



A relação entre o enfermeiro e a família na visita domiciliária

Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre
na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Joana Raquel Dias Pereira

Orientadora:
Mestre Alcinda Reis
Co-orientadora:
Doutora Maria João Esparteiro

2012 Janeiro

PENSAMENTO:

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS:

Um obrigada às Professoras Orientadoras Alcinda Reis e Maria João Esparteiro que me envolveram de forma entusiasta no tema e forma rigorosa na metodologia!

Agradeço a toda equipa de enfermagem da UCSP de Alcanena pela forma que me acolheu no campo de estágio e pela colaboração e empenho para que todas as competências fossem atingidas!

Agradeço à minha família e amigos pelo apoio a todos os níveis e pela paciência aquando as minhas ausências!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
PARTE I – ESTÁGIO	12
1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	12
1.1. O CAMINHO PERCORRIDO	13
1.2. ENCONTRO COM AS FAMÍLIAS	19
2. MELHORIA DA QUALIDADE EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM	25
PARTE II – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	27
1- CONCEPTUALIZAÇÃO: A RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA	27
2- ASPECTOS METODOLÓGICOS	34
3- ANÁLISE REFLEXIVA	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	
ANEXO I – PROJECTO DE ESTÁGIO	
ANEXO II – FAMÍLIA I	
ANEXO III – CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE	
ANEXO IV – PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DOS ARTIGO	

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I – CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	34
QUADRO II – ANÁLISE DO ARTIGO “FAMILY HEALTH NURSING AND EMPOWERING RELATIONSHIPS”	35
QUADRO III – ANÁLISE DO ARTIGO “A NATURALISTIC TEST OF PEPLAU’S THEORY IN HOME VISITING”	36
QUADRO IV – ANÁLISE DO ARTIGO “WORKING IN PARTNERSHIP IN THE ANTENATAL PERIOD: WHAT DO CHILD AND FAMILY HEALTH NURSES DO?”	36

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática De Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DR – Diário da República

ICN – International Conceil of Nursing

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

PICO – População Intervenção Comparação Outcomes

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

Com a elaboração deste trabalho pretende-se reflectir sobre o estágio realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e avaliar criticamente teorias e modelos, literatura e dados relevantes para a prática avançada de Enfermagem.

O tema deste relatório, que emergiu do estágio, consiste em compreender se a relação interpessoal estabelecida entre enfermeiro e família promove o acesso à visita domiciliária.

Como metodologia foi efectuada uma pesquisa na EBSCO (CINAHL Plus with Full Text). Foi feita a pesquisa de artigos científicos publicados em texto integral (2011/09/08), publicados entre 2005/01/01 e 2011/09/08, utilizando as seguintes palavras-chave: **Nurse-patient relations AND Home visit AND Family**. Foi utilizado o método de PI[C]O e seleccionados 3 artigos de um total de 6.

Após a revisão da literatura evidencia-se o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança dos Cuidados de Saúde Primários, através da enfermagem de família, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Assim, o contexto domiciliário deve ser percebido por meio de uma perspectiva abrangente que vai além do espaço físico, que considera este ambiente como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representam carácter particular e interferente mútuo e simultâneo.

ABSTRACT

The development of this work seeks to reflect on the stage performed under the Master's degree in Nursing Family Health and critically evaluate theories and models, literature and data relevant to advanced practice nursing.

The purpose of this report, which emerged from the stage, is the interpersonal relationship established between nurse and family promotes access to home visits.

As methodology was conducted a search in EBSCO (CINAHL Plus with Full Text). This search was carried out in scientific papers published in full text (09/08/2011), published between 01/01/2005 and 08/09/2011, using the following keywords: **Nurse-patient relations AND Home visit and Family**. Used the method of PI(C)O 3 articles and selected a total of 6.

After systematic review of the literature shows the role of family nurse promising as an agent of change in primary health care through the nursing family, in a context of proximity to care for a limited number of families included in a specific community.

Thus, the context must be perceived home through a comprehensive perspective that goes beyond the physical space, which considers the environment as a set of things, events, and humans and correlated to some extent, represent entities whose particular character and interfering mutual and simultaneous.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se assistido a uma evolução dos cuidados de enfermagem. As razões desse desenvolvimento têm a ver com vários factores, nomeadamente o desenvolvimento tecnológico, novas formas de diagnóstico e de tratamento, que aumentam a esperança de vida da população, e a exigência das pessoas que acompanham a evolução social. Perante isto, o enfermeiro tem que dar resposta adequada e rápida a uma sociedade cada vez mais informada sobre o seu processo saúde/doença.

Neste documento reflecte-se sobre o estágio realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e avaliar criticamente teorias e modelos, literatura e dados relevantes para a prática avançada de Enfermagem. Assim transmite as actividades realizadas, bem como as competências adquiridas. Relativamente à estruturação do trabalho, encontra-se dividido em duas partes essenciais. A primeira visa caracterizar a temática que emergiu das práticas desenvolvidas ao longo do estágio, que se encontram descritas no primeiro ponto. No segundo ponto é feita uma abordagem à Melhoria da Qualidade em Cuidados de Enfermagem, tendo participado no Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, como elo de ligação para os pares da UCSP de Alcanena. Na segunda parte é descrita as etapas da revisão sistemática da literatura. Por último são feitas as considerações finais onde se pretende sintetizar as ideias principais, bem como as limitações identificadas ao longo do trabalho e considerações para o futuro.

O interesse da enfermagem pelas famílias não é recente. Ao longo da sua história, a profissão de enfermagem tem-se interessado pelas influências da família e bem-estar dos membros individuais. (...) Os últimos 30 anos têm sido anos estimulantes para os enfermeiros de família e para a investigação em enfermagem de família. E os próximos 30 anos prometem, mais do que nunca, ser um desafio. (HANSON, 2005)

O enfermeiro de família surge como um profissional que integrado numa equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

O foco de cuidados do enfermeiro de família baseia-se nas dinâmicas internas da família e as suas relações, na 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 intra-familiares e na intervenção da família com o seu ambiente.

A família como foco de atenção da prática de enfermagem é descrita pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2000, p. 65), como o “o conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo”. Desta forma permite que sejam incluídas as várias formas de constituição familiar prevalentes na sociedade actual.

A entrada do enfermeiro no seio familiar, pode ser vista de início, como um profissional preocupado e em interacção com todas as variáveis que interagem com a família no seu ambiente ou pode ser visto como estímulos produtores de tensão interpessoal. (FUREGATO, 1999)

O enfermeiro é o profissional que mais tempo permanece ao lado da família. Deve, por isso, promover o seu bem-estar nas suas diversas dimensões: biológico, psicológico, social, espiritual e emocional. É imperativo mudar estas percepções, atitudes e comportamentos e a comunicação é a ferramenta necessária. Hoje em dia, tão importante como deter competências do âmbito terapêutico é dominar os conceitos e as estratégias comunicacionais.

O modelo que auxilia os enfermeiros a avaliar, e posteriormente intervir na família é o Modelo Dinâmico da Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo. Este modelo, suportado pelos pressupostos de enfermagem de família, nomeadamente o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), é um modelo que procura dar resposta às necessidades dos enfermeiros relativamente aos cuidados com as famílias.

Neste relatório recorreu-se à revisão sistemática da literatura com recurso a bases de dados electrónicas, de forma a aprofundar a prática baseada na evidência. Da reflexão sobre a pesquisa realizada, elaborou-se uma fundamentação sobre os conceitos delineados, para estabelecer relações entre eles, de modo a conhecer melhor o problema, utilizando uma metodologia que irá ser descrita posteriormente.

Prática Baseada na Evidência define cuidados de enfermagem que integrem a melhor evidência científica, como sendo o conhecimento da fisiopatologia, o conhecimento de questões psicossociais, as preferências e valores dos clientes em relação à tomada de decisão dos seus processos terapêuticos. A evidência científica pode incluir a investigação fundamentada, linhas de orientação da prática e estudos de caso. (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005, p. 185-193)

Utilizou-se outro referencial teórico mais concretamente a Teoria dos Sistemas (NEUMAN, 1970), a qual assenta em interacções e inter-relações organizadas de forma complexa mas lógica, o modelo pode ser mobilizado para delinear mais profundamente o conceito de «sistemas» para a enfermagem, assim como para explicar o estado de equilíbrio dinâmico do cliente e a reacção ou possível reacção aos «stressores».

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A Teoria dos Sistemas (NEUMAN, 1970) permitiu olhar a família como uma unidade onde interagem mutuamente vários elementos, em que cada elemento da família é tanto um subsistema como um sistema.

Família é um sistema vivo, aberto, composto por vários elementos com laços entre si, no qual o todo é mais que a soma de todas as partes e, onde reina entre os elementos constituintes um sentimento de pertença (RELVAS, 1996; ALARCÃO, 2002).

Na perspectiva de NEUMAN (1970), o modelo fornece aos enfermeiros linhas de orientação para a apreciação do sistema cliente, a utilização do processo de enfermagem e a implementação da intervenção preventiva. O enfoque na prevenção primária em contextos de cuidados interdisciplinares melhora a qualidade dos cuidados. O modelo fornece uma estrutura apropriada e uma abordagem alargada aos fenómenos de enfermagem contemporâneos e futuros, e fornece ainda, uma visão alargada na qual a enfermagem pode dar resposta às necessidades de cuidados num mundo em constante mutação.

Esse modelo traz uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se encontra em constante interacção com stressores ambientais.

A proposta teórico-metodológica dessa autora focaliza a reacção do cliente ao stress a que é submetido, bem como os factores de reconstituição ou de contínua readaptação. A adaptação é o processo pelo qual o organismo satisfaz as suas necessidades. Por isso, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Toda a vida se caracteriza por um processo de interacção constante entre o equilíbrio e o desequilíbrio dentro do organismo, mantendo equilíbrio entre a perda e o armazenamento de energia, em torno das condições ambientais (ambiente interno e externo), num contínuo processo homeostático. (NEUMAN, 1970)

De acordo com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman a enfermagem deve intervir, ajudando o indivíduo a utilizar as suas possibilidades de resposta aos stressores. Pode ajudar a família no uso das suas habilidades, e dos recursos disponíveis para melhorar sua qualidade de vida. Apesar de cada indivíduo ou grupo ser como um sistema único é composto por factores conhecidos comuns ou características inatas, podendo responder à acção do stressor de diferentes maneiras. Existem muitos stressores conhecidos ou desconhecidos, todos diferentes, e cada qual com o seu próprio potencial de perturbação do nível de estabilidade da linha normal de defesa.

A relação interpessoal entre enfermeiro e família na visita domiciliária pode gerar níveis altos de stress, quer ao enfermeiro, quer aos elementos da família. Existem stressores de diferentes potenciais de perturbação e indivíduos com diferentes condições de resistência, sendo necessário identificar os stressores para planear acções de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente.

No âmbito do que foi o desenvolvimento do estágio, relatório e no enquadramento das competências adquiridas, propomo-nos a atingir os seguintes objectivos para este trabalho:

- Enquadrar a pratica clínica desenvolvendo uma atitude reflexiva, com recurso à Prática Baseada na Evidencia;

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

- Fundamentar as competências desenvolvidas assumindo uma atitude Profissional de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, e com as Competências do Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros;
- Fundamentar as situações do cuidar com vista a uma prática de mudança que garanta a qualidade.

PARTE I – ESTÁGIO

1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O enfermeiro de família, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. (REGULAMENTO N.º 126/ 2011 in DR, 2ª SÉRIE, N.º35 DE 18/2/2011)

A família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interacção com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas. (HANSON, 2005)

Nesta perspectiva o exercício profissional dos enfermeiros especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, é distinguido a partir de quadros de referências de enfermagem de família, que evidenciam o sistema familiar como cliente dos cuidados e a ênfase na abordagem colaborativa com a família. A família constitui-se como a unidade de avaliação e intervenção, sendo a ênfase dos padrões de interacção promotores de fortalecimento, potenciadores das forças, recursos e competências da família. (FIGUEIREDO, 2009)

As famílias estão sujeitas a tensões quando os factores de stress (problemas) afectam as linhas de defesa da família. Para NEUMAN (1970) os indivíduos estão em constante troca de energia dinâmica com o ambiente. No caso das relações familiares, quando se encontram em desarmonia, o que é bastante presente neste contexto pode actuar como importante factor de stress. Muitas vezes necessitam da intervenção do enfermeiro, pois estão sujeitas a desentendimentos entre seus membros, que podem ser amenizados com a mediação de um profissional da equipa de saúde.

A reacção da família depende da forma como esses factores afectam a unidade familiar e da capacidade de adaptação que a família tem para manter a estabilidade. A reconstituição ou adaptação é a actividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais.

É nesse momento que o enfermeiro tem o papel primordial de auxiliar a família, oferecendo-lhe mecanismos para enfrentar os problemas. Por vezes, as linhas de defesa estão muito comprometidas e antes de uma acção deve-se definir quais as estratégias para que a família se sinta mais segura. Isso deve acontecer de maneira gradativa.

Os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar têm por foco de atenção 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 intra-familiares e na interacção da família com o seu ambiente. (REGULAMENTO N.º 126/ 2011 in DR, 2ª SÉRIE, N.º35 DE 18/2/2011)

1.1. O CAMINHO PERCORRIDO

No início do estágio consultei os Regulamentos Internos e Protocolos e o inteirei-me da dinâmica da Unidade e suas Extensões, a fim de planear as actividades a desenvolver ao longo do estágio através da elaboração do projecto. O projecto de estágio (Anexo I) foi um documento que reflectiu o planeamento e se baseou nos objectivos gerais e específicos do estágio, competências a desenvolver, necessidades identificadas e contexto de estágio. O projecto incluiu as actividades a realizar, que surgiram de linhas orientadoras da Escola Superior de Saúde de Santarém, os intervenientes e os momentos em que decorreram, constituindo assim, um guia orientador para a minha prestação e para a orientação do enfermeiro cooperante.

O enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família, que permite 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 contrato de acção com a família. (REGULAMENTO N.º 126/ 2011 in DR, 2ª SÉRIE, N.º35 DE 18/2/2011)

Toda a família tem um princípio e um fim. Existe em cada família um processo interactivo, no qual intervêm pessoas, objectos, acontecimentos e situações nas suas transições de vida e evolução (ALARCÃO, 2002).

A família como sistema que é e, há semelhança de um organismo vivo, sofre um processo de desenvolvimento e uma sequência previsível de transformações na organização familiar. Este processo de mudança decorre no sentido da sua evolução e complexificação, em função do cumprimento de tarefas bem definidas, que compõem as etapas do ciclo vital (RELVAS, 1996).

O ciclo vital da família refere-se à trajectória típica da maioria das famílias. RELVAS (1996) refere que o ciclo vital diz respeito ao caminho percorrido pela família nuclear, desde a sua nascença até que morre. Integra factores como a dinâmica interna do sistema, os aspectos e características individuais e também a relação e os contextos em que a família se insere.

As tarefas de desenvolvimento da família não estão somente ligadas às características individuais dos elementos que a compõem, mas também estão relacionadas com a pressão

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

social para o desempenho adequado das funções e das tarefas essenciais para a continuidade do sistema família.

Vários autores apontam diferentes etapas do ciclo vital da família. RELVAS (1996), baseada nos trabalhos de Munichin e Fishman afirma que o ciclo vital da família é constituído por 5 etapas: a formação do casal, a família com filhos pequenos, a família com filhos na escola, a família com filhos adolescentes e a família com filhos adultos.

Os critérios que estiveram na base da selecção das famílias, foram discutidos com a Equipa de Enfermagem, de forma a poder interagir com um leque variado de famílias e que se encontrassem em fases de ciclo de vida da família diferentes. Foram escolhidas cinco famílias, tendo sido bastante benéfico uma vez que foram abordadas diferentes fases de desenvolvimento, concebendo a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.

