data
06/06/2014 Saturação do Papel	- Promover a comunicação expressiva das emoções - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	07/02/2014 12/12/2013

APÊNDICE II

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

APÊNDICE III

TRATAMENTO DOS DADOS DA APLICAÇÃO DA FACES II, POR FAMÍLIA

Tabela II - Tratamento dos Dados da aplicação da FACES II, por família

Coesão	Adaptabilidade	Coesão C	Adaptabilidade C	C+A	Tipo Família
5	40	1	3	4	2
5	40	1	3	4	2
14	46	1	5	6	3
13	42	1	3	4	2
11	38	1	2	3	1,5
14	44	1	4	5	2,5
17	35	1	2	3	1,5
8	35	1	2	3	1,5

Quadro I - Resultados do FACES II por Família

Família	1	2	3	4	5	6
Coesão (Valores)	a) + b) 1	1	a) + b) 1	1	2	a) + b) 1
Adaptabilidade (Valores)	a) + b) 3	1	a) + b) 4	2	4	a) + b) 2
Tipo de família (Valores)	2	1	2,5	1,5	3	1,5
Coesão	Desmembrada	Desmembrada	Desmembrada	Desmembrada	Desmembrada	Desmembrada
Adaptabilidade	Estruturada	Rígida	Estruturada	Rígida	Estruturada	Rígida
Tipo de família	Extrema	Extrema	Meio -Termo	Extrema	Meio -Termo	Extrema

APÊNDICE IV

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

“PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA FAMÍLIA COM UM FAMILIAR TOTALMENTE DEPENDENTE”

Investigadora: Enf.^a Fernanda Maria Raminhos Silva

Eu, _____, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido proporcionada informação sobre os objetivos e os métodos utilizados no presente estudo. Foram-me proporcionados esclarecimentos sobre a segunda fase de realização do presente estudo tal como, quais os benefícios da participação no mesmo. Foi-me também informado que os dados colhidos apenas serão utilizados para o presente estudo, não sendo a minha identidade revelada.

Seixal, ____ de _____ de 2013

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

APÊNDICE V

PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

Eu, Fernanda Silva, Enfermeira na USF CSI Seixal venho por este meio pedir a vossa colaboração no meu processo de aprendizagem e de investigação, no âmbito do 4º Mestrado na Área de especialização de Enfermagem Comunitária e da Família, 3º Semestre.

Estou a desenvolver o estágio com relatório, na mesma unidade, sendo o tema meu Projeto a “**Promoção do autocuidado na família com um familiar totalmente dependente**”, tendo por base a metodologia de planeamento em saúde.

Segundo Tavares a definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde, e “trata-se na sua essência num processo de tomada de decisão. Visando o planeamento a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto”. (Tavares, 1990, p.83)

Neste método, cada diagnóstico de enfermagem é avaliado pelos seguintes critérios: importância do problema; relação entre o problema e os fatores de risco; capacidade técnica de intervir; exequibilidade do projeto e da intervenção. Atribuiu-se sequencialmente uma classificação de (+) ou (-), aos diversos critérios, comparando os diagnósticos entre si. (Tavares, 1990).

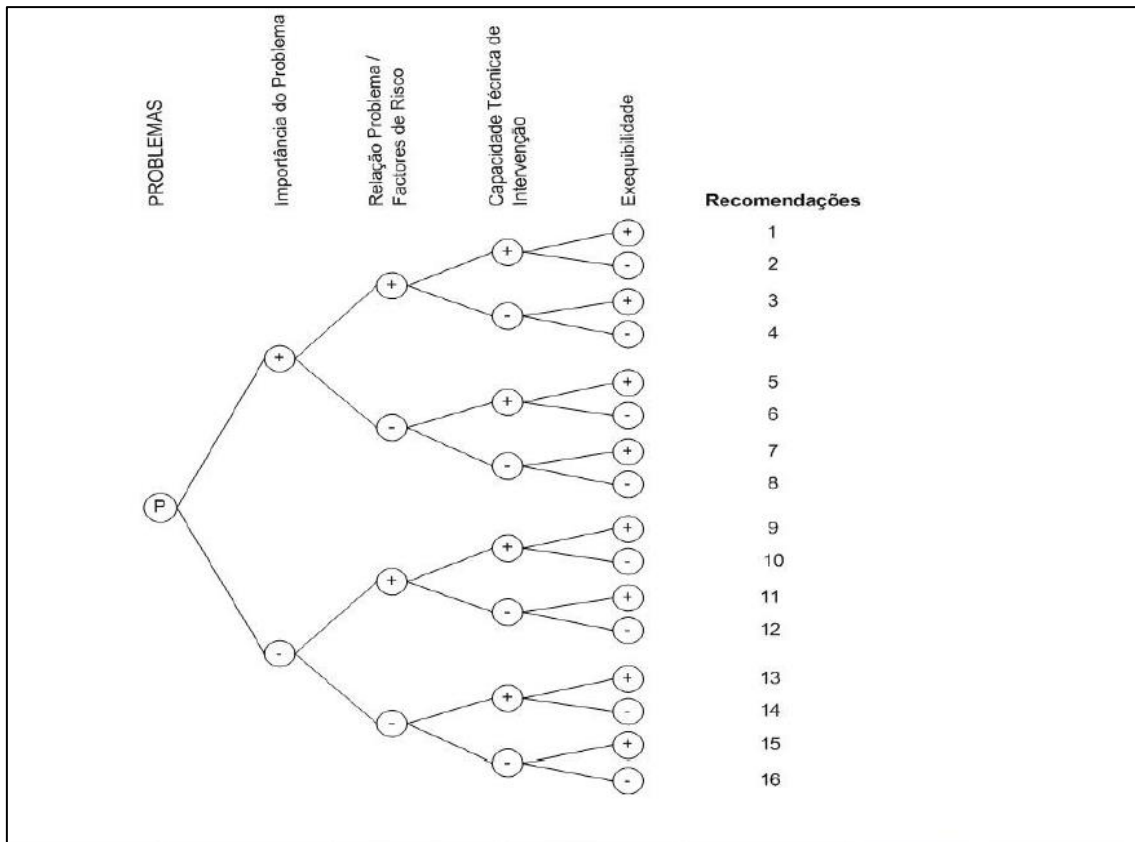
A consultoria a enfermeiros especialistas peritos neste campo de conhecimento, é essencial para a obtenção de melhores resultados e melhor determinação de prioridades.

Segundo Benner, a enfermeira perita apreende as situações de uma perspectiva global. Neste último estágio a enfermeira tem um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde são evidenciadas as suas competências. O Estádio de perita apresenta-se como o desenvolvimento máximo, “ (...) na realidade as decisões tomadas pelas peritas são mais holísticas. ” (Benner, 2001, p.57, 58).

Critérios Diagnóstico	Importância do problema	Relação problema fatores de risco	Capacidade Técnica de intervir	Exequibilidade	Pontuação
Conflito do papel do prestador de cuidados					
Papel do prestador de cuidados, não adequado					
Saturação do papel do prestador de cuidados					
Processo Familiar Disfuncional					

A partir do planeamento é necessário definir prioridades, procurando conhecer os problemas. É desta importante etapa que resultarão a lista final de prioridades, fazendo a sua escolha de uma forma crítica. Esta etapa torna-se subjetiva, pois está sujeita às preferências do próprio planificador. Importa por isso que nos debruçemos sobre os problemas identificados na população durante a etapa anterior ordenando-os prioritariamente. (Tavares, 1990, p.83,86)

Fig.1 Grelha de análise, para determinação de prioridades, extraído de Píneault e Daveluy,1986. (Tavares, 1990, p.89)



Grata pela sua colaboração

Fernanda Maria Raminhos Silva

Resultado da consulta do perito - J

Critérios Diagnóstico	Importância do problema	Relação problema fatores de risco	Capacidade Técnica de intervir	Exequibilidade	Pontuação
Conflito do papel do prestador de cuidados	+	+	+	+	1
Papel do prestador de cuidados, não adequado	+	+	+	+	1
Saturação do papel do prestador de cuidados	+	+	+	-	2
Processo Familiar Disfuncional	+	+	-	-	4

Resultado da consulta do perito - M

Critérios Diagnóstico	Importância do problema	Relação problema fatores de risco	Capacidade Técnica de intervir	Exequibilidade	Pontuação
Conflito do papel do prestador de cuidados	+	+	+	-	2
Papel do prestador de cuidados, não adequado	+	+	+	+	1
Saturação do papel do prestador de cuidados	+	+	+	+	1
Processo Familiar Disfuncional	+	+	+	-	2

Resultado da consulta do perito - P

Critérios Diagnóstico	Importância do problema	Relação problema fatores de risco	Capacidade Técnica de intervir	Exequibilidade	Pontuação
Conflito do papel do prestador de cuidados	-	+	+	+	9
Papel do prestador de cuidados, não adequado	-	+	+	+	9
Saturação do papel do prestador de cuidados	+	+	-	-	4
Processo Familiar Disfuncional	+	+	-	-	4

Tabela com os resultados da consulta de peritos

Critérios Diagnóstico	Importância do problema	Relação problema fatores de risco	Capacidade Técnica de intervir	Exequibilidade	Pontuação
Conflito do papel do prestador de cuidados					12
Papel do prestador de cuidados, não adequado					11
Saturação do papel do prestador de cuidados					7
Processo Familiar Disfuncional					10

Após a utilização para determinar prioridades através da grelha de análise, chegámos aos resultados apresentados na grelha anterior.

Segundo esta metodologia podemos concluir que os diagnósticos com número menor são os de prioridade máxima. Assim organizando os diagnósticos por ordem de prioridade, obtemos por ordem de prioridade:

1º Saturação do papel do prestador de cuidados;

2º Processo familiar disfuncional;

3º Papel do prestador de cuidados, não adequado;

4ª Conflito do papel do prestador de cuidados.

Seguindo a metodologia de Planeamento em Saúde (Tavares,1990), a etapa seguinte é a fixação de objectivos. Para posteriormente definir estratégias, operacionalizar, avaliar e controlar. Sendo que estas duas últimas etapas acompanham todo o percurso do planeamento.

APÊNDICE VI

ATIVIDADE 1

APRESENTAÇÃO DOS PROJECTOS DE INVESTIGAÇÃO À EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR DA USF CSI SEIXAL

ATIVIDADE 1

Apresentação dos projectos de investigação da mestranda Fernanda Silva à equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal, local onde vai decorrer o Estágio.

Promoção do Autocuidados na Família com Familiar Totalmente Dependente

Esta apresentação decorreu no dia 9 de outubro de 2013, no âmbito do estágio integrado no 4º Mestrado na Área de especialização de Enfermagem Comunitária e da Família - 3º semestre, que teve início a 30/09/2013 e termina a 14/02/2013. As mestrandas Fernanda Silva, apresentou formalmente o seu projeto de investigação à Equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal, local onde este se irá desenvolver.