Foram então caracterizadas as seguintes famílias (RELVAS, 1996):

- Formação do casal, passando a ser uma Família com filhos recém-nascidos;
- Família com filhos recém-nascidos;
- Família com filhos na idade escolar;
- Família com filhos na idade da adolescência;
- Família com pessoa dependente, que recorre à UCSP de Alcanena para realizar tratamento decorrente da doença crónica.

Cada família é um sistema mas também é parte de sistemas mais vastos, nos quais se integra e, com os quais evolui (a comunidade e a sociedade). Dentro de cada sistema familiar existem subsistemas mais pequenos que formam o todo. Estes subsistemas estão relacionados com as interacções existentes entre os indivíduos, os papéis que desempenham, os estatutos ocupados, as suas finalidades e, os objectivos e as normas transaccionais que se vão gradualmente construindo.

Numa família podem distinguir-se quatro subsistemas. O subsistema individual, composto pelo nível mais básico, o indivíduo, que para além dos papéis que desempenha no sistema familiar, ocupa noutros sistemas, funções e estatutos que vão interagir com o seu desenvolvimento individual.

O subsistema parental, é constituído normalmente pelos pais que possuem funções executivas, estando as funções de protecção e educação das gerações mais jovens a seu cargo. Por vezes este subsistema pode incluir uma avó/avô, um tio/tia ou mesmo um padrinho. Os pais podem não integrar esta estrutura.

O subsistema conjugal, que engloba o casal, no qual a complementaridade e a adaptação recíproca são aspectos importantes do seu funcionamento. As principais funções deste subsistema são o desenvolvimento de limites e fronteiras que protejam o núcleo familiar da intrusão por outros elementos, de modo a proporcionar a satisfação das suas necessidades psicológicas.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O subsistema fraternal, composto pelos irmãos, representa principalmente um meio propício de socialização e de experimentação de papéis em relação ao mundo extrafamiliar.

A forma como estes subsistemas se organizam, o tipo de relações que desenvolvem entre eles, corresponde à estrutura da família, ou seja, as funções que ocupam e os papéis que desempenham, traduzindo as interações no seio da família (RELVAS, 1996; ALARCÃO, 2002).

A família deve ser compreendida somente dessa forma holística (RELVAS, 1996), sob a pena de se realizar uma avaliação desvirtuada e sem sentido. A família possui características unas que a torna diferente de todas as outras.

Nas primeiras semanas de estágio foi feita recolha de dados e caracterização das famílias, utilizando o formulário do MDAIF de FIGUEIREDO (2009) junto das famílias. Foram feitas entrevistas com as famílias, a fim de caracterizá-las e identificar problemas reais e potenciais.

Parti do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no carácter colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Sendo imperativo a comunicação como estratégia de intervenção com a família.

A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem, contribuindo para uma melhor assistência ao utente e à família que vivem a ansiedade e o stress do dia-a-dia.

É essencial para estabelecer uma relação entre profissional, utente e família. Esta minha afirmação é corroborada por SARAIVA (1999), ao referir teorias que defendem o processo comunicativo como forma de ajuda ao indivíduo e à família.

Trata-se do relacionamento entre o enfermeiro e a família, o processo de comunicação tem de ser eficiente para viabilizar uma assistência humanizada e personalizada de acordo com as necessidades.

A interacção com a família caracteriza-se, assim, não apenas por uma relação de poder, em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Esta definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante. (TEIXEIRA, 1996)

O objectivo da comunicação é a resposta à satisfação de necessidades humanas fundamentais. Somos fruto de uma relação e é em termos de relação que vivemos o dia-a-dia. Os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar os resultados da

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

actividade dos técnicos em termos de ganhos em saúde, no que se refere à morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes e são excelentes analisadores da qualidade dos cuidados e das competências dos enfermeiros.

Contudo, na interacção enfermeiro/utente, não é suficiente saber que é “impossível não comunicar”, mas é fundamental utilizar intencionalmente os gestos, as palavras e os silêncios na comunicação.

A comunicação não se refere só às palavras, à sua estrutura e sentido, refere-se também à vertente não verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde ela é produzida. A comunicação é o veículo para se estabelecer uma relação.

A qualidade da comunicação entre os técnicos de saúde e os utentes está relacionada com maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos, facilitação de escolhas complexas em saúde e nas doenças, adaptação à doença e qualidade de vida, comportamentos de adesão e comportamento de procura de cuidados. Ou seja, tem influência sobre o estado de saúde e a utilização dos serviços. Assim compreender a informação sobre saúde e doenças é um direito de todos nós e melhorar a comunicação em saúde é um imperativo ético para os técnicos de saúde e ao mesmo tempo, é uma responsabilidade de todos. (TEIXEIRA, 2004)

A Saúde XXI reforça a importância da contribuição da enfermagem e coloca especial ênfase no enfermeiro de família, como detentora de um papel ao longo de toda a vida, desde o nascimento até à morte, incluindo a promoção e protecção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, e de agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde.

Os objectivos da enfermagem de família centram-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências, que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, nas situações de saúde e doença, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais e potenciais. (WRIGHT; LEAHEY, 2002)

Neste sentido a abordagem familiar é uma abordagem emocionalmente reflectida e cientificamente adequada ao contexto social e familiar, respeitando as concepções, crenças e valores pessoais da instituição abordada, para tanto, é preciso saber ouvir, explorar o entendimento e potencializar os recursos familiares para promoção da saúde, além de realizar avaliações e intervenções familiares reflectidas na história e contexto familiar.

Construi o genograma e ecomapa em conjunto com cada família. “O genograma e o ecomapa são componentes essenciais de qualquer avaliação da família. (...) O genograma representa “a árvore familiar que regista informação sobre os membros de uma família e as suas relações durante pelo menos três gerações (MCGOLDRICK, 1987). O genograma é um diagrama, um esqueleto e uma constelação que mostra a estrutura das relações entre as várias gerações. Outra abordagem útil na avaliação das famílias é o mapa ecológico ou

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

ecomapa. (...) O ecomapa é uma representação visual da unidade familiar, em relação à comunidade, mostra a natureza das relações entre os membros da família e entre estes e o mundo que os rodeia. O ecomapa é portanto, “uma visão geral da família na sua situação, retratando todas as ligações importantes de cuidar como a de produzir stress entre a família e o mundo. (Ross & Cobb, 1990)” (HANSON, 2005, p. 189-194)

Nesta abordagem inicial com as famílias utilizei os instrumentos Genograma e Ecomapa, uma vez que são importantes para compreendermos melhor o processo de doença nas famílias, conhecer a situação dos seus membros e suas relações não apenas dentro da família, mas também com as demais famílias com quem convivem e estabelecem suas redes de apoio. Atingindo a competência de reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhes confere uma organização estrutural específica.

Por ser um instrumento voltado à abordagem familiar permite à equipe de saúde acompanhar a família e seus membros ao longo de suas vidas, propiciando a definição de acções preventivas capazes de promover a saúde.

É nesta forma, baseada numa abordagem sistémica, que a família é compreendida através da sua complexidade e unicidade. E cada uma das partes, os indivíduos que integram o sistema, é percebida com uma estrutura própria, dinâmica, com uma história única, compreendida na interacção contextual. (PUSHEL et al, 2006)

A utilização do formulário do MDAIF, que foi proposta em contexto académico, permite aos enfermeiros proporem intervenções que dêem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades. Utiliza a terminologia da ICNP/CIPE®, nomeadamente a versão Beta 2, sendo também esta a terminologia utilizada no sistema de informação em uso. Constitui-se como uma estrutura de organização sistemática, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar.

Nesta fase inicial, aquando da aplicação do formulário do MDAIF, senti algumas dificuldades, uma vez que é um modelo muito extenso e que abrange áreas do foro íntimo da família, tais como a satisfação conjugal. Apesar da sua extensão este modelo após a sua aplicação, fornece dados que nos permitem propor intervenções a fim de dar respostas às necessidades da família.

A enfermagem de família direcciona-se para respostas aos problemas reais e potenciais, englobando uma filosofia de parceria com a família. A partir destes pressupostos a ênfase é colocada nos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar, visando apoiá-los na procura de soluções para os problemas identificados. Nesta sequência está uma prática centrada na interacção com as famílias, sendo o foco mais direccionado para a saúde do que para a doença, numa óptica de promoção do bem-estar e saúde familiar, integrando a saúde dos seus membros individualmente, onde vamos encontrar as forças e recursos para resolução de problemas reais e potenciais.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Após a caracterização das famílias, identifiquei os problemas reais e potenciais, tendo sido formulados diagnósticos de enfermagem. De seguida fiz o planeamento das intervenções em conjunto com as famílias com o objectivo de resolver os problemas identificados. Para a resolução dos problemas identificados foi necessário a negociação com os elementos do agregado familiar, por vezes nem sempre foi fácil, podendo mesmo desencadear alguns conflitos, o que não foi o caso. Atingindo assim a competência de desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.

Identifiquei alguns problemas que não eram da área de intervenção de enfermagem, problemas esses como o ambiente biológico e como apoio por parte da psicologia. Pelo que foi feito o elo de ligação entre a família, outros profissionais e os outros recursos da comunidade. Após a intervenção avaliei os resultados juntamente com as famílias.

Ao longo do estágio foram feitas pesquisas na literatura disponível e em plataformas das bases de dados científicas, sendo um pouco escassa a informação disponível na área de enfermagem de saúde familiar, o que dificultou algum aprofundar do conhecimento.

Durante a colheita de dados e a prestação de cuidados ao utente/família não foi esquecida a promoção da privacidade, respeito pela individualidade e dignidade da pessoa que necessita desses mesmos cuidados e ainda as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com o utente/família.

O contexto de estágio permitiu-me ficar responsável por realizar a visita domiciliária a às Famílias a fim prestar os cuidados de enfermagem, assim como prestar os cuidados na UCSP. Durante este contacto fui desenvolvendo a entrevista com a família a fim de melhorar a satisfação, garantir a manutenção da comunicação e reduzir a minha ansiedade. Desta forma centrei-me na família (necessidades, expectativas, pedidos, desejos, queixas) e assegurei uma visão global, na perspectiva de continuidade com qualidade.

Procedi à colheita de dados utilizando os instrumentos acima mencionados para fazer a avaliação familiar, de modo a planear os cuidados a prestar ao utente/família e execução dos mesmos. Após a elaboração do plano, este foi validado com a família. Face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções conducentes à mudança, considerei primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança fosse percebida como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano. Encontra-se em anexo (ANEXO II) ao trabalho desenvolvido com uma das famílias, como exemplo. Atingindo a competência de realizar a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento.

Contactei também com o aplicativo SAPE e SINUS onde são feitos os registos de enfermagem, assim como agendamento do próximo contacto. No aplicativo SINUS procedi ao registo das vacinas administradas, após a explicação do procedimento de registo por parte dos colegas. Apenas no aplicativo SAPE foi possível registar a avaliação inicial da família, uma vez que ainda não se encontra parametrizado.

A abordagem inicial à família não foi fácil, uma vez que senti algumas dificuldades no primeiro contacto com as famílias para a caracterização das mesmas, restringindo a colheita de dados ao formulário do MDAIF de FIGUEIREDO (2009), sentindo a necessidade de formação específica, e daqui emergiu a temática que pretendo estudar, “Relação interpessoal entre o enfermeiro e família na visita domiciliária”. Assim construí vínculos fortes, entre os elementos da família, estes com o profissional, uma vez que é parte essencial do processo de cuidados.

A comunicação eficaz e eficiente entre o enfermeiro e o utente/família parece vantajosa uma vez que nos permite conhecer o utente e sua família, identificação das suas necessidades e satisfação das mesmas. Através da comunicação estabelece-se uma verdadeira relação de ajuda terapêutica que permite abertura e à-vontade por parte do utente para falar dos seus problemas, das suas preocupações, dos seus sentimentos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

1.2. ENCONTRO COM AS FAMÍLIAS

A prática de cuidados de enfermagem às famílias requer uma prática integrativa e autónoma, que se caracteriza pelo contacto próximo e continuado com as mesmas, cujo contexto privilegiado considero ser os Cuidados de Saúde Primários pelas suas características de proximidade, globalidade e continuidade que permite a manutenção do contacto com as famílias no seu percurso evolutivo.

Apesar dos cuidados às famílias poderem ser desenvolvidos em qualquer instituição de saúde, em serviços educacionais e dirigido para todas as formas de famílias, julgo que a possibilidade de acompanhar as famílias no seu contexto, permite maior eficácia nas intervenções desenvolvidas e maiores ganhos em saúde para as famílias. Sempre que possível a recolha de dados teve lugar no contexto domiciliário.

O foco nas famílias e no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável (HENNESSY; GLADIN, 2006). Mais do que nos fixarmos num constructo estável, importa pensar que o conceito de família pode revestir-se de muitas formas dependendo tanto da história individual como familiar, de vínculos biológicos, estatuto legal e/ou religioso entre outros aspectos. As mudanças económicas, políticas, sociais e culturais a que assistimos dão corpo a diferentes aproximações conceptuais e a uma diversidade de tipos de famílias, mas acima de tudo, permitem ver a família como uma organização com características dos grupos, condições, compromissos e recursos para se converter num contexto de saúde-doença e agente efectivo de cuidados de saúde das pessoas. Neste sentido observei que a família tem funções, uma dinâmica, uma estrutura, um processo de vida e, todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais. (RELVAS, 2004)

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Todo o sistema familiar é composto por fronteiras mais ou menos bem definidas e delineadas e que de acordo com a necessidade da família se encontram mais fechadas ou mais permeáveis. A família ao longo do seu ciclo vital sofre mudanças, umas que são esperadas e por isso exigem por parte desta uma reorganização e um novo padrão de funcionamento e outras por serem abruptas ou inesperadas implicam uma maior probabilidade de disfunção na vida familiar (doenças, falecimentos, desemprego, invalidez).

Estes momentos de mudança correspondem às denominadas crises que implicam um elevado grau de stress na família. Toda e qualquer mudança é susceptível de provocar uma crise na família, no entanto, não é o carácter agradável ou desagradável de um acontecimento que define a crise ou o problema mas, o seu carácter de mudança (RELVAS, 1996).

A crise é sentida pelo sistema familiar como uma ameaça, uma vez que traduz uma dimensão de imprevisibilidade ao exigir a transformação de um modelo de relações que o sistema controla.

Existem dois tipos de pressão que todas as famílias estão sujeitas, a pressão interna e a pressão externa. A pressão interna resulta das modificações inerentes dos seus membros e subsistemas, a pressão externa relaciona-se com necessidade de adaptação dos seus membros às instituições sociais que sobre eles têm influência (ALARCÃO, 2002).

Cada cliente desenvolve uma variação normal de respostas ao ambiente que é referido como uma linha normal de defesa ou estado habitual de saúde. Quando o efeito amortecedor da linha flexível de defesa não é mais capaz de proteger o sistema do cliente contra um stressor ambiental, ela rompe e invade a linha normal de defesa. Em estado de doença ou saúde o cliente é um composto dinâmico de inter-relações fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. O bem-estar é a continuidade de energia disponível para sustentar o sistema. Como um sistema, o cliente está em constante troca de energia dinâmica com o ambiente. (NEUMAN, 1970)

A visita domiciliária constitui uma actividade de assistência em saúde exercida junto do indivíduo, da família e na comunidade. O seu objectivo é contribuir para a efectivação das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde.

Esta actividade foi preconizada por muitos profissionais da área da saúde, pelos quais é indicada e reconhecida como estratégia para o trabalho na comunidade, sendo um método eficaz, pois pode despertar na população a preocupação para as questões de sua saúde, orientá-la na articulação com outros serviços para a resolução de seus problemas e fornecer-lhe informação para torná-la independente.

GARROTE (2005) considera a visita domiciliária como o conjunto de cuidados de saúde proporcionados no domicílio a utentes incapacitados e suas famílias com a finalidade de promover, manter ou minimizar o impacto da doença e da incapacidade.

COSTA, citado por MAZZA (1994), considera que na intervenção da equipa de enfermagem, a “visita domiciliária fundamenta-se no princípio de que todas as actividades de

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

enfermagem junto à família têm o objectivo eminentemente educativo, e como um processo educativo, ela tem a finalidade de auxiliar a família a ajudar-se a si mesma”.

É através da visita domiciliária que podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, procurando prestar assistência, acompanhar o seu trabalho, colher dados sobre as condições habitacionais e aplicar medidas de controlo das doenças transmissíveis ou parasitárias, e principalmente educar. (MARTINS, 2003)

A visita domiciliária realizada pela enfermagem inclui um conjunto de acções de saúde voltadas para o atendimento, tanto promocional como curativo. Através dela, são avaliadas as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família.

A experiência com as visitas possibilitou-me destacar suas principais vantagens e limitações. As acções de enfermagem na Visita Domiciliária incluíram os seguintes passos:

1. Levantamento das necessidades: nesta fase, identifiquei as necessidades sentidas pela família.

2. Planeamento: esta fase do trabalho mostra o desenvolvimento da visita. Durante o planeamento, levei em consideração a selecção de visitas, colheita de dados, plano de visitas e preparação do material. Na selecção das visitas tive em consideração o tempo disponível; o horário mais adequado para a família, a fim de não perturbar a vida doméstica; as doenças de maior relevância e por isso, de maior prioridade e o estabelecimento de um itinerário que optimize tempo e meios de transporte utilizados nestas visitas. Aquando a visita procedi à identificação da família com endereço completo, condições físicas e ambientais do edifício residencial, diagnóstico, tratamento de enfermagem.

3. Execução: Nessa etapa priorizei algumas regras como o uso de uma linguagem clara, de acordo com o nível da família, a fim de as famílias falarem claramente dos problemas que as afligem no seu viver diário, prestando assistência de enfermagem; observar o meio ambiente e as reacções das pessoas frente aos problemas, mantendo contacto discreto e amável.

4. Registos: Aquando a chegada à UCSP procedi ao registo dos tratamentos e ensinamentos efectuados durante as visitas. Os registos foram feitos no aplicativo SAPE.

5. Avaliação: Nesta fase avaliei o plano das visitas, as observações e as acções promocionais e também os pontos positivos e negativos, se as soluções das prioridades foram realmente atingidas e se a família progrediu na resolução dos problemas.

Os primórdios da visita domiciliária no mundo, num primeiro momento, mostraram que ela teve a finalidade de minimizar a dor sem a preocupação de promover o indivíduo. Posteriormente, a sua acção seria justificada com o discurso de protecção da saúde dos indivíduos e a valorização da qualidade de vida, mas o objectivo maior era o aumento da produção económica interna dos países, a profissionalização da visita domiciliária torna-se imprescindível a uma consequência para a prestação de assistência domiciliária. (SOUZA et al, 2004)

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Actualmente, a Visita Domiciliária deve estar direccionada para a educação e saúde e à consciencialização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto. Portanto, esses conceitos deverão ser lembrados, uma vez que o resultado desejado referente à Visita Domiciliária deverá ser a mudança de comportamentos realizada a partir de novas convicções que foram sendo adquiridas pelas famílias e comunidade.

Realizei várias visitas domiciliárias com as famílias, a fim de perceber as suas dinâmicas e funcionamento, aplicando o formulário do MDAIF que, a sua utilização permitiu mudanças efectivas nas representações sobre o processo de cuidados às famílias e à progressiva incorporação da necessidade de integrar nas práticas na família como um todo. Atingindo a competência de reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar.

Estas visitas promoveram o desenvolvimento quer pessoal, quer profissional nas relações interpessoais com a família, uma vez que sou uma pessoa reservada e introvertida, e através de algumas pesquisas consegui chegar às melhores estratégias para a abordagem à família.

A comunicação como forma comum na interacção humana, mesmo que seja verbal ou não verbal, é importante no processo de interacção, na busca do entendimento, de entender e ser entendido requer esforços, conhecimentos, convivência com o outro, mas a percepção, o auto conhecimento e a auto percepção facilita-nos a auxiliar no conhecimento, no convívio com o outro e compreendê-lo com as suas diferenças individuais.

As famílias tinham todas elas características diferentes, uma vez que foram escolhidas famílias em fase do ciclo de vida da família diferente, o que me permitiu consolidar e desenvolver conhecimentos nas várias áreas de saúde. Tendo sido importante para mim perceber e aprender que a abordagem a cada família é diferente, uma vez que cada família tem a sua funcionalidade e as suas dinâmicas. Por exemplo, numa família com um recém-nascido é importante despertar os pais, que o foco de atenção não é só o bebé mas também eles, pois muitas vezes centram-se no recém-nascido e esquecem o bem-estar familiar.

Ao longo das visitas às famílias fui-me adaptando a cada uma delas, sendo umas mais receptivas que outras, pois as pessoas têm características e personalidades diferentes. Foram construídos planos de cuidados em conjunto com cada família, nunca esquecendo as forças da família e de cada um dos seus membros individualmente, uma vez que cada família já tem estratégias desenvolvidas, e recursos de cada uma delas, definindo novas estratégias a fim de resolver os problemas reais ou potenciais identificados. Atingindo a competência de realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

Assume-se a necessidade da reflexão processual face à complexidade dos contextos da acção onde se desenvolveram as interacções com as famílias, justificando uma prática cada vez mais proficiente, que responda aos desafios actuais decorrentes das novas necessidades de saúde das famílias. Efectivamente a evolução da família, no que respeita à sua dimensão e

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

caracterização tem vindo a ser fortemente influenciada e condicionada pelas mutações do contexto sócio-demográfico.

Por tudo isto, assume particular importância o quadro legislativo actual nos CSP que contempla a família como alvo dos cuidados de saúde, evidenciando-se o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica. (FIGUEIREDO, 2009)

São vários os documentos nacionais e internacionais que apontam para a necessidade de valorização da família e dos cuidados de saúde familiar, enfatizando a importância dos CSP. Os novos desafios colocados à enfermagem, enquanto profissão, situam a enfermagem de família como eixo estruturante nos processos de promoção, prevenção, tratamento, palição, reabilitação e reinserção direccionados às famílias.

É neste quadro que os enfermeiros se podem afirmar como elementos-chave na concepção de cuidados de maior complexidade, centrados na família como agente de desenvolvimento social e humano. Da mesma forma assumirem a liderança na formulação e aplicação de políticas conducentes ao desenvolvimento da investigação e das práticas em enfermagem de família, que contribuam para a promoção da saúde familiar e subsequentemente da saúde colectiva.

A visita domiciliária constitui-se num momento rico, onde o enfermeiro presta assistência e, acompanha a família, fornece subsídios educativos para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.

Para os enfermeiros decidirem quais as intervenções para dar resposta às necessidades das famílias em cuidados, é necessário que possam identificar, com rigor, tais necessidades, constituindo-se os referenciais teóricos como instrumentos metodológicos no desenvolvimento das práticas. É assim, num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, que julgo emergente o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na família.

Durante as visitas domiciliárias foram sentidas algumas facilidades e por outro lado algumas dificuldades. As facilidades foram a efectiva interacção entre o enfermeiro, a unidade de saúde e a população que favorecem o trabalho; a aproximação com as famílias, que permite um conhecimento mais sólido das condições de saúde da comunidade, da prevalência das doenças, das práticas populares, do conhecimento popular sobre as doenças, permitindo a resolução de muitos problemas in loco, o que promove o descongestionamento das unidades de saúde; a interacção da família com o profissional, que permite uma maior confiança para expor os mais variados problemas, permitindo ao enfermeiro uma imersão sobre a problemática social e de saúde no interior do ambiente familiar; o vínculo entre profissional e família, que permite hierarquizar e atender de forma diferenciada segundo situações de risco individual e ou colectivo; a reflexão junto às famílias sobre os determinantes do processo saúde/doença; o conhecimento das percepções da população sobre temas tais como qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo que avalia a eficácia dos serviços de saúde.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A Visita Domiciliar de enfermagem permite uma intervenção contextualizada com intuito da prestação de cuidados no âmbito do tratamento, reabilitação, prevenção de complicações, promoção de saúde, de forma contínua com objectivo de promover a qualidade de vida. Assim o utente pode permanecer em casa sem perder o seu convívio familiar. Deste modo, é o enfermeiro que se tem de adaptar a um novo utente, a uma nova casa e uma nova família. (JORGE; DANTA, 2003)

A diferença entre o contexto domiciliário e instituição de saúde difere no atendimento e na prestação de cuidados, no sentido em que na instituição de saúde o atendimento é efectuado de forma individualizada, enquanto que em contexto domiciliário a prestação de cuidados é centrada no utente, família e em todo o ambiente que o rodeia. Para tal o enfermeiro deve ter a capacidade de moldar os seus hábitos, crenças e recursos económicos, respondendo às dúvidas, quer do utente quer dos seus familiares ou prestadores de cuidados. (JORGE; DANTA, 2003)

Por outro lado também senti dificuldades tais como o horário de trabalho e vida doméstica das famílias que dificultou a realização de algumas visitas domiciliárias; e por vezes não conseguia reunir toda a família.

Para garantir a qualidade dos cuidados prestados, a assistência de enfermagem é planeada conforme as necessidades da família. A visita domiciliária em períodos regulares possibilita maior contacto com a família, permitindo maior facilidade a existência de evolução clínica. Portanto, torna-se indispensável a cooperação e estabilização de objectivos em concordância com a equipa multidisciplinar.

2. MELHORIA DA QUALIDADE EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Um dos objectivos definidos para o estágio foi iniciar e participar em projectos institucionais na área da qualidade, pelo que tive oportunidade de fazer parte da equipa do Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, tanto como elemento participante como elemento dinamizador do programa. Desenvolvi em conjunto com a equipa de enfermagem da UCSP de Alcanena um Programa de Melhoria Contínua da Qualidade no âmbito da Diabetes.

O enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, e tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais estão responsáveis, considerando as transições normativas que decorrem dos processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os factores de stress familiares que implicam transições e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais tendo por base as seguintes competências:

- I. Cuida da família como unidade de cuidados;
 - II. Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família.
- (REGULAMENTO n.º 126/2011 in DR, 2ª SÉRIE, N.º35 DE 18/2/2011)

A qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, no entanto, o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado ou deixado invisível nos esforços para obter qualidade em saúde. Assim, promover e implementar programas de melhoria contínua da qualidade dos Cuidados de Enfermagem, para a Ordem dos Enfermeiros, revelassem uma acção prioritária.

A participação no Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, sendo um projecto institucional na área da qualidade, foi uma mais-valia quer pessoal, quer profissional, uma vez que proporcionou a reflexão sobre os cuidados pelo confronto com as situações do quotidiano no contexto de acção, orientou a tomada de decisão em enfermagem, deu visibilidade à dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem e permitiu a definição de indicadores. Indicadores estes, que permitem a identificação das principais necessidades de cuidados de enfermagem da população e identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, dão informação útil para a implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade e informação útil capaz de influenciar as decisões políticas em saúde.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Na replicação do programa para a equipa de enfermagem surgiram algumas dificuldades, uma vez que alguns campos do aplicativo SAPE da área da diabetes eram-me desconhecidos, demonstrando alguma incapacidade em ajudar os colegas na construção do programa de melhoria contínua, mas que foi ultrapassado, uma vez que juntamente com a colaboração e empenho de toda a equipa de enfermagem foi possível a construção do mesmo.

Os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a implementação de programas de melhoria contínua, tendo por base os conhecimentos que detêm, a identificação da problemática do alvo de cuidados, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, actuando no melhor interesse da pessoa assistida. Sempre que adequado, devem ser desenvolvidas e consolidadas as intervenções autónomas dos enfermeiros.

As intervenções de enfermagem não são unicamente circunscritas aos conteúdos abordados na formação inicial, sendo a formação contínua um recurso a mobilizar.

É clara e inquestionável a autonomia dos enfermeiros para exercerem a sua actividade profissional, onde se englobam processos de autoavaliação e heteroavaliação. Adicionalmente a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem surge como um dos caminhos de excelência do exercício profissional e de desenvolvimento da profissão.

As competências dos enfermeiros de cuidados gerais, constituem outro documento de referência e naturalmente definem a forma como os enfermeiros exercem a sua profissão.

A partir do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de 2011 surgem com relevância muito esclarecedora as que se inserem do domínio da melhoria da qualidade e particularmente as duas que se seguem: “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica” e “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”. (REGULAMENTO n.º 122/2011 in DR, 2ª SÉRIE, N.º35 DE 18/2/2011)

PARTE II – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

1. CONCEPTUALIZAÇÃO: A RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

Para compreender se a relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e família promove o acesso à visita domiciliária, procedi à análise dos seguintes conceitos: Relações Enfermeiro-paciente (**Nurse-patient relations**), Visita Domiciliária (**Home visit**) e Família (**Family**).

Na prática de enfermagem, verificamos que toda assistência ao indivíduo se processa por meio das relações interpessoais (GATTÁS, 1984).

Inicialmente, o tema parece bastante familiar, no nosso campo de actuação. No entanto, o relacionamento interpessoal merece maior atenção devido à sua complexidade, já que lidamos com relação entre pessoas, cada uma com suas características e personalidades diferentes.

FUREGATO (1999) descreve que o relacionamento enfermeiro-paciente é uma relação entre duas ou mais pessoas, entre o profissional e a pessoa que requer ajuda, que se dá através do processo terapêutico (início, desenvolvimento e final) objectivando a resolução da crise.

Para TRAVELBEE (1982), toda assistência ao paciente-cliente deveria se dar através das interacções entre duas pessoas: uma que precisa de ajuda e outra que proporciona ajuda.” Segundo esta autora “é o enfermeiro que se une ao paciente-cliente para ajudá-lo a revelar e compreender sua experiência e, a partir daí, desenvolver um relacionamento. O relacionamento enfermeiro-paciente é a meta a ser atingida, é função específica da enfermeira, é a interacção planeada com objectivos definidos entre duas pessoas, na qual ambas modificam seu comportamento, construtivamente, com a evolução do processo de relacionamento.

NEUMAN (1995) considera o ser humano como único, com conhecimentos próprios, características pessoais inatas. Refere a importância dos vários factores relacionados com o ambiente, a sua potencial influência enquanto stressores do sistema e a relação entre o ser humano e as diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual. E considera a presença de linhas flexíveis de defesa, cuja energia, tendo em linha de conta as variáveis e a sua relação com os stressores, suporta o equilíbrio e a estabilidade do sistema.

Enquanto níveis de prevenção poderemos evidenciar, em termos específicos, o que cada um focaliza:

Prevenção primária: situa-se na fase de identificação dos stressores que possam causar desequilíbrio ao sistema, sendo portanto ao nível do risco, ou seja, procura prevenir uma possível invasão do exterior, fortalecendo a linha flexível de defesa e diminuindo a possibilidade de reacção. Promove assim alguns objectivos que se coadunam com, o informar, apoiar, motivar, integrar e educar, para que o ser humano possa manter ou atingir o seu bem-estar.

Prevenção secundária: situa-se na fase da monitorização dos stressores, tendo em vista a protecção da estrutura básica, envolvendo já o tratamento, mas mobilizando os recursos do sistema, quer internos, quer externos para a sua estabilização e conservação da energia, fortalecendo as linhas internas de resistência. Promove objectivos que se coadunam com, o monitorizar, otimizar, mobilizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar, para que o ser humano apresente uma menor reacção e ao mesmo tempo aumente os factores de resistência.