O tema do Trabalho de Investigação é:

“Promoção do autocuidado na família com familiar totalmente dependente”

A apresentação formal decorreu na sala de Reuniões do Centro de Saúde do Seixal, estiveram presentes elementos de todos os grupos profissionais: 7 Enfermeiras da USF, entre as quais a Sr.^a Enfermeira Miriam Almeida, orientadora no local de estágio, especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestrada em Ciências da Educação, 5 Médicos da USF, 3 Administrativas da USF e 4 Internos de Medicina Geral e Familiar, esteve também presente a Sr.^a Enfermeira Amélia Silva, Enfermeira Chefe desta Unidade. Em representação da ESEL esteve o Professor orientador do projeto, Sr. Professor Dr. José Edmundo Sousa. Todos os membros, dos diferentes grupos profissionais da nossa equipa demonstraram interesse, facto que contribuiu para o empenho e motivação no desenvolvimento das etapas de planeamento em saúde que se seguem.

O objectivo desta apresentação foi dar conhecimento á equipa multiprofissional de todo o trabalho desenvolvido até ao momento e deixar claro que o nosso foco de atenção é a “ Família” como cliente. ” o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focaliza tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.” (Figueiredo, 2012, p. 70).

Com esta partilha procuramos contribuir para o envolvimento e motivação da equipa de enfermagem da USF no nosso projecto. Para que este seja visto como um contributo para o desenvolvimento da USF e da “Enfermagem de Família”.

Procuramos ainda dar visibilidade ao trabalho de investigação em enfermagem, realizado em contexto académico, como um contributo para a mudança da prática baseada na evidência, no conhecimento científico e na investigação. Tentamos desta forma colaborar para a mudança de paradigma e para o desenvolvimento da prática da “Enfermagem de Família”.

(...) a Enfermagem de Família é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objecto de estudo.
(Figueiredo M., 2012, p.3)

Maria Augusta Sousa, na apresentação do livro de Henriqueta Figueiredo “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.” Diz que: “Para que o conceito de “Enfermeiro de Família” possa evoluir para uma representação profissional e ser para além de um modelo de trabalho, é necessário definir uma área de competências especializada”.

Após a apresentação do projecto procuramos fazer uma auscultação, de forma informal, junto da nossa equipa, para saber qual a sua opinião sobre o que lhes foi apresentado, quais os contributos que nos poderiam dar, de forma a melhorar os projectos, para que estes sejam exequíveis e com projecção para o futuro da equipa da USF neste campo disciplinar. Trocamos ideias e experiências com a restante equipa de enfermagem.

APÊNDICE VII

ATIVIDADE 2

CONSULTA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

ATIVIDADE 2

CONSULTA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

No Diário da República, 1ª série – n.º 15 de 20 de Janeiro de 2012, consulta de enfermagem é definida “ como uma intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.” (Diário da República, 2012, p.352) Sendo o tema destes projetos a “Promoção do autocuidado nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica” e a “Promoção do autocuidado nas famílias com um familiar totalmente dependente”, a realização de uma consulta de enfermagem à família surge como uma estratégia importante e adequada a esta problemática, permitindo intervir nos vários diagnósticos de enfermagem identificados em cada família e direcionar as intervenções para as prioridades específicas e individuais.

A consolidação da prática avançada em enfermagem passa necessariamente pela evidência científica, surgindo como um importante fator no desenvolvimento profissional da enfermagem. A implementação da consulta de enfermagem à família tem em conta factores que permitem o desenvolvimento da prática baseada na evidência, nomeadamente, “assegurar o envolvimento pessoal na questão, optar por temáticas que se dirijam às prioridades e preocupações locais para maximizar o seu suporte, envolver e refletir sobre as opiniões dos utilizadores para valorizar as suas necessidades; e considerar a pertinência da evidência sobre o assunto. (Craig & Smith, 2004, p.246)

Segundo Hanson (2001), existe uma investigação sobre a promoção da saúde individual, no que diz respeito à saúde familiar, a mesma autora refere que “ a promoção da saúde familiar é uma componente fundamental da saúde da família; no entanto, há pouca documentação registada sobre a sua eficácia.” (Hanson, 2001, p.228). Os novos desafios para os enfermeiros de família passam por assumir uma responsabilidade vital sobre os cuidados que prestam na promoção do autocuidado das famílias de forma a capacitá-las “ para alcançarem, manterem e recuperarem o seu nível mais elevado de saúde.” (Hanson, 2001, p. 228)

A intervenção da enfermagem de família, organizada numa consulta de enfermagem à família, permite evidenciar a nossa prática através de registos sistemáticos e fundamentados no conhecimento científico, baseado na emergência de novos modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família como objeto de estudo. (Figueiredo, 2012, p.3)

Local

Sala de Enfermagem de Consulta de Diabetes da USF CSI Seixal

Enfermeiras Responsáveis

Enfermeira Fernanda Silva

Horário

Enfermeira Fernanda Silva – 3ª feira das 14 às 16 horas

Recursos

Sala de Enfermagem

Computador e impressora

Sistema de Informação / Suporte de papel (fase inicial)

Documento de colheita de dados- Adaptado do MDAIF. (Anexo V)

Guia orientador para a Consulta de Enfermagem à Família (dirigido aos enfermeiros)

Documentos de apoio (sobre recursos da comunidade)

Processo em formato de papel para cada família contendo: Ficha do SINUS, de identificação da família e nº do processo; Registo vacinal de cada elemento; Documento de colheita de dados e Plano de cuidados.

Objetivo Geral da Consulta

Promover o autocuidado nas famílias inscritas na USF CSI Seixal

Objetivos específicos da Consulta

Avaliar as famílias inscritas na USF CSI Seixal

Planear intervenções de enfermagem para as famílias inscritas na USF CSI Seixal

Intervir nas famílias inscritas na USF CSI Seixal

Objetivo Geral da Consulta

Promover o autocuidado nas famílias com um familiar totalmente dependente, inscritas na USF CSI Seixal, de 1 de Outubro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.

Objetivos Específicos da Consulta

Aumentar os conhecimentos do prestador de cuidados nas famílias com um familiar totalmente dependente inscritas na USF CSI Seixal.

Aumentar comportamentos de adesão nas famílias com um familiar totalmente dependente inscritas na USF CSI Seixal.

Critérios de inclusão na consulta

Foram definidos para esta consulta os seguintes critérios de inclusão:

- Famílias inscritas na USF CSI Seixal com um familiar totalmente dependente

Referenciação

A referenciação será efetuada pelo enfermeiro de família, pelo médico de família ou pela UCC- ECSSI, às enfermeiras responsáveis em documento próprio que deve conter:

Profissional que referencia

Identificação dos membros da família

Morada atualizada

Contato telefónico atualizado

Resumo da situação atual

Diagnóstico de Enfermagem

Preparação Operacional

A preparação operacional da Consulta de Enfermagem à família decorrerá do dia 14 de Outubro a 29 de Novembro.

Data de Início

5 de Dezembro de 2013

Estrutura da consulta

A consulta de enfermagem será estruturada em várias etapas, a avaliação familiar, a formulação dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento das intervenções e a sua contínua avaliação.

A Ordem dos Enfermeiros refere que o Enfermeiro especialista em Saúde Familiar,

“interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre a família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objectivos e o planeamento da intervenção ou o contrato de ação com a família. Na implementação dos planos de acção, o enfermeiro especialista negocia com os elementos do agregado familiar e os recursos de apoio da comunidade os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1)

O Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, vem também evidenciar as etapas deste processo de pensamento quando define que uma das competências é prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, considerando como unidades de competência:

“- realiza a avaliação, qualquer que seja contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento, e funcionamento;

- reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4)

Neste sentido, a avaliação familiar, primeira etapa desta consulta, deverá ser organizada em avaliação da estrutura, avaliação do desenvolvimento e avaliação do funcionamento familiar. O MDAIF, vem trazer bastantes contributos neste âmbito, nomeadamente no que diz respeito ao documento de colheita de dados, desenvolvido por Figueiredo (2012) que é uma base importante para a avaliação familiar. Este documento existe em alguns sistemas informáticos, o facilita a sua aplicabilidade na prática clínica.

Etapas da Consulta de Enfermagem à Família

1 - Avaliação da família nas dimensões

Estrutural

Desenvolvimento

Funcional (FACES II - Avalia a Coesão e a Adaptabilidade Familiar)

2 – Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem

3 – Planeamento das Intervenções de Enfermagem

4 – Avaliação

APÊNDICE VIII

ATIVIDADE 3

SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DIRIGIDO AO GRUPO DE
FAMÍLIAS COM FAMILIAR TOTALMENTE DEPENDENTE – GRUPO DE
AJUDA MÚTUA

ATIVIDADE 3

Plano da 1ª Sessão de Educação para a Saúde Dirigido ao Grupo de Famílias com Familiar Totalmente Dependente – Grupo de Ajuda Mútua

Promoção do Autocuidados na Família com Familiar Totalmente Dependente

Inicialmente foi programada uma sessão de Educação para a saúde, á medida que fomos tomando conhecimento dos contextos familiares, pareceu pertinente transformar a sessão numa “Sessão de Grupo de Ajuda Mútua”.

Segundo Charepe 2008, estes grupos são estruturas pequenas onde as pessoas partilham “um problema ou situação”, a possibilidade de estarem juntas, em partilha, poderá contribuir para “a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade (...)” Devem assentar em princípios de respeito pela diversidade de cada pessoa.

Foi cumprida toda a planificação da sessão, dia, hora e data.

Para a sessão foram convidadas as 6 famílias que pertencem á amostra do estudo e que aceitaram colaborar. Compareceram 4 das famílias, sendo que duas das famílias fizeram-se representar por dois familiares. Das duas que não compareceram, uma recusou participar, referiu preferir manter a sua experiência de forma privada.

A sessão foi realizada tendo como objectivo: **Promover a partilha de Experiências** e perceber a forma como cada família se organizou para ultrapassar as etapas mais difíceis, que parceiros e recursos da comunidade utilizaram.

A sessão decorreu de forma cordial, os contributos foram sendo mais ricos á medida que o tempo decorreu, os presentes partilharam dificuldades, sugeriram soluções para ultrapassar dificuldades. Uma das questões que partilharam foi a sua satisfação / não satisfação da prestação dos serviços das diferentes AURPIS existentes na comunidade, que lhes dam apoio. Fizeram referência a custos e cuidados de higiene e conforto.