Prevenção terciária: situa-se já na fase posterior ao tratamento activo, focalizado na readaptação face à estabilidade do sistema, com um objectivo principal, cujo foco é aumentar a resistência aos stressores, no sentido de prevenir novos episódios de reacções. Este processo é cíclico no sentido da prevenção primária. Promove objectivos que se coadunam com, estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar e reeducar, apoiar, coordenar, integrar e providenciar, para que o ser humano enquanto sistema possa vir futuramente a identificar os stressores e ele próprio criar defesas face aos agentes stressores para se manter em equilíbrio e com nível óptimo de estar (NEUMAN; FREESE, 2004).

NEUMAN (1995), define outros conceitos que se entrecruzam com estes de forma indirecta ou directa, o que implica uma boa visão do modelo, para compreendermos os conceitos que estamos a utilizar, entre eles, surge-nos de imediato o ambiente, considerado como todos os factores internos e externos ou influências ambientais. O cliente pode ser influenciado por forças ambientais positivas ou negativas, em qualquer momento. O ajustamento do sistema pode alterar as respostas do cliente, evidencia por isso o output, o input e o feedback entre o cliente e o ambiente como um círculo natural.

As reformas dos cuidados de saúde a nível mundial direccionaram o seu foco para a comunidade, (SCHOBBER; AFFARA 2001), sendo que o tempo de duração dos internamentos começou a ser menor na maioria dos países e os cuidados retornaram ao domicílio com uma melhor compreensão das relações familiares e dos seus processos de saúde e doença.

Apesar das transformações ocorridas na sociedade, as práticas de cuidados aos indivíduos levam a identificar-nos que ainda hoje a família é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso de integrar as famílias nos cuidados (WRIGHT; LEAHEY, 2002)

Concomitantemente, o facto de me centrar na família, é imperativo ter em conta outros conceitos, uma vez que como o próprio modelo o conceptualiza, ou seja, como um sistema aberto, se depreende, interacções com outros elementos e que fazem parte do modelo; estou a

falar do ambiente, cuja definição também me trouxe contributos para compreender melhor a família em contexto social, cultural e espiritual.

Os sistemas abertos recorrem então a mecanismos negentrópicos visando o equilíbrio homeostático dinâmico, caracterizado pela instabilidade inerente às relações com o meio. Esta adaptação é efectuada através da informação e comunicação que circula, através dos processos de interacção contínua (DIAS, 2001). A interacção, como característica definidora do sistema, é determinada pela configuração de relações entre os seus elementos, qualificando a sua organização (MATURANA; VARELA, 2005) e distinguindo o sistema de um simples aglomerado de elementos, com finalidades próprias e percursos específicos.

A família assim representada é todo e partes ao mesmo tempo, qualquer alteração afectará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar

NEUMAN & FREESE, (2004, p. 340), define “ O ambiente e a pessoa são identificados como os fenómenos básicos do Modelo de Sistemas (...) sendo a relação entre ambiente e pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os factores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o ambiente. Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema...”

Também no que diz respeito ao sistema identificamos uma grande interligação entre os vários componentes do modelo, ou seja, a identificação de um conceito que em termos do estudo realizado, contribui no sentido de se compreender melhor as respostas humanas em relação ao fenómeno, a reconstituição: “é o estado de adaptação aos stressores no ambiente interno e externo (...) estão incluídos factores intrapessoais, interpessoais, extrapessoais e ambientais interligados com as variáveis do sistema do cliente.” (NEUMAN; FREESE, 2004, p. 340)

Outro conceito que emerge no Modelo dos Sistemas – os stressores – cuja influência é uma componente crucial no âmbito dos dois conceitos que temos vindo a considerar nesta pesquisa, face às dimensões que deste possam surgir. Os stressores são os estímulos quer externos, quer internos de ambos os conceitos que exercem, quer positivamente, quer negativamente influência face às decisões, atitudes, comportamentos relacionados com o ser humano, quanto ao ambiente, são predominantemente questões sócio-culturais.

NEUMAN & FREESE (2004, p.338), conceptualiza stressores como “...estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente. Podem ser:

1. Forças intrapessoais que ocorrem no individuo, como as respostas condicionadas.
2. Forças interpessoais que ocorrem entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de função.
3. Forças extrapessoais que ocorrem fora do individuo, como as circunstâncias financeiras...”

Quanto ao conceito de saúde, NEUMAN (1995), define-o como uma harmonia de interacção entre o sistema cliente tendo em vista o bem-estar. Saúde para o cliente no Modelo dos Sistemas, equivale à sua estabilidade, considerado como o melhor estado de saúde para o cliente. Este conceito de saúde, está intimamente relacionado com os outros componentes do modelo, ou seja, a relação dinâmica do cliente com as variáveis, com os stressores inter, intra e extra pessoais e com a capacidade de adaptação face aos agentes stressores.

NEUMAN (1995), considera a saúde como uma manifestação do nível de energia do cliente para preservar e acentuar a integridade do sistema. Esta troca de energia deve ser constante entre o cliente e o ambiente, sendo que estes níveis de energia estão em constante interacção face aos possíveis stressores. Surgem conceitos importantes face ao conceito principal, por se encontrarem directamente implícitos no mesmo, isto é, consoante os níveis de energia disponíveis no sistema, assim serão as respostas do ser humano aos agentes stressores.

Assim referencio o conceito de entropia, cuja direcção do sistema é no sentido da doença, traduzindo-se nas necessidades de energia serem superiores às que o sistema pode disponibilizar. Contrariamente, surge o conceito de negentropia, cuja direcção é o bem-estar, onde os níveis de energia disponíveis ou com possibilidade de ser gerada excedem as necessidades. Considera-a também, como uma condição, em que todas as partes do sistema se encontram em harmonia com o todo, que é o cliente (GEORGE, 1995).

Ainda inerente a este conceito, NEUMAN (1995), aborda-o como bem-estar, cuja definição evidencia a harmonia entre as partes do sistema do cliente, sendo o resultado a satisfação das suas necessidades.

Também relacionando este conceito com a linguagem classificada, a CIPE/ICN, Versão B2 (2003) apresenta-o dentro do eixo da pessoa e da razão para a acção, onde do auto-conhecimento ele emerge. Assim, bem-estar é definido como: "...imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e que se expressa habitualmente demonstrando relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência..." (CIPE/ICN Versão B2, 2003, p.43).

Este conceito de saúde, evidencia uma perspectiva centrada no ser humano, uma vez que o bem-estar, só poderá ser atingido se o próprio integrar estes aspectos e com eles poder fortalecer as linhas flexíveis de defesa, que são parte inerente do sistema.

Esta perspectiva é importante, no sentido de que o ser humano face a um determinado fenómeno, utiliza de forma intrínseca estes aspectos para poder assim responder ou não, aos estímulos que lhe surgem no seu dia-a-dia.

No que diz respeito ao conceito de enfermagem, NEUMAN (1995), define-o como uma profissão única preocupada e em interacção com todas as variáveis que interagem com os clientes no seu ambiente.

Esta perspectiva do processo de cuidados centrada no ser humano, emerge deste conceito enquanto preocupação de uma disciplina, cujo corpo de conhecimentos se constrói a

partir de uma cooperação constante entre a explicitação dos saberes em contexto do trabalho e do ensino.

“...O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades das pessoas, distancia-se do trabalho estandardizado (tarefa), assume essencialmente as características de trabalhador técnico-intelectual. A utilização de um “saber” adaptado à singularidade da situação – problema e das pessoas com quem está em interacção, torna-se na única forma de conhecimento reconhecida e não dependente de outros...” (AMENDOEIRA, 2006).

Segundo o mesmo autor (2006), a contextualização do cuidar ocorre numa perspectiva dialéctica, onde o contexto do processo de cuidados e da academia, são considerados como locais de (re)produção de acordo com os processos derivados dos confrontos dos saberes das várias áreas disciplinares, integrando assim a transversalidade, que emerge como um conceito de extrema importância na formação em saúde.

PAIVA & AMENDOEIRA (2006), evidenciam uma questão central, relacionada com a capacidade de se estabelecer relações interpessoais, valorizando os conhecimentos acerca da pessoa, das suas histórias de vida, das suas vivências, dos seus processos de transição, que vai para além do conhecimento formal, que contribui para o enfermeiro mobilizar, no sentido da humanização face ao cuidado de enfermagem, como uma componente promotora do bem-estar da pessoa.

Neste âmbito, o modelo de NEUMAN (1995) confere uma preocupação pelo todo, numa interacção constante com as partes do mesmo, nomeadamente, porque integra na sua estrutura o conceito de holismo. A importância atribuída a este conceito, confere aquilo que consideramos a articulação do todo ou das partes do todo numa relação constante e dinâmica, cujo objectivo é a harmonia do sistema/cliente.

Neste contexto o contributo dos enfermeiros para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades assenta, naturalmente, numa lógica de colaboração com outros profissionais de saúde e de identificação dos diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação de intervenções, centradas nas respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida.

Com efeito, adquire maior pertinência o foco nas famílias e no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável (HENNESSY; GLADIN, 2006). Mais do que nos fixarmos num constructo estável, importa pensar que o conceito de família pode revestir-se de muitas formas dependendo tanto da história individual como familiar, de vínculos biológicos, estatuto legal e/ou religioso entre outros aspectos. As mudanças económicas, políticas, sociais e culturais a que assistimos dão corpo a diferentes aproximações conceptuais e a uma diversidade de tipos de famílias, mas acima de tudo, permitem ver a família como uma organização com características grupais, condições, compromissos e recursos para se converter num contexto de saúde-doença e agente efectivo de cuidados de saúde das

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

pessoas. Neste sentido os autores clássicos sobre família observam que a família tem funções, uma dinâmica, uma estrutura, um processo de vida e, todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais. (RELVAS, 2004)

A SAÚDE XXI reitera que o conceito de família está relacionado com o de domicílio e é identificado como a unidade básica da sociedade (HENNESSY; GLADIN, 2006). Assim o domicílio abrange um grupo de pessoas que partilham responsabilidades na saúde tornando-se um contexto que potencia as mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde. Ao reconhecer que a família é uma unidade chave na produção de saúde e, conseqüentemente na melhoria da saúde, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis, vem justificar o desenvolvimento do conceito de enfermeiro de família. O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da OMS, no nosso país, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias.

Em síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais. O desenvolvimento da intervenção dos enfermeiros de família integra-se na resposta multiprofissional e multidisciplinar que a saúde, enquanto fenómeno multifacetado e de grande complexidade, exige. Ou seja, o tipo de intervenção, o contexto em que se desenvolve e a organização do trabalho permitirá que os enfermeiros de família, enquanto membros da equipa prestadora de cuidados, se articulem com os restantes recursos existentes e procedam ao encaminhamento para outros profissionais sempre que a situação o exija.

A visita domiciliária permite uma intervenção contextualizada com intuito da prestação de cuidados no âmbito de tratamento, reabilitação, prevenção de complicações, promoção de saúde, de forma contínua com objectivo de promover a qualidade de vida. Assim o utente pode permanecer em casa sem perder o seu convívio familiar, para além de apresentar a vantagem

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

económica da diminuição dos custos. Deste modo, é o enfermeiro que se tem de adaptar a um novo utente, a uma nova casa a uma nova família. (JORGE; DANTA, 2003)

O atendimento domiciliário em conjunto com a arte de cuidar tem em vista os seguintes pontos, avaliar quais os indivíduos que necessitam de apoio domiciliário, planear as intervenções adequadas para os problemas existentes e executar as intervenções de forma a resolver ou aliviar os problemas. Assim será possível a permanência do utente no domicílio e definir a necessidade dos cuidados domiciliários e a sua frequência. (COLLIÈRE, 2003)

Todo este envolvimento do enfermeiro dentro do seio familiar coopera directamente para o contentamento e satisfação do utente. Para que este envolvimento seja sempre positivo a equipa de enfermagem deve dedicar-se para conseguir obter objectivos comuns. Para tal, o enfermeiro deve intervir de forma a não causar danos ao utente e sua família, garantindo sempre a qualidade dos cuidados prestados, não “traíndo” a confiança colocada pelos mesmos, sendo estes factores muito importantes na manutenção de um ambiente saudável entre a equipa de enfermagem e o contexto domiciliário do utente. (JORGE; DANTA, 2003)

Estes aspectos são de crucial importância para perceber se a relação interpessoal estabelecida entre enfermeiro e família promove o acesso à visita domiciliária.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tendo por base o objectivo definido para a elaboração deste relatório, foi formulada uma questão de partida em formato PICO, “A relação interpessoal estabelecida entre enfermeiro e família promove o acesso à visita domiciliária?”, a qual funcionou como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática de literatura. (Quadro I).

Quadro I – Critérios para a formulação da questão de investigação

<u>Participantes</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Comparações</u>	<u>Outcomes</u>
Quem foi estudado?	O que foi feito?	Podem existir ou não?	Resultados/Efeitos ou consequências
Enfermeiro e família	A relação interpessoal		Promover o acesso à visita domiciliária
PALAVRAS-CHAVE:	<ul style="list-style-type: none">• NURSE-PATIENT RELATIONS• HOME VISIT• FAMILY		

Esta pesquisa teve o objectivo de responder à pergunta PICO, elaborada anteriormente, com recurso à revisão sistemática da literatura.

A etapa seguinte baseou-se na pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO (CINAHL+ MEDLINE Plus with Full Text). Foram seleccionados os artigos publicados em Texto Integral (2011/09/08), publicados entre 2005/01/01 e 2011/09/08. A escolha deste filtro cronológico deveu-se ao facto de, após a leitura dos resumos dos artigos com datas anteriores a esta, abordarem preferencialmente a visita domiciliária feita em conjunto com o médico.

Na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, foram verificados os conceitos, sendo descritores validos para esta pesquisa. Assim, foram utilizadas as palavras-chave, com a seguinte sequência: **Nurse-patient relations AND Home visit AND Family**.

Foram definidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de modo a obter os artigos adequados à questão de partida e ao objectivo do estudo.

Como critérios de inclusão foram considerados os artigos centrados na problemática da relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e família, que através da revisão sistemática da literatura, clarificassem o acesso à visita domiciliária. Os critérios de exclusão

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

foram baseados nos artigos com metodologia pouco clara, com data anterior a 2005, pela razão acima exposta, e todos aqueles sem relação com o objecto de estudo. Desta forma, o percurso de pesquisa e selecção dos artigos iniciou-se pela pesquisa individual das palavras-chave, tendo-se posteriormente utilizado o filtro cronológico 2005-2011. De seguida, procedeu-se ao cruzamento dos conceitos da seguinte forma: Nurse-patient relations AND Home visit, Nurse-patient relations AND Family, Home visit AND Family; Home visit AND Nurse-patient relations; Family AND Nurse-patient relations; Family AND Home Visit. Com este cruzamento verificou-se que os artigos obtidos não eram direccionados para a pergunta PICO (ANEXO III). Assim, fez-se a conjugação das palavras-chave: **Nurse-patient relations AND Home visit AND Family**. Através desta pesquisa encontraram-se um total de 6 artigos, aos quais se aplicou novamente o filtro cronológico, tendo-se obtido 4 artigos. Destes, foi eliminado um artigo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Desta forma, foram seleccionados três artigos de acordo com a evidência demonstrada e apreciação crítica. Este processo metodológico encontra-se explicitado em forma de esquema no ANEXO IV. Os artigos seleccionados, que irão servir de base para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, foram submetidos a uma classificação por sete níveis de evidência¹, de forma a ser mais perceptível a metodologia utilizada.

Da análise dos referidos artigos, foram elaborados dois quadros esquemáticos, dos quais consta o estudo, participantes, intervenções, resultados, número do artigo, nível de evidência e tipo de estudo.

Quadro II – Análise do artigo “Family Health Nursing and Empowering Relationships”

Estudo	<i>Family Health Nursing and Empowering Relationships</i>
	<i>Aston et al 2006</i>
Participantes	Enfermeiros de Saúde Pública e Mães
Intervenções	Examinar como empoderamento, como uma ideologia e uma prática de ensino e aprendizagem, foram compreendidas e aplicadas nas entrevistas realizadas com três mães e três enfermeiros de Saúde Pública e explorou-se as diferentes perspectivas realizada pelas mães e enfermeiros durante uma visita domiciliar.
Resultados	Momentos de contradição, conflito, afirmação, de acordo com várias relações de destaque de empoderamento. Escolha individual e o reconhecimento do conhecimento e poder exemplificado como as mães e enfermeiros usaram a sua

¹GUYATT e RENNIE (2002) propoem vários níveis de evidência: Level I: Evidence from a Systematic Reviews or Meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews of RCTs; Level II: Evidence obtained from at least one well-designed RCTs; Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization; Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies; Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies; Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study; Level VII: Evidence from the opinion of authorities and /or reports of expert committees

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

"agência" para posicionar-se em uma relação particular		
Nº de Artigo – 2	Nível de Evidência – V	Tipo de Estudo – Qualitativo

O quadro que se segue é referente à análise do segundo artigo seleccionado.

Quadro III – Análise do artigo “A Naturalistic Test of Peplau’s Theory in Home Visiting”

Estudo	<i>A Naturalistic Test of Peplau’s Theory in Home Visiting</i> <i>Diane B. McNaughton 2005</i>	
Participantes	Enfermeiros de saúde pública e 5 Utentes na situação pré-natal	
Intervenções	As visitas domiciliárias foram observadas e gravadas com início na primeira visita domiciliária pré-natal e no final do período pós-parto. As fitas foram transcritas e analisadas utilizando uma lista de códigos baseada na teoria de Peplau. Mudanças na percentagem de interacção atribuída às fases de relacionamento juntamente com uma avaliação do Formulário de Relação foram comparadas ao longo do tempo para determinar se as relações progrediram como previsto por Peplau	
Resultados	Este estudo examinou o desenvolvimento relacionamento entre os enfermeiros de saúde pública e utentes materno-infantil no contexto da visita domiciliária. A pesquisa foi favorável à teoria de Peplau e fornece uma fundação para o uso futuro da teoria para guiar pesquisas nesta área. Embora a teoria tenha sido familiar para as enfermeiras, com algumas excepções, tem sido subutilizado em pesquisa e merece um estudo em uma variedade de enfermagem configurações. Esta pesquisa fornece suporte para a utilidade da teoria para orientar a pesquisa e a prática de enfermagem em saúde pública.	
Nº de Artigo – 3	Nível de Evidência – V	Tipo de Estudo – Qualitativo

O quadro que se segue é referente à análise do terceiro artigo seleccionado.

Quadro IV – Análise do artigo “Working in partnership in the antenatal period: what do child and family health nurses do?”

Estudo	<i>Working in partnership in the antenatal period: what do child and family health nurses do?</i> <i>Kemp L., 2006</i>
Participantes	5 Enfermeiros de saúde familiar e infantil e 91 mães e suas famílias
Intervenções	As cinco enfermeiras elaboraram uma checklist onde se encontravam detalhadas as intervenções realizadas após cada visita domiciliária. A checklist é composta por 52 intervenções específicas que poderiam ser abordadas durante a visita domiciliária. Análise descritiva foi realizada para descrever a frequência de cada uma das

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

intervenções. Análise factorial foi realizada para o grupo as intervenções em clusters. Análise mais aprofundada foi realizada para determinar se os clusters de intervenções foram associados com a frequência de visitas domiciliárias ou características das mães /famílias.

Resultados

Quatro grupos de intervenção foram identificados: gama completa de cuidados físicos e psicossociais para a maioria das famílias; gestão contínua das necessidades de menor risco para as mães que eram jovens, sem suporte ou tinha um histórico de problemas de saúde mental; cuidados preventivos para mães pela primeira vez; e gestão de altas de mães com comportamentos de risco (drogas e álcool e violência doméstica) em conjunto com outros profissionais.

Os enfermeiros estão a oferecer na visita domiciliária uma série de cuidados físicos e psicossociais para a maioria das mulheres e famílias no período pré-natal, com alguns grupos de mulheres que recebem apoio adicional relacionado com as diferentes necessidades.

Nº de Artigo –

4

Nível de Evidência – V

Tipo de Estudo – Qualitativo

3. ANÁLISE REFLEXIVA

Da análise dos artigos seleccionados denota-se que ao incorporar princípios dos cuidados de saúde primários, os enfermeiros constroem relações terapêuticas com seus clientes através da criação de confiança através de suporte de pontos fortes com os clientes "um diálogo aberto", e o estabelecimento de metas mútuas. Desde os anos 1970 o conceito e a prática de capacitar têm sido apoiados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1978) e incorporado dentro de enfermagem de saúde pública para orientar a prática centrada no cliente práticas de ensino, suporte e aprendizagem (FRIEDMAN, 1998; NEUMAN, 1989).

Numerosos pesquisadores (ASTON, 2002; CHEEK, 2001; DU PLAT-JONES, 1999; FALK- RAFAEL, 2001; KRISTJANSON & CHALMERS, 1990; REUTTER & FORD, 1997) têm observado que os dados são necessários para proporcionar uma profunda compreensão das estratégias de como capacitar os clientes pelos profissionais de saúde. O trabalho de capacitação precisa de ser descoberto para que, como os profissionais e clientes, possam entender como operar as relações, o que irá influenciar as práticas e programas no futuro. Pesquisa por ASTON (2002) suporta esta reivindicação, pois verificou-se que não reconhecem as praticas ensino/aprendizagem dos enfermeiros tradicionais como a problemática em relação à falta de capacitação de um cliente por meio de relações hierárquicas.

A relação que se desenvolveu entre os enfermeiros de Saúde Pública e mães foi dinâmica, profundamente sentida, e rica na sua complexidade. Embora os resultados não sejam generalizáveis, as interações complexas, que foram descobertas neste estudo piloto, foram feitas para serem um ponto de partida para continuar o diálogo entre a prática enfermeiros, clientes, pesquisadores e outros profissionais de saúde. Compreender como as relações de empoderamento entre os enfermeiros de Saúde Pública e as novas mães com o uso de dados baseados em evidências qualitativas podem oferecer uma imagem mais clara das práticas únicas que muitas vezes é invisível.

A promoção de saúde centrada no empoderamento enquanto processo que permite às pessoas um aumento do poder de decisão no que respeita à saúde. Este aumento de poder passa pela mobilização de competências e recursos com vista a tornar as condições sociais mais saudáveis. Ao promotor de saúde compete ajudar a desenvolver estas competências. (LAVERACK, 2008)

KEMP et al (2009) concluíram que foram identificados quatro grupos de intervenção: gama completa de cuidados físicos e psicossociais para a maioria das famílias; gestão contínua das necessidades de menor risco para as mães que eram jovens, sem suporte ou que tinham um histórico de problemas de saúde mental; cuidados preventivos para mães pela primeira vez; e gestão de altas de mães com comportamentos de risco (drogas e álcool e

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

violência doméstica) em conjunto com outros profissionais. Os enfermeiros estão a oferecer na visita domiciliária uma série de cuidados físicos e psicossociais para a maioria das mulheres e famílias no período pré-natal, com alguns grupos de mulheres que recebem apoio adicional relacionado com as diferentes necessidades.

Os relacionamentos enfermeira - cliente são considerados importantes quando se trabalha com vários problemas das famílias, a teoria da relação não tem sido utilizada para intervenções guia em visitas domiciliares. A identificação de um quadro de relacionamento com base em teóricos para guiar visitas domiciliares pode fornecer ferramentas para monitorizar o desenvolvimento de um relacionamento e a resposta dos clientes às intervenções de enfermagem e, finalmente, poderão orientar a quantidade de contactos de enfermagem necessários para satisfazer as necessidades individuais das famílias.

PEPLAU (1952/1991) propôs um quadro que descreveu o trabalho da enfermagem como ocorre no contexto de um relacionamento entre enfermeiro - cliente. PEPLAU acreditava que sua teoria se aplicaria a todas as áreas da prática de enfermagem (FORCHUK, 1995; PEPLAU, 1992). A teoria descreve como desenvolver relações entre enfermeira - cliente ao longo do tempo nas fases interligadas e de sobreposição. As fases da teoria de PEPLAU incluem orientação, identificação, exploração e resolução (PEPLAU, 1952 / 1991). PEPLAU explicou que, como relações de progresso, a enfermeira e o cliente identificaram os problemas para resolver e trabalhar juntos a fim de resolver problemas, e os clientes podem optar por utilizar recursos oferecidos pela enfermeira e podem mudar os comportamentos de saúde. A teoria prevê uma estrutura que pode ajudar a monitorização de clientes dando respostas às intervenções de enfermagem e realização de objectivo (FORCHUK; BROWN, 1989).

Nesse sentido, foi possível identificar que a enfermagem é vista, sobretudo, como uma forma de interagir com o utente e, por meio desta relação, criar uma oportunidade para o crescimento e o amadurecimento pessoal de ambos.

Para um relacionamento interpessoal satisfatório, é necessário que os enfermeiros estejam atentos às suas próprias necessidades e desenvolvam um processo de auto-conhecimento, pois é difícil interagir com o outro sem sermos capazes de compreendermos a nós mesmos.

A assistência domiciliária à saúde vem transpor as práticas institucionalizadas da saúde, visando construir uma nova acção profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, com a sua comunidade e, principalmente, no seu domicílio; passando assim, a considerar o contexto domiciliário das famílias.

Ao invadir esse espaço, o profissional insere-se de forma a desenvolver as suas acções e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo utente; mas observando também os factores sociais (económicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

esclarecimento da família. Assim, cabe ao profissional, no seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas estas questões e actuar com vista à integralidade de suas acções.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação interpessoal entre o enfermeiro e a família, de acordo com os artigos e com as competências desenvolvidas ao longo do estágio, promove a visita domiciliária e aponta no sentido da sua existência. No entanto, considero que existe um longo caminho a percorrer, de forma a otimizar este espaço de partilha, objectivando a organização da avaliação e intervenção, deixando de ser um espaço centrado no utente para passar a ser centrado nas verdadeiras necessidades da família.

Na minha perspectiva, é fundamental controlar o etnocentrismo das práticas de enfermagem, e mais concretamente, no momento das visitas com as famílias. Assim, devemos minimizar a subjectividade influenciada pela cultura de cada enfermeiro, de modo a atingir a excelência do cuidar.

Em período de transição dos cuidados de saúde e nomeadamente a nível dos CSP, surgem os agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), criados através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008. Tendo como missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica, pretende-se ACES com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde: USF, unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES.

Constatai que o indivíduo se mantém como unidade de referência, contudo a transversalidade da família como alvo dos cuidados no contexto dos CSP, leva-me a admitir que, apesar da descontinuidade nas últimas décadas na evolução do sistema de saúde em Portugal, é reconhecida a importância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades. Da mesma forma evidencia-se o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança dos CSP, através da enfermagem de família, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Todas as famílias estão sujeitas a mudanças, ao stress e passa obrigatoriamente por várias crises. As famílias distinguem-se pela capacidade de reestruturação no sentido da evolução e pela flexibilidade em encontrar um equilíbrio dinâmico da abertura e fecho do sistema.

A história da vida da família é uma sucessão de momentos de crise e períodos de transição, assim como momentos de evolução e dificuldades que compõem o ciclo

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

vital da família (RELVAS, 1996). A família nunca pára, a sua história prossegue e o sistema tem que, mudando, encontrar um novo estágio de equilíbrio (ALARCÃO, 2002).

WRIGHT E LEAHEY (2002) salientam a importância da família nos cuidados de saúde e afirmam que a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, considerando os cuidados centrados na família como parte integrante da actuação de enfermagem. Neste sentido, o modelo de Figueiredo, exige que os enfermeiros de família se tornem peritos na avaliação e intervenção junto das famílias. A resolução de problemas, a mudança de atitudes e comportamento e a adopção de novos hábitos de vida é da responsabilidade da enfermeira em colaboração com as famílias. Elas são o objecto de intervenção e actores activos em todo este processo.

O enfermeiro de família é um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias.

O contexto domiciliário deve ser percebido por meio de uma perspectiva abrangente que vai além do espaço físico, que considera este ambiente como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representam carácter particular e interferente mútuo e simultâneo.

O SNS e as práticas actuais de saúde, de entre elas a Enfermagem de Saúde Familiar, visam reorganizar a atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, melhorando a qualidade de vida das mesmas, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estendendo suas acções para e junto da comunidade, o que é viabilizado pelas visitas domiciliárias.

A visita domiciliária permite uma intervenção contextualizada com intuito da prestação de cuidados no âmbito de tratamento, reabilitação, prevenção de complicações, promoção de saúde, de forma contínua com objectivo de promover a qualidade de vida. Assim o utente pode permanecer em casa sem perder o seu convívio familiar.

O atendimento domiciliário na saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, quando o espaço/domicílio das famílias e comunidades passam a ser considerados e, assim, a família e o seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para a Enfermagem de Saúde Familiar. Todavia, o atendimento domiciliário na saúde não deve ser visto como novidade e exclusividade da

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Enfermagem de Saúde Familiar, uma vez que constitui um importante recurso a ser utilizado por qualquer instituição de saúde, desde que se faça necessário.

Na interacção com a família, muitas vezes impomos mais do que negociamos. Por uma comunicação não eficaz, ausência de comunicação, falta de tempo e, por vezes inconscientemente, o discurso que temos para com o outro, conduz à obrigatoriedade e imposição de determinadas tarefas, sem negociação efectiva e sem conhecimento da disponibilidade, capacidades e vontade para a sua realização.

Neste relatório enquadrou-se a pratica clínica desenvolvendo uma atitude reflexiva, com recurso à Prática Baseada na Evidencia, assim como foram fundamentadas as competências desenvolvidas assumindo uma atitude Profissional de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, e com as Competências do Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros e ainda fundamentadas as situações do cuidar com vista a uma prática de mudança que garanta a qualidade, de forma a atingir os objectivos inicialmente propostos.

Dos resultados deste trabalho, surge uma implicação para um futuro estudo no âmbito de compreender se a relação interpessoal entre o enfermeiro e família promove de forma autêntica a visita domiciliária, uma vez que os artigos pesquisados não dão respostas concretas. Todos estes aspectos podem ser mobilizadores enquanto sugestões para futuras pesquisas neste âmbito.

Considero que na realização deste relatório, a experiência da pesquisa torna-se num factor importantíssimo para o meu desenvolvimento. Por conseguinte, tenho plena percepção que a inexperiência se tornou uma limitação, pois as questões teóricas são equacionadas e reflectidas com o desenvolvimento da prática e vice-versa.

Concomitantemente, face à condução das visitas domiciliarias emergiu também esta inexperiência, uma vez que a proximidade entre, o enfermeiro e a família, dificultou por vezes, a produção de informação devido ao facto de exercer a minha actividade profissional no contexto hospitalar.

No entanto, posso sempre olhar para estas dificuldades como uma etapa que já foi ultrapassada, uma vez que o mesmo também me permitiu realizar todo o processo, com o máximo rigor metodológico e ético.