Todas descreveram como chegaram aos enfermeiros de família, a forma como se sentiram apoiados, como reconhecem este importante recurso na promoção do seu autocuidado. A discussão e os contributos foram vários. (Anexo I)

Foi pedida como actividade a construção de uma flor, com balões, onde cada pessoa participante, escreveu no seu balão, a sua **idealização de família, poderia ser: uma frase, uma palavra ou um pequeno texto.** (Anexo II)

No final da sessão consideramos a experiência com muitos pontos positivos, tendo os objectivos sido atingidos.

Foi pedida a avaliação da sessão por escrito, de forma anónima. Com questões fechadas e uma questão aberta. Ficou ao critério dos participantes a repetição da experiência, a esta questão todos os participantes responderam afirmativamente. Consideramos este ponto como positivo, mesmo os mais renitentes em participar na primeira sessão, mostraram-se interessados em participar livremente noutra sessão.

Plano da Sessão de Educação para a Saúde para Dirigido ao Grupo de Famílias com Familiar Totalmente Dependente - 1			
Tema	“ Promoção do Autocuidados na Família com um Familiar Totalmente Dependente”		
Data – Hora - Duração	17 De Dezembro	18.00 H	30 Minutos
Local	Sala de Formação do Centro de Saúde do Seixal		
Destinatários	Todas as famílias da amostra do estudo sobre		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promover a partilha de Experiências (Perceber a forma como cada família se organizou para ultrapassar as etapas mais difíceis, que parceiros e recursos da comunidade utilizou) ❖ Identificar necessidades sentidas pelas famílias neste percurso ❖ Identificar diagnósticos de Enfermagem onde os profissionais de Enfermagem: Especialistas em Enfermagem Comunitária / Enfermagem de Família possamos intervir ou encaminhar para outros profissionais 		

Conteúdos	Atividades	Métodos/ Técnicas	Domínio de conhecimentos	Recursos
<p>Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agradecer a presença - Explicar em que âmbito acontece o encontro (mestrado, tema, objetivos, diagnósticos de enfermagem identificados na fase de diagnóstico) - Explicar como vai decorrer a sessão - Apresentação dos membros do grupo - Expetativas do grupo relativamente às sessões 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuir folha e canetas para poderem, de forma anónima, partilhar as suas dificuldades e constrangimentos - Dar espaço para quem queira partilhar verbalmente - Moderar a partilha e troca de experiências 	<p style="text-align: center;">Expositiva Intrrativa</p>	<p style="text-align: center;">Cognitivo Afetivo</p>	<p>Meios audiovisuais</p> <p>Papel e Caneta</p> <p>Balões</p> <p>Suporte para o pé da flôr</p>

Desenvolvimento

Conceito de família, famílias com um familiar totalmente dependente no domicílio

-Quem desempenha os papéis:

Provedor

Prestador de cuidados

-Que Alianças estabelecem

-Como dividem as tarefas

Quais os recursos da comunidade que conhecem e quais utilizam

-Estratégias de *Coping* familiar (Resolução de problemas/ Comunicação)

- Exposição da temática

- Fazer a construção de uma flor, com balões, onde cada família escreve no seu balão, a sua idealização de família

Expositiva
Intreterativa

Cognitivo
Afetivo

Meios audiovisuais

<p>Conclusão</p> <p>Perceber o impacto da doença/ dependência total do familiar na vida de cada uma das famílias</p>	<p>Avaliar as expressões registadas nos balões</p> <p>Estar atenta a todas as expressões verbais e não verbais durante a partilha de experiências</p>	<p>Interativo</p>	<p>Cognitivo</p> <p>Afetivo</p>	
<p>Avaliação</p>	<p>Preenchimento de ficha de avaliação da sessão</p>	<p>Instrumento de avaliação</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Ficha de avaliação da sessão</p>

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE GRUPO

Esta avaliação é anónima, não coloque o seu nome, responda colocando uma cruz na resposta com a qual concorda.

	Sempre	Por vezes	A maioria das vezes não compreendi o que foi dito
A apresentação utilizou uma linguagem clara e perceptível			
Os meios utilizados foram os adequados			
Gostou de participar nesta sessão			

Gostaria de repetir outra experiência do mesmo género Sim _____ Não _____

Se sim, deixe a sua sugestão para temas que gostaria de ver abordados.

Grata pela sua presença e colaboração durante todo este percurso de Académico

Convite para a Sessão 1



Grupo de ajuda Mútua Intervenção de Enfermagem, uma experiência



Convidados

Estágio do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Enfermeira Fernanda Silva, Aluna do 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária Da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Professor orientador da ESEL: **Prof. Dr. José Edmundo Sousa**
Orientador no Local de Estágio Sr.ª Enfermeira Especialista em Reabilitação e Mestre em Ciências da Educação **Miriam Almeida**

Todas as Famílias inscritas na USF CSI Seixal, com um familiar totalmente dependente nas atividades de vida diárias que tenham aceite fazer parte da amostra do estudo de investigação.

17 de Dezembro de 2013 pelas 18 H
No centro de Saúde do Seixal - UFS CSI Seixal - Sala de Formação

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO 1

Sessão de Grupo

Sumário

- Introdução
- Explicar como vai decorrer a sessão
- Apresentação dos membros do grupo
- Expetativas do grupo relativamente às sessões
- O que é um grupo de ajuda mútua
- Definições de família
- Explicação sobre os objetivos da aplicação dos questionários, FACES III e FSCES II
- Atividade
- Conclusão

Grupo de ajuda Mútua Intervenção de Enfermagem, uma experiência

Objetivo:

Promover a partilha de Experiências

Perceber a forma como cada família se organizou para ultrapassar as etapas mais difíceis, que parceiros e recursos da comunidade utilizou

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Zaida Charepe, 2008

O que é um Grupo de ajuda Mútua

Estruturas relativamente pequenas ...constituídas por pessoas que partilham um problema ou situação e se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade ...”

“... orientados por um conjunto de princípios e valores que assentam no respeito pela diversidade das pessoas, das capacidades individuais ...e criação de recursos adequados ...”.

(Maia et al, 2002, p.9)

Família

- **APOIO EMOCIONAL - CONSTRUÇÃO DA CONFIANÇA E EXPERIÊNCIA DE AJUDA MÚTUA**
- **APOIO SOCIAL - VINCULOS DE SOLIDARIEDADE/ABERTURA DE ESPAÇOS DE ESPERANÇA**
- **INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO RECÍPROCA - MODELOS DE ESPERANÇA**
- **POTENCIAR A CAPACIDADES**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Zaida Charepe / 2008

- A família é um pequeno grupo de pessoas que possui determinadas características genéricas comuns a todos os pequenos grupos
- A família como sistema social realiza funções que servem o indivíduo e a sociedade
- Os indivíduos agem de acordo com um conjunto de normas internas e de valores, que são principalmente adquiridas através da socialização

Fonte: Friedman, M.M. (1998) *Family Nursing: Research, Theory and Practice*, ed. 4. Norwalk, CT: Appleton & Lange, p. 100. Citado por Hanson, 2005, p. 188

Familiar totalmente Dependente

“uma situação de dependência pode ser considerada a situação de alguém para quem uma interação específica com outro parece imediatamente necessária ou mesmo vital.”



Relvas (2000, p.218)

<https://www.google.pt/#q=imagens+de+pessoas+com+dependencia+fam+case>

No modelo que estamos a aplicar da Professora Dr.ª Figueiredo, M. - *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.* (2012)

“ (...) a Enfermagem de Família é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objecto de estudo.”

“ os cuidados de enfermagem à família centram-se na intervenção entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Enfatizam as relações e a reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas.”

(Figueiredo M., 2012, p.3, 69)

Figueiredo, M. (2012) - *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.* Loures: Lusociência.

Actividade

Construção de uma flor, com balões, onde cada família escreve no seu balão, a sua **idealização de família**

Pode ser uma frase , uma palavra.....

Quando os questionários foram aplicados, FACES III e FSCES II

Perceber

Conceito de família
Conhecer as famílias com um familiar totalmente dependente no domicílio

Quem desempenha os papéis:

Provedor
Prestador de cuidados
Que Alianças estabelecem

Como dividem as tarefas

Quais os recursos da comunidade que conhecem e se os utilizam

Perceber as Estratégias de Coping familiar
(Resolução de problemas/ Comunicação)

Figueiredo, M. (2012) - *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.* Loures: Lusociência.

Espero que estes momentos, quer na consulta quer na visitação domiciliária vos tenham ajudado a :

DESENVOLVERA VOSSA AUTONOMIA

TORNAREM-SE

**“ ENFERMEIROS DOS VOSSOS FAMILIARES” ...
Aprendendo connosco a cuidar melhor.**

**APRENDER A LIDAR COM A DOENÇA E A
SENTIREM-SE MAIS A POIADOS E COM MELHOR
CAPACIDADE PARA PRESTAR CUIDADOS**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Zaida Charepe / 2008

A partilha, o apoio emocional, a união e o convívio, fortalecem as redes de ajuda mútua...

Conclusão

Perceber o impacto da doença/
dependência total do familiar na vida de
cada uma das famílias

Mudança:

Depende da percepção do problema

A compressão por si só não leva à Mudança

Não ocorre da mesma forma em todos os elementos da família

Facilitar a mudança faz parte da responsabilidade do Enfermeiro

Depende das ofertas terapêuticas (enfermeira)

As estruturas bio-psico-social-espiritual dos membros da família

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*, p. 187

Referências bibliográficas

Charepe Z. (2008) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Charepe Z. (2006) p.42, Estratégias de Aumentar a Autonomia

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9728383835

Figueiredo, M. (2012) - *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Relvas, P. (1998). *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.

Fim



Enfermeira Fernanda Silva

<https://www.google.pt/#q=imagens+grupos+de+familias+unidas>

OBIGADA PELA SUA PRESENÇA
E
Toda a disponibilidade durante
este trabalho académico

Como resposta a algumas questões que foram surgindo ao longo da sessão, as famílias referiram algumas frases que registámos

O que é que se alterou nas vossas vidas?

“Mudou tudo neste quatro anos”

“É um bebé grande...”

“Faço tudo á pressa, não tenho tempo para nada”

“Faço tudo, mudo fraldas, dou de comer...tudo!”

Há quanto tempo o vosso familiar está em situação de dependência?

“A minha vida mudou há 4 anos”

“A minha vida mudou há 6 anos”

“A minha vida mudou há 5 anos”

“A minha vida mudou há 4 anos”

Cada uma repetia o número de anos que tem um familiar totalmente dependente no domicílio.

“Eu estava grávida quando o meu avô teve o AVC, a minha mãe trabalhava, eu tinha uma gravidez de risco, para cuidar dele coloquei a minha filha em risco, deixei a minha casa, no início nem tinha ajuda, desconheci-a”

“Foram as enfermeiras que me ajudaram a encontrar a judas e o apoio da AURPIS”

Discutiram-se custos, o apoio domiciliário ao Domingo, quais as AURPIS que fornecem melhor serviço.