Analisando numa perspectiva mais abrangente, este ensino clínico pelo desafio estabelecido, pela indispensabilidade de empenho conceptual e reflexivo que exigiu tornou-se uma mais-valia para a minha formação enquanto futura enfermeira especialista e também para o meu desenvolvimento pessoal. Melhorei as minhas aptidões comunicacionais, o que me permitiu o desenvolvimento de uma certa perspicácia na abordagem assertiva de alguns aspectos, alarguei a minha visão holística dos cuidados de enfermagem e, aperfeiçoei a abordagem crítico-reflexiva, exigindo assim maior capacidade intelectual. Contudo, considero que exerceu maior impacto a nível pessoal, na construção de uma exigência maior na auto-

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

formação para obter um melhor aperfeiçoamento de competências a todos os níveis, ainda assim considero-me detentora de uma visão mais aprofundada dos cuidados de saúde familiar.

Fica ainda lançado um desafio pessoal para o futuro, o de divulgar resultados e a elaboração de um artigo.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M.(2002). **(Des)equilíbrios familiares**. Quarteto Editora; 2ª edição; Coimbra.

AMENDOEIRA, José. (2006). **Enfermagem, Disciplina do Conhecimento**. Coimbra. Revista Sinais Vitais. Nº 67. p.19-27.

ASTON , M.; MEAGHER-STEWART, D.; SHEPPARD-LEMOINE, D.; VUKIC, A.; CHIRCOP, A. (2006). **Family Health Nursing and Empowering Relationships**. Pediatric Nursing, Vol. 32, nº 1, p. 61-67. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database. [Consult. 2011-09-08]. Disponível em WWW:< URL : <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=15&sid=a6ffc604-9d9a-4b1f-b45a-c01a4f294d35%40sessionmgr115>

CARVALHO TEIXEIRA, J. A. (1996). **Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde**. Análise Psicológica, 14 (1), p.135-139.

CIPE – Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão Beta 2, 2ª Edição, Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa.

COLLIÉRE, M. (2003). **Cuidar... A primeira arte da vida**. Loures, Lusociência.

COSTA, J. (1998). **Visitação Domiciliária - Base para o ensino de enfermagem na comunidade**. Revista de Enfermagem Novas Dimensões.

FIGUEIREDO, M. (2002). **Contributos para a clarificação do conceito de Enfermagem de Família**. Revista Sinais Vitais , 45, p. 31-34.

FIGUEIREDO, M. (2009). **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**. Porto: Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

FIGUEIREDO, M. (2006). **Sistema Familiar e Cuidados de Enfermagem**. Servir, 54, nº 1, p. 11-14.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

FRESE, Barbara T. (2004). **Betty Neuman, Modelo de Sistemas** in: Tomey, Ann Marrier. Alligood, Martha Raile (2004) – Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem, 5ª Edição, Lusociência, Loures.

FUREGATO, M. F. P. (1999). **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto, São Paulo.

GARROTE, Joan M Pérez-Castejón. **La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria**. **Revista Multidisciplinar de Gerontologia** [Em linha] Barcelona, 2005 [Consult. 2011-09-12]. Disponível em WWW:< URL:http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2005_1/g-15-1-005.pdf

GATTÁS, M. L. B. (1984). **Relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente**. Revista Paulista de Enfermagem 4, n.º 2, p.59-61.

GEORGE, Julia B. (1995). **Teorias de Enfermagem. Dos fundamentos à prática profissional**. 4ª Edição, Editora Artes Médicas Sul, Brasil.

GUYATT, G.; RENNIE, D. (2002). **Users guides: essentials of evidence-based clinical practice**. Chicago, IL: American Medical Association.

HANSON, S. (2005). **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**. Camarate, Lusociência.

HELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT (2005). **Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice**. Philadelphia, Williams &Wilkins.

HENNESSY, D.; GLADIN, L. (2006). **The report on the evaluation of the who multi-country family health nurse pilot study**. [Em linha] OMS: Copenhagen [Consult. 2011-09-28]. Disponível em WWW:< URL: <http://www.who.int/en/>

JORGE, S.; DANTA, S. (2003). **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo. Atheneo.

LAVERACK, Glenn (2008). **Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta.

MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto (1994) **A Visita Domiciliária como Instrumento de Assistência De Saúde** [Em linha]; São Paulo; Faculdade de Saúde Pública [Consult. 2011-09-12]. Disponível em WWW:< URL:<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.HTM>

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

MARTINS, M. (2003). **A família, um suporte ao cuidar**. Revista Sinais Vitais, 50, p. 52-56.

MCNAUGHTON, D.B. (2005). **A Naturalistic Test of Peplau's Theory in Home Visiting**. Public Health Nursing, Vol. 22, nº 5, pp. 429—438. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database. [Consult. 2011-09-08]. Disponível em WWW:< URL : <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=15&sid=a6ffc604-9d9a-4b1f-b45a-c01a4f294d35%40sessionmgr115>

NEUMAN, Betty. (1995). **The Neuman Systems Model**. Third Edition. Library of Congress. USA. p.732.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2002). **A Cada Família o seu Enfermeiro**. Lisboa, OE.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2002). **Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS**. Loures, Lusociência.

PAIVA, Ana. (2007). **António Damásio e a «nova Sociologia»**. Brotéria. p.131-154.

PUSCHEL, V. A.; IDE, C. A.; CHAVES, E. C. (2006). **Modelos clínicos e psicossociais de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais**. Revista Escola Enfermagem USP.

REGULAMENTO n.º 122/2011 “DR, 2ª SÉRIE”, N.º35 (2011/02/18) 8648-8653.

REGULAMENTO n.º 126/ 2011 “DR 2ª SÉRIE”, N.º35 (2011/02/18) 8660-8661.

RELVAS, A. (1999). **Conversas com Famílias**. Porto, Edições Afrontamento.

RELVAS, A. (2004). **O ciclo vital da família**. 2ª Edição, Porto, Afrontamento.

RELVAS, A.; ALARCÃO, M. (2002). **Novas formas de família**. Coimbra, Quarteto.

SOUSA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A.. **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da saúde domiciliar** [Em linha]; Revista UFG, vol. 6 [Consult. 2011-09-29]. Disponível em WWW:< URL: <http://www.proec.ufg.br>

TRAVELBEE, J. (1982). **Intervencion en enfermaria psiquiátrica**. Colômbia, Cervejal.

A RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

TOMEY, A., & ALLIGOOD, M. (2004). **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. Lisboa, Lusociência.

WRIGHT, L., & LEAHEY, M. (2002). **Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família**. São Paulo, Roca.

KEMP, L., EISBACHER, L., MCINTYRE, L., O'SULLIVAN, K., TAYLOR, J., CLARK, T., HARRIS, E. (2009). **Working in partnership in the antenatal period: what do child and family health nurses do?** Contemporary Nurse 23 p. 312–320. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database [Consult. 2011-09-08]. Disponível em WWW:< URL : <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19eb87ce-399f-4855-883e-de6b34617fe0%40sessionmgr13&vid=6&hid=25>

ANEXOS

ANEXO I
PROJECTO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR
2º Ano, 1º Semestre

UNIDADE CURRICULAR:
ESTÁGIO E RELATÓRIO



PROJECTO

Joana Pereira

SANTARÉM
DEZEMBRO 2010



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR
2º Ano, 1º Semestre

UNIDADE CURRICULAR:
ESTÁGIO E RELATÓRIO



PROJECTO

ENFERMEIRO COOPERANTE:
Joaquim Pereira

PROFESSORES ORIENTADORES:
Alcinda Reis
Rosário Machado
Ilda Gonçalves

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1 – CARACTERIZAÇÃO DA UCSP DE ALCANENA	5
2 – PROJECTO DE ESTÁGIO	7
3 – CONCLUSÃO	11
BIBLIOGRAFIA	12

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se assistido a uma evolução da enfermagem. As razões desse desenvolvimento têm a ver com vários factores, nomeadamente o desenvolvimento tecnológico, o progresso da medicina com novas formas de diagnóstico e de tratamento, que aumentam a esperança de vida da população, e a exigência das pessoas que acompanham a evolução social. Perante isto, o profissional de saúde tem que dar resposta adequada e rápida a uma sociedade cada vez mais informada sobre o seu processo saúde/doença.

O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

As famílias estão sujeitas a tensões quando os factores de stress afectam as linhas de defesa da família. A reacção da família depende da forma como esses factores afectam a unidade familiar e da capacidade de adaptação que a família tem para manter a estabilidade. A reconstituição ou adaptação é a actividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais.

O foco dos cuidados é as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes sub-sistemas 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.

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar irei realizar um Estágio e Relatório de Enfermagem de Saúde Familiar, o qual decorrerá no período de 29 de Novembro a 16 de Abril de 2010 na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alcanena.

Este estágio tem por finalidade promover o processo de desenvolvimento profissional, enfatizando uma abordagem técnico-científica, humanista e sistémica, em Enfermagem de Saúde Familiar.

De acordo com ENRICONE (1998), o planeamento é um processo de tomada de decisões bem informadas que conduzem à racionalização das actividades, possibilitando

melhores resultados e consequentemente maior produtividade, de modo a atingir os objectivos propostos. Neste sentido, o projecto de estágio é um documento que reflecte o planeamento e se baseia nos objectivos geral e específicos do estágio, competências a desenvolver, necessidades identificadas e contexto de estágio. Este inclui as actividades a realizar, os intervenientes e os momentos em que decorrerão, constituindo assim, um guia orientador para a minha prestação e para a orientação do enfermeiro cooperante. É de realçar que, caso seja pertinente, este projecto de estágio é passível de sofrer alterações.

No âmbito do desenvolvimento da finalidade do estágio e no enquadramento das competências, propõem-se os seguintes objectivos:

Dirigidos ao Estágio:

- Demonstrar competência que promove a capacitação da família, enquanto unidade de cuidados, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Demonstrar competência que permite prestar cuidados aos três níveis, focalizar-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;
- Demonstrar competências no domínio, da melhoria da qualidade, da responsabilidade profissional, ético e legal, da gestão de cuidados, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Dirigidos ao Relatório:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar recursos necessários à acção de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada, inventariando a sua natureza;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da acção/ intervenção de enfermagem.

Tendo por base os objectivos apresentados para este estágio, elaborei um projecto, no qual defini os objectivos para este período e as actividades que irei desenvolver para alcançá-los.

1 - CARACTERIZAÇÃO DA UCSP DE ALCANENA

Na lógica de continuidade de cuidados e de acordo com projecto desenvolvido no estágio anterior, o estágio irá decorrer no mesmo local do estágio anterior. Tendo sido feita quer a caracterização da USCP de Alcanena, quer a integração da organização e funcionamento da unidade, sendo bastante benéfico, pelo facto de estar integrada na Equipa Multiprofissional e na própria Instituição. Um outro aspecto positivo foi o facto de ter contactado com várias famílias no estágio anterior. Assim, achei pertinente manter a caracterização do local de estágio, que se segue.

A vila de Alcanena é sede de um município com 127,33 km² de área e 14588 habitantes (INE, 2009), subdividido em 10 freguesias (Alcanena; Bugalhos; Espinheiro; Louriceira; Malhou; Minde; Moitas Venda; Monsanto; Serra de Santo António; Vila Moreira). O município é limitado a nordeste pelo município de Ourém, a este por Torres Novas, a sul e sudoeste por Santarém e a noroeste por Porto de Mós. O município foi criado em 1914 por desanexação de freguesias de Santarém e Torres Novas.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento. De acordo com o regime agora estabelecido, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. De entre as unidades funcionais consta a Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), à qual compete, à luz do disposto no artigo 10º do DL 28/2008, presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alcanena está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo I - Serra d'Aire e tem sete extensões de saúde associadas: Extensão de Saúde Espinheiro; Extensão de Saúde Louriceira; Extensão de Saúde Minde; Extensão de Saúde Moitas Venda; Extensão de Saúde Monsanto; Extensão de Saúde Serra Santo António; Extensão de Saúde Malhou e tem um total de 17164 utentes inscritos.

A UCSP é constituída por 3 pisos:

1. Serviço de Radiologia; Serviço de Fisioterapia; Serviço de Esterilização;
2. Serviço de Atendimento: 2 Balcões de Atendimento; 1 Balcão de Atendimento Complementar; 1 Balcão de Saúde Pública;
3. Secretaria; Tesouraria; Gabinetes; Sala de Reuniões; Vestiários;

A equipa da UCSP de Alcanena é constituída por 8 Médicos, 12 Enfermeiros, 2 dos quais se encontram em regime laboral de contrato temporário por tempo certo e mais 2 Enfermeiros de prestação de serviços que se encontram divididos nos diferentes módulos da UCSP e nas extensões e 10 Assistentes Operacionais.

OBJECTIVO	ACTIVIDADES	INTERVENIENTES	TEMPO
Planear as actividades a desenvolver ao longo do estágio	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do Projecto de Estágio e Relatório; • Validação do Projecto de Estágio com o Enfermeiro Cooperante e a Professora Alcinda Reis; • Reformulação do Projecto de Estágio. 	Joana Pereira; Enfermeiro Joaquim Pereira e Professora Alcinda Reis	1ª Semana 2ª Semana 3ª Semana
Recolha de Dados e Caracterização das Famílias	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento da recolha de dados nas diferentes fases do ciclo de vida da família; • Desenvolver e aprofundar competências na área dos Cuidados de Saúde Primários; • Manuseamento dos meios de registo presentes na UCSP, obtendo sessões de esclarecimento através do Enfermeiro Cooperante; • Promoção da privacidade, respeito pela individualidade e dignidade da pessoa que necessita dos cuidados; • Entrevistas com famílias; • Avaliar as Famílias através da aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; • Selecção de um grupo de 5 Famílias para prestação de cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas a problemas de saúde reais e potenciais. 	Joana Pereira e Equipa de Enfermagem	Ao longo do Estágio
Planeamento das Intervenções com as Famílias	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de focos e formulação de diagnósticos de enfermagem; • Planeamento de cuidados a prestar à família de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar; • Promover a participação da família de acordo com recursos internos e 	Joana Pereira e Equipa de Enfermagem	Ao longo do Estágio

	<p>externos da família, incentivando os membros da família a explorar possíveis soluções para os problemas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validação com a família das intervenções para os problemas identificados, verificando se estas permitem fortalecer a capacidade funcional da família; • Reconhecer e respeitar a competência da família para tomar decisões, gerir o seu modo de vida e abordar a doença; • Consultar a família quanto às suas opiniões e ideias em relação à gestão dos cuidados de saúde; • Execução dos cuidados planeados; • Avaliação dos cuidados prestados; 		
Desenvolver conhecimentos relativos à formação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em momentos de formação em serviço que tenham um lugar no decorrer do estágio; • Realização de formações que a equipa de enfermagem e eu consideramos pertinente dentro temática da Enfermagem em Saúde Familiar; • Revisão bibliográfica de acordo com as necessidades encontradas, nas mais variadas plataformas de pesquisa e de acordo com as referências já disponibilizadas. 	Joana Pereira e Equipa de Enfermagem	Ao longo do Estágio
Colaborar em projectos da melhoria da qualidade e gestão de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento de quais os projectos de melhoria da qualidade que se encontram a decorrer na UCSP de Alcanena e colaboração nos mesmos; • Utilização de indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem; 	Joana Pereira, Enfermeiro cooperante e Equipa de Enfermagem	Ao longo do Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do Enfermeiro Joaquim nas suas actividades de gestão de recursos humanos e materiais; • Participação na reposição diária de material. 		
Elaboração do Relatório	<ul style="list-style-type: none"> • Enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à metodologia científica; • Revisão bibliográfica de acordo com as necessidades encontradas, nas mais variadas plataformas de pesquisa e de acordo com as referências já disponibilizadas; • Avaliar, registar e divulgar os resultados da acção/intervenção de enfermagem. 	Joana Pereira e Professor Orientador	15ª Semana 16ª Semana 17ª Semana 18ª Semana

3 - CONCLUSÃO

A elaboração do presente Projecto de Estágio constitui-se como um guia de orientação e suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências a que me propus, sendo as mesmas de âmbito pessoal e profissional.

Constituiu-se ainda como uma linha orientadora de extrema importância para alcançar os objectivos propostos, na medida em que possibilita a preparação e estruturação das diversas intervenções. Espero assim, adquirir as competências propostas para esta componente de estágio, desenvolvendo um estágio, que se manifeste muna prestação de cuidados de qualidade, tendo sempre em consideração os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem.

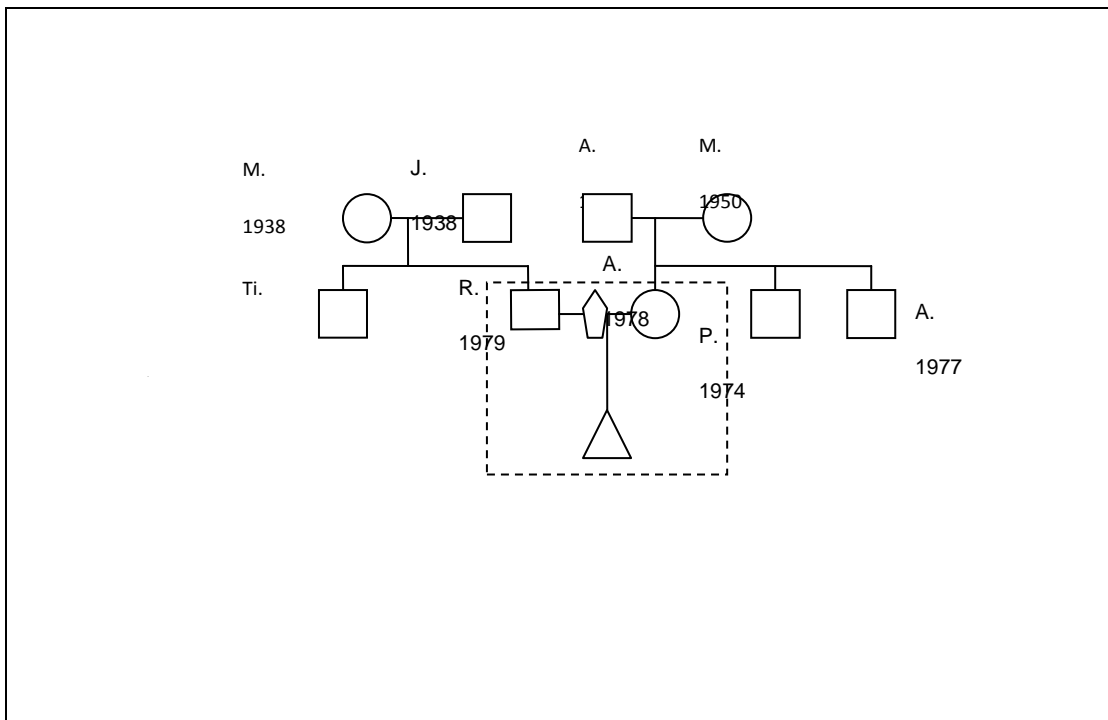
BIBLIOGRAFIA

- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (2010), **Documento orientador de estágio**, Novembro.
- Web site: www.portaldasaude.pt, consultado a 01/12/2010.
- Web site: www.ine.pt, consultado a 01/12/2010.
- Web site: www.ordemenfermeiros.pt, consultado em 11/12/2010.

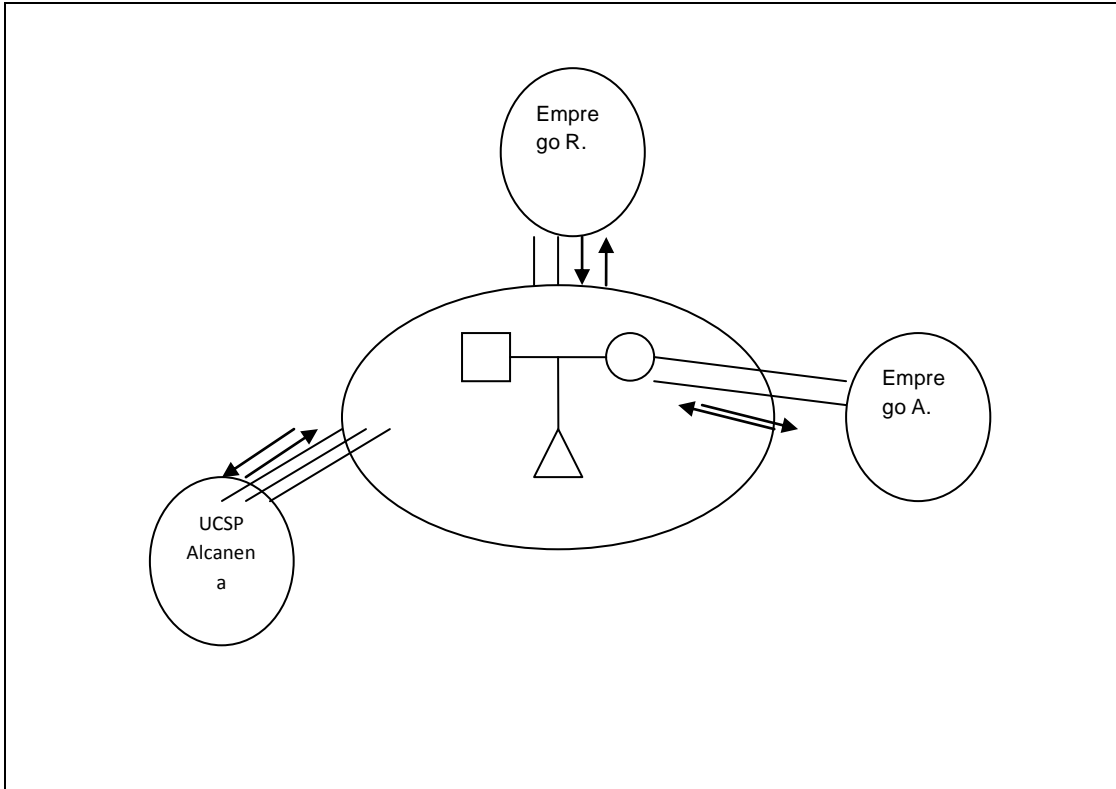
ANEXO II

FAMÍLIA I

GENOGRAMA



ECOMAPA



AVALIAÇÃO FAMILIAR

DIMENSÃO ESTRUTURAL

- Tipo de Família
 - Casal
 - Família nuclear
 - Família reconstruída
 - Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Monoparental liderada pela mulher
 - Coabitação X
 - Família institucional
 - Comuna
 - Unipessoal
 - Alargada
- Família extensa – Tipo de contacto
 - Pessoal X
 - Telefónico X
 - Carta/e-mail
 - Outro
- Família extensa – Intensidade de contacto
 - Diário
 - Semanal X
 - Quinzenal
 - Mensal
 - Outro

Especificar _____

- Família extensa – Função das relações
 - Companhia social X
 - Apoio emocional X
 - Guia cognitivo e conselhos X
 - Regulação social
 - Ajuda material e de serviço
 - Acesso a novos contactos
- Classe Social: II Classe Média Alta
- Edifício residencial
 - Barreiras arquitectónicas SIM _ NÃO X
Se SIM, quais: _____
 - Aquecimento SIM X NÃO _
 - Tipo de aquecimento
 - Central X
 - Aquecedor a gás
 - Aquecedor eléctrico
 - Lareira
 - Cobertor eléctrico
 - Abastecimento de gás SIM X NÃO _
 - Tipo de abastecimento de gás
 - Gás canalizado
 - Gás de botija X
 - Higiene da habitação SIM X NÃO _
- Sistema de abastecimento
 - Abastecimento de água

- Não tem
- Rede pública X
- Rede privada (furo/ poço)
- Rede mista
- Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM _ NÃO X
 - Controle da qualidade da água SIM X NÃO _
- Serviço de tratamento de resíduos
 - Rede pública X
 - Fossa séptica
 - Não tem
- Ambiente Biológico
 - Animal doméstico SIM _ NÃO X
 - Se sim qual ou quais: _____
 - Vacinação SIM _ NÃO _
 - Desparasitação SIM _ NÃO _

DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

- Etapa do Ciclo Vital Familiar
 1. Formação do casal X
 2. Família com filhos pequenos
 3. Família com filhos na escola
 4. Família com filhos adolescentes
 5. Família com filhos adultos

Tarefas de desenvolvimento

Satisfação Conjugal

- Relação Dinâmica
 - Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas
Identificação do cônjuge
SIM X NÃO _
SIM X NÃO _
Se Não especificar _____
 - Satisfação do casal com o tempo que estão juntos
Identificação do cônjuge
SIM X NÃO _
SIM X NÃO _
Se Não especificar _____
 - Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos
Identificação do cônjuge
SIM X NÃO _
SIM X NÃO _
Se Não especificar _____
- Comunicação
 - O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um SIM X NÃO _
 - O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião SIM X NÃO _
 - Satisfação com o padrão de comunicação do casal
Identificação do cônjuge
SIM X NÃO _
SIM X NÃO _
Se Não especificar _____
- Interação Sexual
 - Satisfação do casal com o padrão de sexualidade

Identificação do cônjuge

SIM NÃO

SIM NÃO

Se Não especificar _____

- o Conhecimento do casal sobre sexualidade SIM NÃO

Identificação do cônjuge

SIM NÃO

SIM NÃO

▪ Função Sexual

- o Disfunções sexuais

		<i>Identificação do cônjuge</i>
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	

- o Tipo de disfunção

Perturbação do desejo sexual _ especificar _____

Disfunção erétil _

Disfunção da ejaculação _ especificar _____

Perturbações do orgasmo _

Dispareunia _

Vaginismo _

- o Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais

SIM NÃO

Adaptação à gravidez

▪ Conhecimento

- o Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez SIM
- o Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade SIM
- o Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez SIM
- o Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez SIM
- o Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital SIM
- o Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez SIM
- o Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto SIM
- o Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal SIM
- o Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puerpério SIM
- o Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido SIM
- o Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebê SIM
- o Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido SIM
- o Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido SIM

▪ Comunicação

- o O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez SIM
- o O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade SIM
- o Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais SIM

▪ Comportamentos de adesão

- o A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia SIM
- o O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto SIM
- o O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebê SIM

DIMENSÃO FUNCIONAL - INSTRUMENTAL

- Membro da família dependente SIM NÃO

DIMENSÃO FUNCIONAL – EXPRESSIVA

- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

➤ **Comunicação Familiar**

▪ **Comunicação Emocional**

- Quem na família expressa mais os sentimentos A.
- Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da SIM
- Se NÃO, especificar _____
- Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros SIM
- Se NÃO, especificar _____
 - Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família

FAVORÁVEL

Se NÃO Favorável, especificar _____

○ **Comunicação Verbal/ Não verbal**

- Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. SIM
- Se NÃO, especificar _____
- Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros SIM
- Se NÃO, especificar _____

○ **Comunicação Circular**

- Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família SIM
- Se NÃO, especificar _____

- Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa FAVORÁVEL
- Se NÃO FAVORÁVEL especificar _____

➤ **Coping Familiar**

○ **Solução de Problemas**

- Quem na família habitualmente identifica os problemas Casal
- Quem tem a iniciativa para os resolver Casal
- Existe discussão sobre os problemas na família SIM
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas SIM
- Se NÃO, especificar _____
- A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas NÃO
 - Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas SIM
 - Se NÃO, especificar _____

➤ **Papéis Familiares**

○ **Interacção de Papéis**

- Papel provedor
- Quem desempenha Rui
- Consenso do Papel SIM X NÃO _
- Se NÃO, especificar _____

Conflitos de papel SIM NÃO X

Se SIM especificar _____

Saturação do papel SIM NÃO X

Se SIM, especificar _____

- Papel gestão financeira
- Quem desempenha Casal
- Consenso do Papel SIM X NÃO _
- Se NÃO, especificar _____

Conflitos de papel SIM NÃO X

Se SIM especificar

Saturação do papel SIM_ NÃO X
Se SIM, especificar

○ Papel Cuidado Doméstico
Quem desempenha Ana Teresa
Consenso do Papel SIM X NÃO_
Se NÃO, especificar

Conflitos de papel SIM_ NÃO X
Se SIM especificar

Saturação do papel SIM_ NÃO X
Se SIM, especificar

○ Papel Recreativo
Quem desempenha Casal
Consenso do Papel SIM X NÃO_
Se NÃO, especificar

Conflitos de papel SIM_ NÃO X
Se SIM especificar

Saturação do papel SIM_ NÃO X
Se SIM, especificar

○ Papel de Parente
Quem desempenha Casal
Consenso do Papel SIM X NÃO_
Se NÃO, especificar

Conflitos de papel SIM_ NÃO X
Se SIM especificar

Saturação do papel SIM_ NÃO X
Se SIM, especificar

▪ **Crenças**

- Crenças familiares
 - religiosas Católica
 - espirituais Não
 - valores Não
 - culturais Não
 - Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde SIM

➤ **Relação Dinâmica**

- **Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe:**
Menor probabilidade de incidência doenças
 - **Influência e Poder**
 - Membro com maior poder na família Casal
 - Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros SIM
- Se NÃO, especificar

-
- **Alianças e Uniões**
 - Existem na família alianças entre alguns dos seus membros SIM
Se Sim especificar (quem e que tipo de alianças) Casal
 - Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união SIM
- Se NÃO, especificar
-

▪ **Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)**

Coesão
Desmembrada _
Separada _
Ligada _
Muito ligada X
Adaptabilidade
Rígida _
Estruturada _
Flexível _
Muito Flexível X
Tipo de Família
Muito equilibrada X
Equilibrada _
Meio-termo _
Extrema

▪ **Funcionalidade da Família – percepção dos membros**

Apgar Familiar de Smilkstein

Membro A. Resultado
Família altamente funcional _
Família com moderada disfunção X
Família com disfunção acentuada _
Membro R. Resultado
Família altamente funcional _
Família com moderada disfunção X
Família com disfunção acentuada _

APGAR A.	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X	
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.		X	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL	6		

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
R. 1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X	
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.		X	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL	6		

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40 X
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30 X
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25 X
29	Alteração dos hábitos pessoais	24 X
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20 X
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		139

FACES II

Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.				X	
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.				X	
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.			X		
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	X				
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.			X		
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.		X			
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família				X	
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.				X	
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				X	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	X				
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.				X	
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.				X	
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.		X			
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			X		
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.			X		
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade				X	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros				X	
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.		X			
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	X				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					X
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					X
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	X				
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.			X		

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ___/___/___
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ___/___/___
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ___/___/___
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Portador: Sub-sistema Parental			
Foco: Adaptação à gravidez			
Início: 17/01/2011	<p>Actividades de diagnóstico:</p> <p>Avaliar conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez ○ Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade ○ Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez ○ Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez ○ Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital ○ Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez ○ Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto ○ Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal ○ Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puérperio ○ Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido ○ Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé ○ Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido ○ Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido <p>Avaliar comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez ○ O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade ○ Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais 	<p>Resultados obtidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez SIM ○ Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade SIM ○ Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez SIM ○ Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez SIM ○ Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital SIM ○ Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez SIM ○ Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto SIM ○ Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal SIM ○ Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puérperio SIM ○ Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido SIM ○ Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé SIM ○ Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido SIM ○ Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido SIM <p>Avaliar comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez SIM ○ O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade SIM ○ Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais SIM 	Fim: 17/01/2011

	<p>Avaliar comportamentos de adesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia ○ O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto ○ O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé 	<p>Avaliar comportamentos de adesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia SIM ○ O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto SIM ○ O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé SIM 	
<p>Dados relevantes:</p> <p>19/01/2011: A Sr. Ana esteve presente na aula do curso da preparação para o parto.</p> <p>21/01/2011: A Sr. Ana esteve presente na aula do curso da preparação para o parto.</p> <p>24/01/2011: A Sr. Ana esteve presente na aula do curso da preparação para o parto.</p> <p>26/01/2011: A Sr. Ana esteve presente na aula do curso da preparação para o parto.</p> <p>28/01/2011: A Sr. Ana esteve presente na aula do curso da preparação para o parto.</p>			