“As ajudantes são mais de meio caminho andado para nos ajudar”

“Cuidei durante muito tempo”

“Agora estou em Paz”

Referindo-se às enfermeiras e ao apoio que tiveram, referiram:

“Tive sempre o vosso apoio”

“Vocês foram as primeiras a dar apoio”

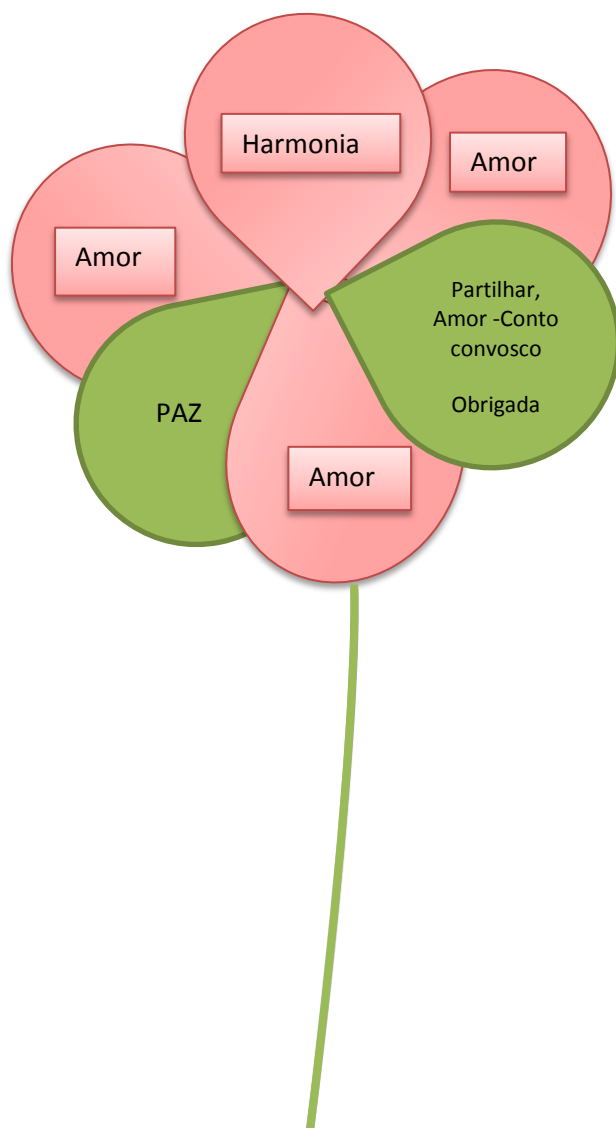
“Convosco aprendi, chorei, ri...”

“No meu caso, primeiro chegaram as ajudantes, depois o médico e só vos chamei quando surgiram as feridas”

Este momento foi aproveitado para demonstrar toda a nossa disponibilidade como unidade, clarificámos que queremos e podemos chegar antes da existência das lesões.

A Enfermeira Miriam realçou a importância da reabilitação numa fase precoce. Foi referida a possibilidade, sempre presente, de encaminhar temporariamente os familiares com “Dependência Total” para outros recursos da comunidade, tais como a UCC- ECCI se tiverem necessidade de cuidados diários ou de mais de uma vez por dia, ou mesmo RNCSI (Rede Nacional de Cuidados de Saúde Integrados) se houver necessidade de internamento (até 90 dias para descanso do cuidador).

Resultados da atividade da Sessão 1



Observando os resultados, constatamos que as expectativas dos elementos das famílias que participaram na sessão de grupo 1, são ao nível da coesão familiar, valorizaram os laços emocionais: O amor, a paz, a harmonia e partilha familiar. Uma das famílias agradece o contributo dos profissionais de enfermagem com os quais conta para atravessar as dificuldades.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO 1

Foram convidadas as 6 famílias da amostra. Estiveram presentes 6 pessoas, representantes de 4 das famílias.

	Sempre/ Gostei muito	Por vezes/ Gostou	A maioria das vezes não / Não gostou
A linguagem utilizada na apresentação foi clara e de fácil compreensão	6		
Os meios utilizados foram os adequados	6		
Gostou de participar nesta sessão	6		

Gostaria de repetir outra experiência do mesmo género:

Sim -6 respostas

Não - 0 (Zero) respostas.

Se sim, deixe a sua sugestão para temas que gostaria de ver abordados.

“A minha experiência pode ajudar muito as pessoas”. (Uma pessoa)

“Deixo ao critério da Enfermeira” (Uma pessoa)

Não responderam - 4 pessoas

ATIVIDADE 3

Plano da Sessão de Educação para a Saúde Dirigido ao Grupo de Famílias com Familiar Totalmente Dependente – Grupo de Ajuda Mútua 2

COMUNICAÇÃO FAMILIAR

Inicialmente a sessão foi programada da dia 4 de Fevereiro, nessa manhã apenas uma das famílias tinha disponibilidade para participar. Foi feita a alteração para dia 7 de fevereiro às 14.30. Foi cumprida toda a planificação da sessão.

Para a sessão foram convidadas as 6 famílias que pertencem á amostra do estudo e que aceitaram colaborar. Compareceram 3 das famílias, fizeram representar-se por um familiar.

A sessão foi realizada tendo como objectivo: Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família; Optimizar a comunicação da família e Compreender quias as situações geradoras de saturação.

Segundo Charepe 2008, estes grupos são estruturas pequenas onde as pessoas partilham “um problema ou situação” a possibilidade de estarem juntas, em partilha, poderá contribuir para “a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade ...” Devem assentar em princípios de respeito pela diversidade de cada pessoa.

A sessão decorreu de forma cordial, muita participada, houve espaço para que todos falassem sobre as suas dificuldades em expressar sentimentos junto dos familiares.

Tivemos a percepção que a participação foi mais espontânea, a primeira sessão funcionou como “quebra gelo”.

Foi pedida como actividade **uma frase, uma palavra ou um pequeno texto** sobre:

O que alteravam na vossa forma de comunicar?

Se alteravam o papel que desempenham na família, porquê?

Uma das participantes referiu que:

“-Hoje não alterava nada, mas já alterei muitas coisas, para começar a andar tudo melhor, tive de falar com os meus irmão sobre os problemas familiares, sobre as coisas que não estravam bem!”

“-O que importa na família é haver compreensão, amor, carinho, amizade, respeitar as nossas diferenças e sermos mais unidos para que possamos ser felizes”.

Outra diz estar sozinha na responsabilidade dos cuidados, é filha única, é ela quem resolve todos os problemas “ - Está tudo nos conformes, só eu tenho essa responsabilidade!”

Foi pedida a **avaliação da sessão** por escrito, de forma anónima. Com questões fechadas e uma questão aberta.

Todos os participantes responderam que gostaram muito e que estavam disponíveis para repetir a experiência. Há questão aberta, Deixe sugestões de outros temas que gostaria de ver abordados. Responderam: “Todos são bem vindos”, “amor” e “compreensão”.

Participaram 50% das famílias. O que faz com que o nosso objectivo tenha sido atingido.

Como “o caminho se faz caminhando” entre obstáculos, pontes, apoios e alianças, esperamos que este tenha sido o início de um caminho, com uma abordagem particularmente enriquecedora quer para os enfermeiros de família quer para as famílias envolvidas no estudo.

Os grupos de Grupo de Ajuda Mútua são intervenções de enfermagem, que utilizadas de forma adequada, tornam-se experiências que poderão trazer contributos para a mudança de paradigma da enfermagem de família, fornecendo contributos para formar e fundamentar o corpo de conhecimento,

desta forma de abordagem da família, família como cliente, centrando os cuidados no seu todo, que sabemos, é mais que a soma das suas partes.

CONVITE PARA A SESSÃO 2



2ª Sessão - Grupo de ajuda Mútua Intervenção de Enfermagem, uma experiência



Convidados

Comunicação Familiar

Estágio do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Enfermeira Fernanda Silva, Aluna do 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária Da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Professor orientador da ESEL: **Prof. Dr. José Edmundo Sousa**
Orientador no Local de Estágio Sr.ª Enfermeira Especialista em Reabilitação e Mestre em Ciências da Educação **Miriam Almeida**

Todas as Famílias inscritas na USF CSI Seixal, com um familiar totalmente dependente nas atividades de vida diárias que tenham aceite fazer parte da amostra do estudo de investigação.

4 de Fevereiro de 2014 pelas 14,30 H
No centro de Saúde do Seixal - UFS CSI Seixal - Sala de Formação

Plano da Sessão de Educação para a Saúde para Dirigido ao Grupo de Famílias com Familiar Totalmente Dependente- Sessão 2			
Tema	“ Promoção do Autocuidados na Família com Familiar Totalmente Dependente” Comunicação Familiar		
Data – Hora – Duração	04 Fevereiro 2014	14.30 H	1 Hora
Local	Sala de Formação do Centro de Saúde do Seixal		
Destinatários	Todas as famílias da amostra do estudo		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promover a comunicação expressiva das emoções ❖ Promover o envolvimento da família ❖ Optimizar a comunicação da família ❖ Compreender quias as situações geradoras de saturação ❖ Motivar para a redefinição do papel 		

Conteúdos	Atividades	Métodos/ Técnicas	Domínio de conhecimentos	Recursos
<p>Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agradecer a presença - Explicar em que âmbito acontece o encontro (mestrado, tema, objetivos, diagnósticos de enfermagem identificados na fase de diagnóstico) - Explicar como vai decorrer a sessão - Apresentação dos membros do grupo - Expetativas do grupo relativamente às sessões 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar espaço para quem queira partilhar verbalmente - Distribuir folha e canetas para poderem, de forma anónima, partilhar as suas dificuldades e constrangimentos - Moderar a partilha e troca de experiências 	<p style="text-align: center;">Expositiva Intrativa</p>	<p style="text-align: center;">Cognitivo Afetivo</p>	<p>Meios audiovisuais</p> <p>Papel e Caneta</p>

<p>Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação Familiar - Importância da comunicação no equilíbrio familiar - Quem desempenha os papéis: Provedor Prestador de cuidados - Que Alianças estabelecem - Estratégias de <i>Coping</i> familiar (Resolução de problemas/ Comunicação) 	<ul style="list-style-type: none"> -Exposição da temática - Dar espaço e tempo para escrever: <u>O que alteravam na vossa forma de comunicar</u> <u>Se alteravam o papel que desempenham, porquê?</u> 	<p>Expositiva</p> <p>Intreterativa</p>	<p>Cognitivo</p> <p>Afetivo</p>	<p>Meios</p> <p>Audiovisuais</p> <p>Papel e caneta</p>
---	---	--	---------------------------------	--

<p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perceber o impacto da doença/ dependência total do familiar na vida de cada uma das famílias - Relação entre comunicação e relação familiar 	<p>Estar atenta a todas as expressões verbais e não verbais durante a partilha de emoções</p>	<p>Interativo</p>	<p>Cognitivo Afetivo</p>	
<p>Avaliação</p>	<p>Preenchimento de ficha de avaliação da sessão</p>	<p>Instrumento de avaliação</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Ficha de avaliação da sessão</p>

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE GRUPO

	Total de famílias convidadas	Famílias que participaram	Nº de pessoas que participaram
Nª de famílias convidadas	6		
	Não gostou	Gostou	Gostou muito
Gostou de participar nesta atividade			

Esta avaliação é anónima, não coloque o seu nome, responda colocando uma cruz na resposta com a qual concorda.

Gostaria de repetir outra experiência do mesmo género Sim _____ Não _____

Deixe sugestões para temas que gostaria de ver abordados.

Grata pela sua presença e colaboração durante todo este percurso de Académico.

SUMÁRIO

Introdução

Explicar como vai decorrer a sessão

Apresentação dos membros do grupo

Expetativas do grupo relativamente às sessões

Tema "Comunicação Familiar"

Atividade

Conclusão



<https://www.google.pt/search?q=comunica>

Familiar totalmente Dependente

"uma situação de dependência pode ser considerada a situação de alguém para quem uma interação específica com outro parece imediatamente necessária ou mesmo vital."

Reivas (2000, p.216)



<https://www.google.pt/#q=imagens+de+peessoas+com+dependencia+em+casa>

2ª Sessão de Grupo

Grupo de ajuda Mútua Intervenção de Enfermagem, uma experiência

Objetivo:

Promover a partilha de Experiências

Promover a comunicação expressiva das emoções

Compreender quais as situações geradoras de saturação

Motivar para a redefinição do papel

Figueiredo, 2012

- **APOIO EMOCIONAL - CONSTRUÇÃO DA CONFIANÇA E EXPERIÊNCIA DE AJUDA MÚTUA**
- **POTENCIAR CAPACIDADES**



<https://www.google.pt/search?q=comunica>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Zaida Charepe / 2008

O que é um Grupo de ajuda Mútua

Estruturas relativamente pequenas ... constituídas por pessoas que partilham um problema ou situação e se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade ..."

"... orientados por um conjunto de princípios e valores que assentam no respeito pela diversidade das pessoas, das capacidades individuais ... e criação de recursos adequados ...".

(Maia et al, 2002, p.9)



COMUNICAÇÃO FAMILIAR



A comunicação é uma arte. Não apenas uma forma de expressão, é além disso uma necessidade para o ser humano, é uma capacidade especial que supõe entregar-se ao outro.



Publicado no Portal da Família em 25/11/2011

Figueiredo, M. (2012) - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência.

Publicado no Portal da Família em 25/11/2011

COMUNICAÇÃO FAMILIAR

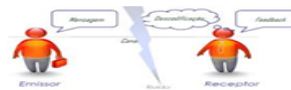
FOMENTAR A COMUNICAÇÃO



Quando nós comunicamos de **forma apropriada e positiva**, sentimos uma **sensação satisfatória**.

Enche-nos de **satisfação o compartilhar**, sentimos-nos **mais seguros** de nós mesmos e temos maior **confiança no que somos** e podemos.

O sentimento de **segurança anima-nos** e o **ânimo dá alegria** quando, diariamente, tentamos cumprir esses detalhes que fomentam a comunicação.



Os membros da família ao interagirem e comunicarem estabelecem relações que servem para manter o sistema em equilíbrio.

O desequilíbrio do sistema pode provocar desequilíbrio no indivíduo e vice-versa. Sendo a família um sistema de relações contínuas e interligadas, quando há mudança num membro da família, há mudança nos outros membros.

Sabendo que uma pessoa vive diferentes sistemas, estes influenciam-se mutuamente.

<https://www.google.pt/search?q=comunica>

A visão sistémica e comunicacional procura entender as interações que ocorrem dentro do sistema familiar.



Figure 1. Configuração dos sistemas ecológicos familiares.

Quem desempenha os Papéis:

Provedor
Gestão Financeira
Cuidados Domésticos
Recreativo
Parente



<https://www.google.pt/search?q=comunica>

Resolução de Problemas E Comunicação Familiar

Aceitar a expressão de sentimentos uns dos outros
Impacto que a expressão de sentimentos tem na família

Comunicação verbal/ não verbal
Todos são claros e diretos no discurso (compreendem de forma clara o que os outros dizem)
Todos se expressão claramente quando comunicam (verbal/ não verbal)

Comunicação circular
Satisfação dos membros da família sobre a forma como se comunica
Impacto sobre a forma como cada um se expressa

Solução de problemas (Coping familiar)
Quem identifica os problemas
Quem tem a iniciativa par os resolver
Existe discussão sobre os problemas
Sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas
Recorrem a recursos externos á família, para resolução de problemas



Não estamos sós nesta caminhada



<https://www.google.pt/search?q=imagens+apoio+entre+pegoes&tomisch&toom+u&source=univ&se=X&e=1&f=CC-BY-NC-ND-4.0>

Actividade

Escrever numa folha

O que alteravam na vossa forma de comunicar?

Se alteravam o papel que desempenham na família, porquê?

**Podem escrever o que Quiserem!
(Frases / texto)**

<https://www.google.pt/search?q=comunica>



Referências Bibliográficas

Charepe Z. (2008) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Charepe Z. (2008) p. 42. Estratégias de Aumentar a Autonomia

Figueiredo, M. (2012) - *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência

DIAS, M. O. (2000). "A família numa sociedade em mudança: problemas e influências" *Gestão e desenvolvimento*, nº 9, Viseu: UCP, p. 81-102.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9728383835

Instituto de Desenvolvimento da Educação- IDE, acedido a 21/01/2014, consultado em: <https://www.google.pt/search?q=comunicação>

Reivas, P. (1996). *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.

Espero que estes momentos, quer na consulta quer na visitação domiciliária vos tenham ajudado a :

Promover a partilha de experiências

Promover a comunicação expressiva das emoções

Compreender quais as situações geradoras de saturação

Motivar para a redefinição do papel



<https://www.google.pt/search?q=comunicação>

CONCLUSÃO

Perceber o impacto da doença/ dependência total do familiar na vida de cada uma das famílias

Mudança



Comunicar
 Subentende - relação
 Promove capacidade de expressão
 Quebra a solidão,
 É ligação a outrem
 É satisfação das necessidades de ordem intelectual, afetiva, moral e social
 Constituindo uma componente essencial da vida de cada um em particular e em geral de todo o sistema familiar.

O final feliz das situações de conflito inclui o perdão e a reconciliação.

DIAS, M. O. (2000). "A família numa sociedade em mudança: problemas e influências" *Gestão e desenvolvimento*, nº 9, Viseu: UCP, p. 81-102.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*, p. 187

Fim...!



Enfermeira Fernanda Silva

<https://www.google.pt/#q=comunicação+familiar>

BEM HAJAM
 Por toda a disponibilidade durante este trabalho académico

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO 2

Foram convidadas as 6 famílias da amostra. Estiveram presentes 4 pessoas, representantes de 3 das famílias.

	Sempre/ Gostei muito	Por vezes/ Gostou	A maioria das vezes não / Não gostou
A linguagem utilizada na apresentação foi clara e de fácil compreensão	4		
Os meios utilizados foram os adequados	4		
Gostou de participar nesta sessão	4		

Gostaria de repetir outra experiência do mesmo género:

Sim - 4 respostas

Não - 0 (Zero) respostas.

Se sim, deixe a sua sugestão para temas que gostaria de ver abordados.

“Todos são bem vindos” (Uma pessoa)

“amor” (Uma pessoa)

“compreensão”. (Uma pessoa)

APÊNDICE IX

ATIVIDADE 4

ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NA UCC/ ECCI DO SEIXAL

ATIVIDADE 4

FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO DE ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO AO SERVIÇO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL / EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A evolução das sociedades atuais os novos modelos de família, o desemprego e o aumento da esperança de vida conduzem a alterações inevitáveis na família, obrigando-as a uma reorganização e adaptação contantes, que pode conduzir a situações de instabilidade e *stress*, podendo mesmo provocar desequilíbrios na coesão e adaptabilidade da estrutura familiar.

Realizar uma visita num local como a ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), com objectivos diferentes da unidade onde é desenvolvido o estágio, uma USF (Unidade de Saúde Familiar), permitirá melhorar e aprofundar conhecimentos de uma realidade e um recurso existente na comunidade com uma organização e um contexto de trabalho diferente.

Foram definidos como objectivos para a realização deste Visita:

- Conhecer a unidade de cuidados na comunidade do Seixal bem como metodologia de trabalho da ECCI;
- Identificar os recursos disponíveis de apoio/intervenção familiar;
- Compreender outros contextos na abordagem familiar numa equipa multidisciplinar;
- Compreender a ECCI como um recurso técnico diferenciado para a família com um familiar totalmente dependente.

A Rede de Cuidados Continuados Integrados, tutelada em parceria pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social é composta pelo conjunto das instituições, públicas ou privadas, que prestam **cuidados continuados**, tanto no local de residência do utente como em instalações

próprias. Esta rede destina-se a prestar apoio integrado nas áreas da saúde e da segurança social através de equipas multidisciplinares que actuam no terreno, em estreita colaboração com os hospitais e centros de saúde.

Entende-se por “ Cuidados Continuados Integrados

”o conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. São os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e a pessoas em situação de dependência”.

REFLEXÃO SOBRE O ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NA UCC- ECCI DO SEIXAL - ATIVIDADE 4

O Estágio de Observação na UCC – ECCI (Cuidados na Comunidade do Seixal / Equipa de Cuidados Continuados Integrados) decorreu, como o previsto no cronograma de 20 de Dezembro de 2013 a 24 de Janeiro de 2014, com a duração de 25 horas distribuídas pelas várias semanas. Foi elaborada a fundamentação do pedido de estágio de observação.

Conhecer novas realidades, formas diferentes de abordagem dos cuidados numa equipa multidisciplinar que actuam em diferentes contextos e com diferentes níveis de cuidados foi um contributo positivo neste percurso académico.

A coordenação da UCC é feita por uma Enfermeira Chefe, assegura vários programas na comunidade, a equipa multidisciplinar, é constituída por Assistentes Operacionais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionista e Médicos.

Existem diferentes programas desenvolvidos na unidade, o meu interesse foi direccionado para a uma das equipas integrada nesta unidade, a ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados).

A comunidade, ocupa o espaço central da equipa é para ela que todo os cuidados são dirigidos. Os enfermeiros são autónomos nas decisões, a articulação entre as diferentes disciplinas funciona sem dificuldades.