Portador: Sub-sistema Parental			
Foco: Papel Parental			
Início: 04/02/2011	<p>Actividades de diagnóstico:</p> <p>Avaliar conhecimento do papel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical ○ Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical ○ Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno ○ Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno ○ Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial ○ Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial ○ Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido ○ Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido ○ Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica ○ Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r.n. ○ Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r.n. ○ Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido ○ Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n. ○ Conhecimento dos pais vigilância de saúde ○ Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido ○ Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido ○ Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação 	<p>Resultados obtidos</p> <p>Avaliar conhecimento do papel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical SIM ○ Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical SIM ○ Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno NÃO ○ Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno NÃO ○ Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial SIM ○ Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial SIM ○ Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido NÃO ○ Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido SIM ○ Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica NÃO ○ Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r.n. SIM ○ Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r.n. SIM ○ Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido SIM ○ Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n. SIM ○ Conhecimento dos pais vigilância de saúde SIM ○ Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido SIM ○ Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido SIM ○ Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação SIM 	Fim: 04/02/2011

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança ○ Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança ○ Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança ○ Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes ○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil ○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social <p>Avaliar comportamentos de adesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança ○ Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança ○ Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança ○ Os pais promovem uma higiene adequada à criança ○ Os pais definem regras entre os sub-sistemas ○ Os pais interagem positivamente com a criança 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança SIM ○ Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança SIM ○ Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança SIM ○ Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes SIM ○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil SIM ○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social SIM <p>Avaliar comportamentos de adesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança SIM ○ Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança SIM ○ Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança NÃO ○ Os pais promovem uma higiene adequada à criança SIM ○ Os pais definem regras entre os sub-sistemas SIM ○ Os pais interagem positivamente com a criança SIM 	
07/02/2011	Avaliar saturação, consenso e conflito de papel	<ul style="list-style-type: none"> ○ Saturação NÃO ○ Conflito NÃO ○ Consenso SIM 	
<p>Dados relevantes:</p> <p>Pais desconhecem causas e tipos de choro do recém-nascido</p> <p>Pais desconhecem vantagens e periodicidade de aleitamento materno</p> <p>Pais desconhecem técnica aleitamento materno</p> <p>Pais desconhecem perda de peso fisiológica e momento de recuperação do peso do recém-nascido</p>			

<p>Data de diagnóstico: 07/02/2011</p>	<p>Diagnóstico</p> <p>Papel Parental não adequado</p> <p><i>(tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente.)</i> (ICN, 2003)</p>			<p>Data término de diagnóstico: 07/02/2011</p>
<p>Objectivos/ resultados esperados:</p> <p>Que pais reconheçam o choro como único meio de comunicação do bebe. Que os pais reconheçam os diferentes tipos de choro e suas causas. Que os pais tenham conhecimento sobre aleitamento materno. Que os pais desenvolvam habilidades de aleitamento materno. Que os tenham conhecimento sobre perda fisiológica de peso e momento em que começa a recuperação do mesmo.</p>				
Início	Intervenções de Enfermagem	Actividades que concretizam a Intervenção	Fundamentação	Fim
07/02/2011	Ensinar sobre o choro do recém-nascido	Dar a conhecer que o choro do recém-nascido é a principal forma deste se expressar e que pode ter múltiplos significados.	“O choro constitui o único meio de comunicação da criança, nos primeiros meses de vida (...) as causas mais comuns do choro são: fome, despir, temperatura inadequada, desconforto (pode ser provocado pela fralda suja ou roupa muito apertada, ou áspera), solidao (o bebé pode querer apenas um pouco de carinho, ou sentir-se aborrecido por estar muito tempo acordado e só), medo, cansaço e dores (frequentemente cólicas)”. (JOHNSTON P., 1994)	07/02/2011
07/02/2011	Ensinar sobre aleitamento materno	Dar a conhecer a periodicidade e as vantagens do aleitamento	O aleitamento materno tem vantagens para a mãe e para o bebé: previne infecções	07/02/2011

07/02/2011	Ensinar a técnica de aleitamento materno	<p>materno.</p> <p>Dar a conhecer a técnica e ambiente adequado para aleitamento materno.</p>	<p>gastrointestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protector sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca; faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. A longo prazo, podemos referir também a importância do aleitamento materno na prevenção da diabetes e linfomas. No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita a involução uterina mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros. Sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar.</p> <p>Para além de todas estas vantagens, o leite materno constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez. (LEVY L., BARTOLO H., 2000)</p> <p>A mãe deve estar confortável e relaxada, todo o corpo do bebé deve estar encostado ao da mãe e de frente para ela, o rosto do bebé deve estar de frente para o seio, com o nariz diante do mamilo. Se o bebé é um recém-nascido, a mãe deve apoiar não apenas a cabeça e ombros, mas também as suas nádegas; a mãe deve segurar no peito escolhido para amamentar, colocando os dedos em pinça, com o indicador a apoiar a base da mama e o polegar a pressionar levemente o topo</p>	07/02/2011
------------	--	---	---	------------

07/02/2011	Ensinar sobre a perda fisiológica de peso do recém-nascido	Dar a conhecer a diminuição de peso nos primeiros dias de vida e a sua relação com a adaptação à vida extra uterina.	<p>do seio. Desta forma o mamilo fica proeminente, e mais fácil de o bebé pegar bem no peito. Os dedos da mãe não devem estar próximos do mamilo; de seguida, tocar com o mamilo nos lábios (reflexo de busca e apreensão), e o bebé abre a boca e coloca a língua para fora e para baixo; esperar até o bebé abrir bem a boca, para leva-lo rapidamente à mama, de forma que ele fique com o lábio inferior virado para fora e com o queixo encostado ao seio, abocanhando bem o peito; A maior parte da auréola mamária deve aparecer acima do lábio superior do bebé e a menor parte por debaixo do lábio inferior. (LEVY L., BARTOLO H., 2000)</p> <p>Nos primeiros dias de vida, devido à adaptação ao meio extra-uterina o recém-nascido pode perder até 10% do seu peso corporal à nascença. Por volta do 10º dia de vida esse peso é recuperado. (JOHNSTON P., 1994)</p>	07/02/2011
07/02/2011	<p>Resultados obtidos</p> <p>Os pais demonstraram conhecimento sobre choro do recém-nascido;</p> <p>Os pais demonstraram conhecimento sobre causas do choro do recém-nascido;</p> <p>Os pais demonstraram conhecimento sobre as vantagens e periodicidade do aleitamento materno;</p> <p>Os demonstraram habilidades de aleitamento materno;</p> <p>Os pais demonstraram conhecimento sobre a perda fisiológica do recém-nascido.</p>			

Portador: Sr.ª A.			
Foco: Ferida cirúrgica			
Início: 07/02/2011	Actividades de diagnóstico: Descrever ferida cirúrgica Avaliar conhecimentos sobre os cuidados com a ferida Avaliar conhecimentos sobre complicação da ferida cirúrgica	Resultados obtidos: Ferida cirúrgica na região abdominal inferior horizontalmente com comprimento de 15 cm, bordos aproximados e sem sinais de infecção; Demonstra conhecimento sobre cuidados com a ferida; Demonstra conhecimento sobre complicações da ferida cirúrgica.	Fim: 10/02/2011
Dados relevantes:			
Parto por cesariana a 31/01/2011			
Data de diagnóstico: 07/02/2011	Diagnóstico Ferida cirúrgica na região abdominal inferior <i>"Ferida com características específicas: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espwra que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus"</i> (ICN, 2005)		Data término de diagnóstico: 07/02/2011
Objectivos/ resultados esperados: Que a ferida cirúrgica mantenha bordos aproximados; Que a ferida cirúrgica não apresente sinais de infecção; Que o processo cicatricial evolua de forma favorável.			

Início	Intervenções de Enfermagem	Actividades que concretizam a Intervenção	Fundamentação	Fim
07/02/2011	Vigiar penso	Observar possíveis vestígios de exsudado e aderência do material oclusivo.	O penso de ferida para além de constituir medida de isolamento da ferida relativamente ao meio e propicia meio óptimo de cicatrização, funciona também como um “marcador cronológico”, desde o último tratamento instituído. Assim qualquer elemento fora do normal no penso será de registo (quantidade anormal de sangue, excesso de pus). Pode também ajudar a determinar a rapidez da evolução da ferida (GOGIA P., 2003)	10/02/2011
07/02/2011	Vigiar ferida cirúrgica	Observar tecidos presentes, presença de sinais inflamatórios ou de infecção, pele circundante e processo evolutivo da ferida.	<p>A condição do tecido adjacente à ferida é avaliada e comparada com o lado oposto do corpo. A observação das condições da pele peri-ferida pode fornecer pistas sobre se os cuidados de enfermagem prestados são suficientes para prevenir a pressão e consequente isquemia. (GOGIA, 2003)</p> <p>Em casos de infecção pode surgir odor. Este resulta a libertação de subprodutos para o meio como resultado do metabolismo bacteriano. Por vezes, de acordo com o odor libertado pelas feridas é possível determinar o agente infeccioso presente. (GOGIA, 2003)</p> <p>A quantidade de exsudado é um excelente indicador para determinar a extensão e magnitude de infecção. Ela exprime a quantidade de recursos mobilizados para debelar a infecção. (GOGIA, 2003)</p> <p>A dor, o rubor, o calor e tumefacção são os sinais inflamatórios que o profissional tem de estar muito atento no tratamento de feridas. (GOGIA, 2003)</p>	10/02/2011

07/02/2011	Executar tratamento à ferida cirúrgica (lavagem com SF + penso oclusivo, SOS)	Por procedimento	<p>A presença de pus numa ferida, constitui um sinal de infecção. (GOGIA, 2003)</p> <p>As soluções mais utilizadas nos tratamentos de feridas são: soro fisiológico para a limpeza e como emoliente; soluções anti-sépticas como polvidine tópico ou tintura a 10% (PVPI – Polivinil Pirrolidona) ou cloro-hexidine a 4%; álcool iodado com acção secante e cicatrizante e éter que remove a camada gordurosa da pele, sendo útil na retirada de esparadrapos e outros adesivos FERNANDES, 2005)</p> <p>Contudo, o soro fisiológico está provado ser o soluto de eleição para a limpeza da ferida. Os desinfectantes, para actuarem, necessitam de estar em contacto com a ferida muito mais tempo do que a aplicação externa o permite. A aplicação destes não permite a sua actuação nas camadas mais profundas onde existirão esses microrganismos causadores da infecção. É portanto mais que evidente para além de não se encontrar vantagem na utilização de desinfectantes estes ainda atrasam a cicatrização. Por isso uma limpeza com soro fisiológico adequada é o suficiente para manter a ferida livre de infecção.</p> <p>A força mecânica da irrigação remove os detritos do leito da ferida, ao contrário da compressa que apenas arrasta de um local para outro para além do risco de provocar lesões nos tecidos jovens. (EZEQUIEL & VICENTE, 2004)</p>	10/02/2011
------------	---	------------------	--	------------

07/02/2011	Remover o material de sutura		“Os pontos na superfície da pele devem se manter durante cinco a dez dias, dependendo da espessura da camada gorda e do fornecimento de sangue à pele. Como regra, os pontos na cabeça devem permanecer durante cinco dias, enquanto que pontos noutras zonas devem permanecer dez dias. A duração deste tempo, pode ser decidido em colaboração com o médico” (REIS, 1997)	10/02/2011
10/02/2011	Avaliação dos resultados: Ferida cirúrgica mantém os bordos aproximados, não apresenta sinais de inflamação/ infecção mantendo evolução favorável do processo cicatricial.			

Portador: L.			
Foco: Desenvolvimento Infantil			
Início: 04/02/2011	Actividades de diagnóstico: Vigiar desenvolvimento físico	Resultados obtidos Monitorizar peso corporal: Nascimento: 3000g 04/02/2011: 2650g 07/02/2011: 2680g 14/02/2011: 2680g 16/02/2011: 2720g 21/02/2011: 2880g 26/02/2011: 2960g 03/03/2011: 3140g	Fundamentação: Ao nascimento, o peso do recém-nascido é mais variável que a sua altura, este facto é principalmente relativo ao ambiente intra-uterino. Em medida o neonato pesa entre 3175g e 3400g. (WHALEY E WONG, 1989) O neonato tem em medida cerca de 50cm de comprimento e pesa aproximadamente 3,4kg. Ao nascer, 95% dos bebés de termo completo pesa entre 2,5 e 4,5 kg e têm entre 45 e 55 cm de comprimento. Nos primeiros dias perdem até 10% do seu peso, basicamente por causa da perda de líquidos. Estes voltam a ganhar peso por volta do 5º dia, normalmente entre o 10º e 15º já recuperaram o seu peso à nascença (PAPAIA, OLDS E FELDMAN, 2006)
04/02/2011		Monitorizar comprimento: Nascimento: 47cm 26/02/2011: 50 cm	
04/02/2011		Monitorizar perímetro cefálico: Nascimento:	

04/02/2011		26/02/2011: 36,1 cm	eutócico em que há acomodação óssea durante o parto. (Johnston P., 1994) O perímetro cefálico deve ser avaliado em crianças até 36 meses de idade e em qualquer criança em que haja suspeita de crânio cefálico desapropriado. (WHALEY E WONG, 1989)
04/02/2011		Vigiar fontanela anterior e posterior: 04/02/2011: nomotensas	O crânio deve ser palpado identificando-se todas as suturas e fontanelas, observando-se o tamanho, a modelagem ou o encerramento anormal (WHALEY E WONG, 1989). A fontanela posterior tem forma triangular e mede cerca de 0,5 a 1 cm à nascença, encerrando por volta dos 3 meses, a anterior tem a forma losangular, mede cerca 2,5 a 5 cm e encerra por volta dos 18 meses (JOHNSTON P., 1994).
04/02/2011		Vigiar risco de displasia da anca: 04/02/2011: DDA negativo	A manobra de Ortolani-Barlow consiste na flexão das pernas nas ancas e joelhos seguidas de abdução normal é de 175°. Durante este processo deve haver simetria na movimentação. As manobras devem ser realizadas com o recém-nascido relaxado e de preferência numa superfície dura. (JOHNSTON P., 1994)
04/02/2011	Vigiar desenvolvimento psicosssexual	Vigiar padrões de sono: 04/02/2011: dorme +/- 18h por dia	“ (...) os recém-nascidos dormem em media 16h por dia, mas um bebe pode dormir apenas 11h enquanto outro dorme 21.” (PAPAIA, OLDS E FELDMAM, 2006)
04/02/2011	Vigiar desenvolvimento cognitivo	Vigiar reflexo de sucção e deglutição – estágio oral de Freud 04/02/2011: reflexos presentes	Na fase de lactente o principal mecanismo de procura de prazer converge paraas actividades orais, como a sucção, a mastigação e vocalização. Dependendo das crianças pode haver predominancia de uma das actividades, o que fornece alguma indicação da personalidade da mesma. (WHALEY E WONG, 1989)

ANEXO III
CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE

CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE

CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE	NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA PLATAFORMA EBSCO: CINAHL SEM FILTRO CRONOLÓGICO	NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA PLATAFORMA EBSCO: CINAHL COM FILTRO CRONOLÓGICO 2005-2011
NURSE PATIENT RELATIONS AND HOME VISIT	41 artigos	8 artigos
NURSE PATIENT RELATIONS AND FAMILY	4350 artigos	704 artigos
FAMILY AND HOME VISIT	414 artigos	58 artigos
HOMEVISIT AND NURSE PATIENT RELATIONS	41 artigos	8 artigos
FAMILY AND NURSE PATIENT RELATIONS	4350 artigos	704 artigos
HOME VISIT AND FAMILY	418 artigos	58 artigos

ANEXO IV
PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DOS
ARTIGOS

PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DOS ARTIGOS