A ECCI do Seixal presta cuidados na área geográfica do Concelho do Seixal que corresponde á área dos Centros de Saúde de Amora, Corroios e Seixal. A referenciação às ECCI pode ser feita quer pela EGA (Equipa de Gestão de Altas), quer por qualquer Unidade Funcional do ACES Almada e Seixal. Os utentes com médico de família, pelos seus médicos e enfermeiros de família, os utentes sem médico são referenciados pelo enfermeiro que presta os cuidados e identifica a situação de saúde, pela assistente social e pelo médico designado.

Tem uma capacidade de resposta para 45 camas, é constituída por: duas Enfermeiras Especialistas, uma em reabilitação e outra em Enfermagem Comunitária, uma Fisioterapeuta, uma Assistente Operacional e a Enfermeira

Coordenadora da UCC. Esta equipa está “(...) vocacionada para a prestação de cuidados domiciliários a utentes em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio” (ACES AS, Norma de Serviço nº1 de 2012).

O processo de encaminhamento dos utentes é feito numa plataforma informática, numa página *Web*, onde os utentes são admitidos. Todos os utentes têm uma ficha em suporte de papel, onde consta: Uma ficha de SINUS, o registo vacinal, folha de rosto do episódio do utente da RNCCI. Existem ainda todas as folhas de registo dos cuidados de Enfermagem: Avaliação do risco de Diabetes, risco de queda, avaliação de escala de Edmonton (em doentes paliativos) e questionário de satisfação para aplicar na alta/ transferência do utente.

Na admissão, é dada a entrada do utente no mapa de indicadores, de acordo com a norma de serviço, em *Excel*, onde lhe é atribuído um nº de ordem no ano corrente. É enviado via correio electrónico ou Fax um pedido de Visita Domiciliária, para avaliação médica e social, este encaminhamento obedece a uma ordem de serviço do ACES onde o utente se encontra inscrito.

A primeira visita deverá ser efectuada nas primeiras 24 horas até ao máximo de 72 horas. Neste primeiro contacto é obrigatório fazer:

Avaliação psicossocial

Avaliação de risco de úlcera

Avaliação risco de Diabetes

Avaliação risco de queda

Avaliação da Dor

Avaliações de outros Técnicos de Saúde

Registo de tempo de prestação de cuidados no domicílio (em todas as visitas)

Introdução de novo utente no mapa de indicadores da ECCI.

É realizado um plano semanal, um acompanhamento de quinzenal e mensalmente. Onde contam as avaliações médicas e de Enfermagem, as Sociais e de outros Técnicos de Saúde. Para os utentes que aguardam vaga para uma UCP (Unidade de Cuidados Paliativos), todas as avaliações devem ser actualizadas quinzenalmente.

A quando da alta, todas as avaliações devem ser também atualizadas. Existem avaliações facultativas, tais como o registo de pensos, registo de exames complementares de diagnóstico, registo de fármacos, reacções adversas a medicamentos, cuidados paliativos e a identificação da necessidade de apoio social.

Realço como pontos positivos o rigor dos registos, a planificação dos cuidados, a boa relação entre a equipa multidisciplinar e facto da avaliação ser periódica, tendo em vista a melhoria dos cuidados de saúde e os custos associados.

Destaco como pontos fracos, o reduzido número de enfermeiros para a capacidade de resposta, 45 camas. As más condições em que os profissionais são transportados, carros velhos com deficientes condições de segurança, e ainda o reduzido número de veículos para toda a UCC, apenas dois carros e a carrinha da Unidade Móvel - "Saúde sobre Rodas".

Para este estágio foram definidos como objectivos:

- Conhecer a unidade de cuidados na comunidade do Seixal bem como metodologia de trabalho da ECCI;
- Identificar os recursos disponíveis de apoio/intervenção familiar;
- Compreender outros contextos na abordagem familiar numa equipa multidisciplinar;
- Compreender a ECCI como um recurso técnico diferenciado para a família com um familiar totalmente dependente.

Considero ter atingido os objectivos propostos inicialmente. O fato de ter partilhado momentos de prestação de cuidados no domicílio com os diferentes grupos profissionais, permitiu observar outras formas de abordagem á família.

Realço como factor importante para atingir o meu principal objectivo, a proximidade e a partilha de pontos de vista sobre os cuidados à família e dar a conhecer o meu trabalho de investigação, despertar o interesse pelo mesmo e dessa forma construir “pontes” entre as equipas e o trabalho em contexto académico, tendo como interesse primordial, poder dar-lhe continuidade futuramente. Vejo a ECCI como um potencial parceiro no desenvolvimento da “Consulta de Enfermagem à Família” quer como referenciador quer como referenciado pelo enfermeiro de família quando a necessidade de cuidados assim o exigir.

Apesar da proximidade física da USF CSI onde decorre o estágio e a UCC existe um desconhecimento dos contextos de trabalho das diferentes equipas, criar uma proximidade e um conhecimento sobre as diferentes formas de abordagem dos cuidados à família, foi uma oportunidade e uma experiência positiva, fico com a expectativa de que este “Estágio de Observação” possa dar frutos no futuro.

APÊNDICE X
ATIVIDADE 5
INTERVENÇÃO NO LUTO

ATIVIDADE 5

INTERVENÇÃO NO LUTO

“UMA INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA 5”

Visitamos esta família há vários anos, sempre fomos recebidas com um sorriso, o investimento na recuperação do seu familiar em situação de dependência total, após um Acidente Vascular Cerebral, deixou várias sequelas, uma afasia, durante algum tempo não comprometeu a compreensão cognitiva, afetando totalmente a comunicação verbal e a mobilização.

Fez exaustivamente fisioterapia no ginásio até esgotar o último recurso financeiro, foram utilizados todos os recursos da comunidade, desde os cuidados de enfermagem, higiene e conforto, tratamento a feridas. Teve por parte da família todo o afeto, amor e companhia até ao último minuto de vida.

Sendo a morte uma das situações de mudança e crise na família, é importante perceber: **“Que apoios esperam as famílias em luto, dos enfermeiros?”**

Como podemos ajudar a orientar, como definir a nossa intervenção nesta situação de crise, que é a morte. A coesão familiar é muito importante, assim como a flexibilidade dos membros da família, a sua capacidade de adaptabilidade a novas situações. Conhecer as suas capacidades de “*coping*”, é muito importante, bem como conhecer os recursos externos que a família dispõe, o contexto o ambiente, as suas condições psicológicas, socioculturais e o seu desenvolvimento e espiritualidade. (Hanson,2005, p.184).

Nesta fase de estágio existe um conhecimento profundo das famílias participantes no estudo, contendo cada família da amostra, um dos familiares em situação de dependência total nas atividades de vida diárias, seria quase inevitável que o momento de “fim de vida” se tornasse uma realidade a qualquer momento em qual quer uma das famílias da amostra.

Interpretando este acontecimento segundo o modelo de sistemas de cuidados de saúde de Betty Newman, que foi citada por autores como: Hanson, Mischke e Reed (2005) estes dizem que os factores de “*stresse*” vão influenciar,

penetrando nas linhas normais de defesa, cada família ultrapassa estes momentos de acordo com a sua capacitação. A mesma autora refere que é necessário que existam linhas de flexibilidade dentro da estrutura familiar. Por outro lado, se as linhas de resistência forem de fortes, podem ser condicionantes de forma positiva e protectora, na resolução de prolemas levando a família a ter maior capacidade de adaptação, protegendo a estrutura básica da família. (Hanson,2005, p.183).

Intervir no luto, é uma importante actividade do enfermeiro de família, a sua intervenção é possível se os cuidados estiverem centrados na especificidade de cada uma das famílias. Fazer uma colheita de dados, um juízo clínico adequado ao contexto, permite ao enfermeiro conhecer a Coesão e Adaptabilidade familiar.

Para promover o autocuidado é necessário cultivar a relação, possibilitando a intervenção na família, utilizar uma adequada relação de ajuda especialmente nesta situação de situações de crise. A “adaptação é o trabalho que a família faz para preservar ou restaurar a estabilidade familiar” (Hanson,2005, p.183).

O privilégio do enfermeiro de família ao prestar cuidados no domicílio, é ter a possibilidade de sair do nosso espaço de conforto para entrar no espaço privado das famílias, esta circunstância só é possível e viável se o enfermeiro for aceite, se na sua prática utilizar uma conduta ético deontológica, adequada á profissão, o respeito, a relação, a comunicação e o conhecimento científico, o que lhe irá permitir ser aceite e poder estabelecer uma relação terapêutica na sua prática profissional.

O dia 26/11/2013 será um dia marcante nesta família. O amor e a dedicação não deixaram que a tristeza e o cansaço vencessem esta luta diária que demorou anos. Neste caso foi um dia de paz, esta família é dotada de uma estrutura e capacidade que lhe permitiu aceitar a morte de forma serena. Todos os recursos disponíveis foram utilizados.

Foram feitas duas visitas domiciliárias para apoio no luto, a esposa referiu sentir-se bem, triste mas bem, em paz com ela e com a situação. O filho tinha viajado recentemente para Moçambique com a família. Não foi possível estar presente.

Esteve apoiada por vários amigos, e, tal como referiu “pelas minhas Enfermeiras”, as da UCC- ECCL e por nós enfermeiras da USF CSI Seixal.

Na primeira visita, falou da felicidade do casal no passado, um dos assuntos, que referiu várias vezes, foi sobre a sua espiritualidade. A sua “*falta de fé*”, não sabe explicar este facto, mas desde que o marido ficou doente “*nunca mais me reconciliei com Deus*”, diz com tristeza. “*Mas ao mesmo tempo rezo não sei bem a quem? Fico melhor, eu estou bem porque fiz tudo, ... tudo!*”.

Contou como tinha sido o último momento:

- Havia já vários dias que ele não abria os olhos, mas sempre falei com ele como antes, partilhava tudo, mesmo sem resposta, ultimamente já não abria os olhos. Fui muda-lo de posição, estávamos de mão dada, olhou para mim nos olhos, como há muito tempo não fazia, suspirou. Brinquei com ele e disse “ai que suspiro tão malandro”, aquele olhar foi a nossa despedida, voltou a suspirar e ficou! Comecei por fingir que não tinha percebido, durante uns segundos, a seguir chamei primeiro uma amiga, depois liguei para o 112. Mas aconteceu tudo como eu queria, queria lá estar, e foi assim como eu tinha pedido, não sei bem a quem! Senti uma grande paz, com muita tristeza claro!

Durante todo o discurso apenas se emocionou, disse-lhe que chorasse, que era importante, tinha todo o meu apoio estendeu-me a mão, respondeu “*eu choro enfermeira, choro muito, mas quando estou sozinha!*”

Falei-lhe sobre o facto de estar a perceber que via a doença como um castigo. Neste caso aparentemente a vida de grande preocupação e desgaste, o facto de o marido ser empresário, trabalhar muitas horas, o excesso de peso e a ausência de exercício físico, associado ao tabagismo, foram vários factores de risco, que em conjunto, contribuíram par o acontecimento, doença, um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Fez questão de mostrar o quarto, equipado com vários utensílios de ajudas técnicas, cama articulada, colchão anti escara, colchão de pressões alternadas, várias almofadas de gel e uma cadeira de rodas. Esta cadeira já não era utilizada há algum tempo.

“Preciso vender tudo, nem sei como vou viver este mês sem a reforma do meu marido!”

Este foi um momento em que percebi que tinha tratado de todas as questões a resolver na Segurança Social, mas mesmo assim as questões burocráticas demoram, fizemos silêncio por uns segundos.

Encontramos uma solução, pôr todo material de ajudas técnicas, que era do marido à venda num “*site*” muito conhecido, ajudei tirando fotografias, encaminhei-as por *email* e uma amiga ajudou a coloca-las no “*site*”.

Dei reforço positivo, que iria vender tudo rapidamente, existem tantas pessoas a necessitar destes materiais. Falamos de uma situação que eu conheci através da Assistente Social do Lar da AURPIS do Seixal, de um utente que tinha uma cadeira de rodas emprestada do Hospital, mas que já a haviam pedido várias vezes, já não havia como dizer que não a podiam entregar, eu tinha dado a ideia à Dra. do lar para aderir ao movimento das “tampinhas solidárias”, tínhamos falado recentemente sobre isso. E a ideia de aderir ao projeto estava em curso. Nem sei porque contei a história foi numa sequência de conversas.

Para minha surpresa e sabendo eu da necessidade financeira naquele momento, eis que de imediato sou confrontada com esta frase.

“Esse utente não tinha cadeira, mas agora já tem. Tenho a certeza que se o meu marido aqui estivesse era o que faria, por isso enfermeira diga à Assistente Social que está aqui uma cadeira para ele.”

Percebi que tinha sido um impulso gerado num turbilhão de emoções do momento, disse para reflectir sobre esse assunto, “ *não, está decidido, esta cadeira já tem dono.*” Foi espontânea.

Como enfermeira, que estava ali para ser eu a apoiar e ajudar, senti um misto de sentimento, como era possível haver pessoas assim? Tão generosas, tão desprendidas dos bens materiais, foi um momento muito especial de reflexão sobre vários contextos, especialmente na actualidade que o país atravessa, onde se mata para roubar “pequenos, nada”. Senti-me tão emocionada, tão surpreendida, quase perplexa por ser confrontada com a generosidade na

primeira pessoa. E nós, nós que por vezes achamos que fazemos tanto, senti que há no mundo quem faz tanto com pequenos gestos. A Sr.^a D. N (não digo o seu nome para manter a sua confidencialidade) estava tão feliz, e eu reconheço que também estava.

Saí daquela casa com o meu “coração de enfermeira” de “pessoa humana” cheio de emoções e de surpresas. O meu conhecimento sobre família tinha ficado mais rico, permitindo-me reflectir como uma família de pessoas boas, bem estruturadas e bem formadas, com uma enorme capacidade de adaptação conseguem continuar “ numa troca constante e dinâmica de energia com o ambiente” (Hanson,2005, p.183), para além do que é espectacular!

Queria que eu levasse a cadeira, expliquei que iria apenas ser a ponte entre ela, como doadora, a Assistente Social e o utente que estava a necessitar da cadeira. Este senhor foi submetido a uma amputação ao membro inferior esquerdo.

Combinámos que iria tratar de tudo e eu mesma fazia os contactos e marcaria o encontro, depois seria a própria a entregar o presente tão desejado.

Daí a dois dias todos os contactos estavam feitos, fui buscar a Sr.^a D. N a casa, no lar já estavam á nossa espera. Ela estava nervosa, feliz, emocionada, diria mesmo que ela própria se sentia embaraçada com a sua generosidade.

Por mais palavras que utilize para descrever este momento, esta tarde, não consigo passar para o papel o conjunto de emoções que todas as partes envolvidas demonstravam. Lágrimas que ninguém queria deixar transbordar, especialmente a Assistente Social, jovem de trinta e poucos anos, a Sr.^a D. N e o utente presenteado. O calor humano superou o frio que se fazia no exterior. Registei o momento fotograficamente com a devida autorização que a ética exige. De entre muitas frases de agradecimento e simpatia registei a do Sr. V (o utente que necessitava da cadeira de rodas).

Com os olhos a brilharem de alegria disse “ *pensava que já não existiam pessoas assim tão boas neste mundo!*”

Quando regressamos a casa da Sr.^a D.N estava feliz, agradeceu-me, “*mas eu não fiz nada, a Sr.^a sim, fez um gesto grandioso de generosidade*”, disse eu.

Proferiu várias frases que registei e estou segura, que este gesto a ajudará a superar melhor o seu luto.

“Nunca pensei sentir-me tão feliz nestes dias, isto fez-me bem”

“Estou mesmo em Paz”

“Agradeço-lhe de coração o momento que me proporcionou, ainda fui encontrar tanta gente que já não via há muitos anos, são da minha geração, onde os vim encontrar! Foi tão bom. Obrigada, obrigada enfermeira.” (Referia-se a utentes internados no lar ou em centro de dia da instituição)

“Já não saia de casa, sem ser a correr para ir às compras, há muito tempo!”

Mas as surpresas não ficaram por aqui, na instituição convidaram a Sr.^a D. N para ir visitar o lar, e, se quisesse poderia ir fazer voluntariado quando lhe apetecesse. Queriam oferecer o lanche, mas a emoção tinha retirado a fome, aceitámos água.

Esta intervenção permitiu, mobilizar vários conhecimentos científicos, permitiu ao enfermeiro ser o elo de ligação, fazer a ponte, entre os utentes, as famílias e a comunidade. São estes gestos que no final de um dia nos fazem sentir que “vale a pena ser Enfermeira, em Enfermagem comunitária”. Onde a nossa proximidade permite deter a informação e o conhecimento sobre a comunidade, um conhecimento sobre as famílias, os seus contextos e as suas capacidades, podendo desta forma a intervir de forma positiva. Assim “o modelo de avaliação e intervenção familiar, alarga o modelo dos sistemas de Neuman ao se centrar na família como cliente (...) esta abordagem centra-se nos factores de stresse e pontos fortes” (Hanson,2005, p.185). O que permite ao enfermeiro planear intervenções de enfermagem com base nos diagnósticos efectuados.

Podemos não conseguir ajudar todas as pessoas, mas podemos, a cada dia que passa fazer a diferença com aqueles com quem nos cruzamos e sobre as quais, somos também responsáveis como profissionais.

A intervenção no apoio ao luto pode ser feita de várias formas, esta foi também uma forma de intervir, proporcionando momentos de resolução de conflitos internos, de ajudar orientando, de proporcionar felicidade em dias de tristeza, de dar sem pedir nada em troca.

Esta será sempre uma história que jamais esquecerei e espero poder passar estes valores, à minha própria família, mas essencialmente às famílias onde me seja possível intervir como Enfermeira. Como aluna a realizar Especialidade na área da Enfermagem Comunitária senti que este será um momento que não teria provavelmente tido oportunidade de realizar, se não fosse o contexto académico em que me encontro.

APÊNDICE XI

ATIVIDADE 6

GUIA DE RECURSOS E APOIOS DÍSPONÍVEIS NA COMUNIDADE

ATIVIDADE 6

FUNDAMENTAÇÃO PARA O GUIA DE RECURSOS E APOIOS DÍPONÍVEIS NA COMUNIDADE

A elaboração deste panfleto tem como objectivo:

Ser um recurso orientador para as famílias com um familiar totalmente dependente, fornecendo conhecimentos sobre os recursos disponíveis na comunidade, com o sentido primordial de contribuir positivamente para a gestão e promoção do seu autocuidado.

FUNDAMENTAÇÃO

Na Carta Social- Rede de serviços e equipamentos, emanada pelo ministério do trabalho e da Solidariedade Social, diz que “as questões da autonomia versus dependência, revestem-se assim, cada vez mais de actualidade, sendo grande o debate ao nível europeu sobre os fins e os meios da protecção social face à velhice e/ou face à dependência. Neste âmbito, questiona-se se a solidariedade face a esta problemática deverá emanar primordialmente da família, da sociedade, ou de um esforço conjunto de ambas”.

Na mesma carta social na alínea “2.4.2. A Dependência e os serviços e equipamentos sociais no âmbito do MTSS”, diz que:

“no sentido de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia, bem como de assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos alvos específicos e vulneráveis como os idosos, pessoas com deficiência e/ou incapacidade, e/ou pessoas em situação de dependência, foram sendo implementados progressivamente na sociedade portuguesa um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais de suporte. Actualmente e segundo os dados da Carta Social do MTSS, existem pessoas em situação de dependência a frequentar, ou beneficiar dos serviços, de diferentes tipos de respostas sociais, destinadas também a populações alvo diferentes. A dependência está assim presente, não só nas respostas sociais destinadas à população idosa, à população com deficiência, ou ao próprio subgrupo destinado às pessoas em situação de dependência (...)”(Carta Social, alínea 2.4.2. A Dependência e os serviços e equipamentos sociais no âmbito do MTSS)

Por outro lado, é absolutamente necessário que seja garantido aos cidadãos e às famílias em particular o acesso e o conhecimento destes serviços de qualidade, adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas, este desafio implica o envolvimento e empenho de todas as partes interessadas, das quais a enfermagem deve estar envolvida, detendo uma situação privilegiada de proximidade junto das populações, bem como, das reais necessidades das comunidades, famílias e pessoas a quem dirigem os seus cuidados. O conhecimento sobre os recursos, vai proporcionar às famílias mais “*Empowerment*” tornando-as com maior capacidade de tomar decisões, mas acima de tudo vai permitir-lhes perceber que não estão sós nem nas decisões nem nos recursos. (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social)

Recursos Existentes:

-AURPIS do concelho do Seixal, Paio Pires e Arrentela.

-IPSS, recursos de apoio disponíveis tais como: apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, lares não lucrativo.

-Recurso da rede Nacional Integrada de Cuidados continuados, vários tipos de internamento possíveis de solicitar.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Segundo o art.47º do nº 4 do Decreto-Lei nº 1001/2006, que cria a RNCCI, refere que:

“a utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar”.

- Centros de ajudas técnicas existentes no concelho do Seixal e Almada.

- Local de venda de produtos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da família.

- Direitos sociais, encaminhamento para a Assistente Social. (Apoios financeiros a que podem recorrer)

-Onde se devem dirigir e qual a documentação necessária.

Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados do Seixal (USF CSI Seixal)



Guia de Recursos na Comunidade

Dirigido a “Famílias com Familiar Totalmente Dependente no Domicílio”

PROCURE AJUDA JUNTO DO SEU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Estágio do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Enfermeira Fernanda Silva, Aluna do 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária Da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Professor orientador da ESEL: **Prof. Dr. José Edmundo Sousa**

Orientador no Local de Estágio **Sr.ª Enfermeira Especialista** em Reabilitação e Mestre em Ciências da Educação **Miriam Almeida**

Seixal, 2014

Seixal



UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal)

ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados)

Morada: Largo da Mundet Bairro Novo- Edifício do Centro de Saúde do Seixal

Tel : 212 277 197 / 212 274 819

Email : ucc@csseixal.min-saude.pt e ecciseixal@csseixal.min-saude.pt

Horário: 8 - 20h nos dias úteis das 9h-17 ao Fim de Semana e Feriados

Atividades :

- ✓ Prestação cuidados de saúde domiciliários de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e em final de vida, com particular relevância para a reabilitação e promoção da autonomia e do bem-estar dos utentes em situação de dependência;
- ✓ Prestação cuidada terapêutica necessária à provisão e manutenção do conforto e da qualidade de vida;
- ✓
- ✓ Apoio na satisfação das necessidades básicas de vida, tais como: alimentação, higiene e conforto, locomoção e lazer;
- ✓ Apoio social e psicológico;
- ✓ Apoio aos familiares do utente ou prestadores informais, na respectiva qualificação e prestação dos cuidados.

O encaminhamento é feito pelo Enfermeiro, o Médico de Família e o Assistente Social através da plataforma informática da REDE.

Seixal



**AURPIS (Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos do Seixal) - Seixal-
SEDE**

Morada: Rua Paiva Coelho nº 47, 2840 Seixal

Contacto- 212 278 079

Responsável: Dr.ª Filomena Bandeira e Silva

Apoio Domiciliário

12h/dia, até quatro vezes/dia de 2ªfeira a domingo ou serviço prolongado 5 vezes/ dia de acordo com o rendimento

Centro de Dia

Higiene Pessoal

Alimentação

Tratamento de roupas

Higiene da habitação

Higiene do espaço

Administração de medicação

Acompanhamento a consultas

Serviço de Cabeleireiro, Pédicure

Compras para o domicílio

Seixal



AURPIS (Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos) – Seixal LAR

Morada: Rua Comendador José Tavares da Silva Quinta D. Maria, 2840 Seixal

Contacto- 212 273 310

Responsável: Dr.ª Mónica Alves

Apoio Domiciliário 12 h/dia, até quatro vezes/dia de 2ªfeira a domingo

Internamento de longa duração

Centro de Dia

Higiene Pessoal

Alimentação

Tratamento de roupas

Higiene da habitação, Higiene do espaço

Administração de medicação

Acompanhamento a consultas

Serviço de Cabeleireiro, Pédicure

Compras para o domicílio

Zona de abrangência:

Seixal

Bairro Novo

Qta Manuel André

Casal Sª António

Cavaquinhas

Arrentela

Torre da Marinha

Casal do Marco

Paio Pires

Paivas

Amora Cruz de Pau

Arrentela



ARPIA (Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Arrentela) - Seixal- SEDE

Morada: Calçada da Boa Hora nº 23, 2840-147 Arrentela

Contacto- 212 215 187

Responsável: Dr.^a Mafalda Macedo

Apoio Domiciliário das 8.30-21h de 2^ofeira a domingo

Higiene Pessoal

Alimentação (4 refeições/ dia)

Tratamento de roupas

Higiene da habitação

Higiene do espaço

Administração de medicação

Outros serviços, de acordo com as necessidades específicas dos utentes (pequenas compras, recados, vigilância e administração de medicação)

Paio Pires



AURPIP (Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Paio Pires)

Morada: Av. José António Rodrigues nº 56, 2840 Paio Pires

Contacto- 212 219 360

Responsável: Dr.ª Madalena

Apoio Domiciliário 12 h/dia, até quatro vezes/dia de 2ªfeira a domingo ou serviço prolongado 5 vezes/ dia de acordo com o rendimento

Centro de Dia

Higiene Pessoal

Alimentação

Tratamento de roupas

Higiene da habitação

Higiene do espaço

Administração de medicação

Acompanhamento a consultas

Serviço de Cabeleireiro, Pédicure

Compras para o domicílio

A.R.I.F.A



(Associação de Reformados e Idosos da Freguesia de **Amora**)

Morada: Rua Cidade Maputo-Quinta da Princesa,

2845-572 Amora

Contacto- 212 268 150 / 1-8

Responsável: Dr.ª Rita Aleixo, Dr.ª Manuela Caeiro, Sr. Hélder Silva

Email : <http://www.arifa.pt>

Lar Nossa Sr.ª Monte Sião - Dr.ª Manuela Caeiro

Apoio Domiciliário 12 h/dia

Centro de Dia

Centro de Convívio

Serviço de Refeições- Cruz de Pau (Rua Abel Salazar) Centro de Ajudas

Técnicas - **Sr. Hélder Silva**

Unidade de Cuidados Continuados Integrados - **Dr.ª Rita Aleixo**

Apoio Domiciliário

Higiene Pessoal

Alimentação

Tratamento de roupas

Higiene da habitação

Higiene do espaço

Administração de medicação

Acompanhamento a consultas

Serviço de Cabeleireiro

Pédicure

Compras para o domicílio

Centro de Ajudas Técnicas

Horário – 2ª a 6ª das 14 h- 16.30 h

Aluguer de equipamento - Ajudas Técnicas.

Documentação necessária para aquisição de equipamento:

- ✓ Declaração médica (Que comprove a utilização do equipamento solicitado. Com vinheta do Centro de Saúde)
- ✓ Fotocópia de documento comprovativo de Morada (recibo da água, luz ou telefone)
- ✓ Fotocópia do BI do utente
- ✓
- ✓
- ✓ Fotocópia do cartão de saúde do utente
- ✓ Fotocópia do recibo de Vencimento ou Pensão
- ✓ Fotocópia do BI da Pessoa Responsável

(É necessário transporte próprio)

Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Email: geral.ucci.arifa@gmail.com

Com capacidade de 30 camas, para reabilitação e descanso do cuidador.

Almada



Morada: Av. Cristo Rei, nº 46- C/D

2810-226 Almada

Contacto- 212 580 018, (ECCI) - 210 487 50, 210 408 779

Email: geral@lahgo.org

Site: www.lahgo.org

Responsável: Dr. Fernando Eduardo de Oliveira Neves

Apoio Domiciliário [Tel:212761719](tel:212761719)

Email : sad@lahgo.org

Higiene Pessoal

Alimentação

Tratamento de roupas

Higiene da habitação

Higiene do espaço

Zona de abrangência:

Almada

Cacilhas

Pragal

Laranjeiro

Feijó

Sobreda

C. Caparica

Trafaria

Monte da Caparica

Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Morada: Rua Luís Vilas Boas, nº 20-22 Laranjeiro 2810-427 Almada

Internamento de média duração e reabilitação (até 90 dias)

De longa duração e manutenção (Superior a 90 dias)

Gerido pela equipa de gestão de Altas (EGA) do hospital, faz a proposta de ingresso.

No domicílio Através do Médico e Enfermeiro de Família ou do Assistente Social, fazem a proposta à Equipa Coordenadora Local (ECL). Registando informaticamente na plataforma da REDE.

Equipa:

Enfermeiros

Médicos de diferentes Especialidades

Psicólogo

Assistente Social

Fisioterapeutas

Terapeuta da fala e Terapeuta ocupacional

Nutricionista

Animadora Social

Auxiliar de acção médica e de Apoio e Vigilância

Administrativos

outros

Centro de Ajudas Técnicas

Venda de equipamento de ajudas técnicas.

Loja1- Hospital Garcia de Orta

212 950 127

Loja2 – Av. Cristo Rei nº 48B

212 764 183

Serviço de Fisioterapia ao Domicílio

Email: fisioterapia@lahgo.org

Tel: 212 761 719

Consultas de Psicologia

Morada: Av. Cristo Rei nº 46 C/D -2800-054 Almada

Email: Consultoriopsi@lahgo.org Tel: 212 761 720



USF CSI SEIXA

APÊNDICE XII
CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

“PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA FAMÍLIA COM UM FAMILIAR TOTALMENTE DEPENDENTE”

Investigadora: Enf.ª Fernanda Maria Raminhos Silva

Eu, _____, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido proporcionada informação sobre os objetivos e os métodos utilizados no presente estudo. Foram-me proporcionados esclarecimentos sobre a segunda fase de realização do presente estudo tal como, quais os benefícios da participação no mesmo. Foi-me também informado que os dados colhidos apenas serão utilizados para o presente estudo, não sendo a minha identidade revelada.

Seixal, ____ de _____ de 2013

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

APÊNDICE XIII

AUTORIZAÇÕES DO ACES ALMADA E SEIXAL

Exmo. Sr. Diretor do ACES Almada Seixal

Dr. Luís Amaro

Eu, Fernanda Maria Raminhos Silva, Enfermeira na USF CSI Seixal, encontro-me neste momento a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito o tema do meu projeto é a “**Promoção do Autocuidado na família com familiar totalmente dependente**”, sendo o orientador científico, o Professor Doutor José Edmundo Sousa.

Decorre neste momento um ensino clínico, no âmbito da disciplina de Opção II, onde se pretende realizar um diagnóstico de situação. Tendo como principais objetivos a avaliação e intervenção familiar nas famílias com um membro totalmente dependente. Nesta fase é necessária a aplicação de alguns instrumentos de colheita de dados, tais como o FACES II, que pretende avaliar a Coesão e Adaptabilidade Familiar e a aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar da Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo. Este modelo é, desde 7 de Dezembro de 2011, o referencial teórico em Enfermagem de saúde Familiar adotado pela Ordem dos Enfermeiros.

Venho por este meio pedir autorização para a aplicação destes instrumentos a famílias inscritas na USF CSI Seixal.

Sem outro assunto

Cumprimentos

19 de junho de 2013

Enfermeira Fernanda Maria Raminhos Silva

Exmo. Sr. Diretor do ACES Almada Seixal

Dr. Luís Amaro

Fernanda Maria Raminhos Silva, Enfermeira na USF CSI Seixal, encontra-se neste momento a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de enfermagem comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito pretende-se desenvolver um projeto direcionado para a “Promoção do Autocuidado na família com familiar totalmente dependente”.

Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização para que o nome do ACES Almada Seixal e da USF CSI Seixal possa ser mencionado e identificado, no referido projeto de estágio. Será sempre salvaguardada a confidencialidade no referido estudo de investigação.

19 de junho de 2013

Enfermeira Fernanda Maria Raminhos Silva