



ENFERMEIRO PROMOTOR DA ADAPTAÇÃO DA FAMÍLIA COM IDOSO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA

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

Ângela Almeida de Sousa

Orientadora:

Mestre Alcinda Reis

Co-orientadora:

Doutora Maria João Esparteiro

2012 OUTUBRO

“O Cuidador seja ele familiar ou profissional contratado,
é peça fundamental na difícil tarefa de proporcionar
um envelhecimento mais saudável e com menor comprometimento funcional.”

“Zulmira Venoso”

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos profissionais de Saúde da Unidade de Saúde Familiar Almeida Garrett por todo o apoio que me facultaram ao longo desta caminhada e pela dedicação e disponibilidade demonstrada.

Agradecer também à professora Alcinda Reis que se mostrou sempre disponível e cooperativa com os diversos momentos conturbados com que me deparei nesta caminhada e com toda a elaboração do presente relatório.

E por fim, mas de extrema importância gostaria de agradecer e dedicar todos estes momentos vividos para conseguir chegar até aqui ao meu marido que sempre me apoiou e acima de tudo incentivou a continuar a caminhar no sentido do sucesso.

RESUMO

A família é uma unidade complexa, dinâmica, com forte influência nos comportamentos de saúde. A necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as necessidades da família, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem, urge com o intuito de melhorar o processo de cuidados à pessoa e à sua família. Por todas as particularidades inerentes ao envelhecimento, etapa do ciclo vital, é pertinente conhecer as intervenções do enfermeiro que promovam a adaptação da família do idoso em situação de doença crônica.

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura na base de dados EBSCO, com o intuito de refletir e analisar criticamente as intervenções realizadas com as famílias em contexto da prática. Formulou-se uma pergunta em formato PICO, selecionando-se três artigos que iam de encontro à temática da adaptação da família com idoso em situação de doença crônica, emergente do contexto de estágio.

Da revisão da literatura, emerge o desafio da enfermagem que é o cuidar envolvendo não só as necessidades individuais da pessoa idosa mas também as da sua família como um todo. Numa posição privilegiada, o enfermeiro deve manter uma perspectiva holística e de interação, reconhecendo não só a família como parceira no cuidar, mas também como alvo dos seus cuidados.

Atualmente, existe uma tendência cada vez maior para se transferir o cuidar para o domicílio responsabilizando assim as famílias, assumindo esta um papel crucial, maioritariamente desenvolvido por mulheres, verificando-se que, em muitas ocasiões, essa transferência não é acompanhada com a devida avaliação quanto às condições dos familiares para que o acolhimento da pessoa dependente seja feito sem qualquer tipo de risco. Alguns estudos destacam a importância das unidades hospitalares e outras a nível comunitário se organizarem no sentido de planejar melhor a transferência da pessoa para o domicílio e para o desenvolvimento de programas de formação para cuidadores em diversas áreas possibilitando

o desenvolvimento de competências na família, capacitando-a para a autonomia e desenvolvimento de habilidades em situação de dependência de um dos membros da família.

A prática de enfermagem deve ter em conta a família como alvo de cuidados e ajudá-la a desenvolver competências, autonomia e envolvimento no processo de cuidados.

Palavras – Chave: Enfermagem familiar, Doença crónica e Adaptação.

ABSTRACT

The family unit is complex, and dynamic, with strong influence on health behaviors. The need to increase knowledge about the needs of the family as the target of nursing care, is urgent in order to improve the process of care to the person and his family. For all the peculiarities inherent in the aging stage of the life cycle, it is pertinent to know the nursing interventions that promote the adaptation of the elder in the family situation of chronic disease.

A systematic literature review was made in EBSCO data base, with the meaning of critically analyze and reflect the interventions held with the families in context of practice. Selecting three articles that went against the theme of the family adaptation with an elder in chronic disease, emergent of the internship context, a question in PICO format was made.

From this literature review, the challenge of nursing care involving not only the individual needs of the elder but also those of his family as a whole has emerged. In a privileged position, the nurse must maintain a holistic perspective and interaction, recognizing not only the family as a partner in care, but also a target of care.

There is an increasing tendency to transfer the care to the household making the families responsible, assuming therefore a crucial role, mainly developed by women, verifying that, in many instances, this transfer is not accompanied with proper assessment as to conditions of the family so that the hosting of the dependent patient is made without any risk. Some studies highlight the importance of hospitals and other community-level organizing themselves in order to better plan the transfer of the patient to the home and to develop training programs for caregivers in many areas enabling the development of skills in the family, enabling for autonomy and the development of skills in a situation of dependency of family members.

The practice of nursing should take into account the family as the focus of care and help them develop skills, autonomy and involvement in care.

Keywords: Family nursing, chronic disease and Aged adaptation

CHAVE DE SIGLAS

APGAR – Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EBSCO – Elton B. Stephens and Company

FACES – Family Adaptability and Cohesion Scale

ICN - International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros)

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

N.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PICO – Participantes, Intervenções, Comparações, Outcomes

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1.SOCIEDADE E ENVELHECIMENTO	18
1.1-INDICADORES DEMOGRAFICOS DO ENVELHECIMENTO	18
2.O PERCURSO CLINICO VIVENCIADO	21
3.DA INQUIETAÇÃO À PRÁTICA CLINICA	34
3.1-CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	34
4.DESENVOLVIMENTO METODOLOGICO	46
4.1- FORMULAÇÃO DA QUESTÃO	46
4.2- PESQUISA EM BASES DE DADOS	47
5.ANÁLISE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS PARA O ESTUDO DA TEMÁTICA	50
6.CONCLUSÃO	59
7.BIBLIOGRAFIA	63

Anexo I- Avaliação das diferentes famílias

Anexo II- Ficha artigo nº 1 “Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde”

Anexo III- Ficha artigo nº2 “Healthcare providers’ perspectives: Estimating the impact of chronicity”

Anexo IV- Ficha artigo nº 1 “Idosos com necessidades de cuidado domiciliar”

Anexo V- Poster alusivo ao enfermeiro família

Anexo VI- Folheto informativo referente à hipertensão

INDÍCE DE QUADROS

Quadro nº1- Critérios de formulação da pergunta PICO	47
Quadro nº 2 - Resultados dos descritores isoladamente na base de dados EBSCO	47
Quadro nº 3- Resultados dos descritores associados na base de dados EBSCO	48
Quadro nº 4- Identificação dos artigos	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Proporção da população idosa (65 anos), 1960- 2050

20

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no culminar do processo formativo do mestrado, na unidade curricular estágio e relatório, pretendendo o desenvolvimento pessoal e profissional na área da enfermagem de saúde familiar. Este relatório ambiciona relatar as experiências, ganhos e contributos decorrentes do processo de ensino clínico, suportados pela revisão bibliográfica e pesquisa em bases de dados científicas feitas acerca da temática emergente das reflexões pessoais e das experiências únicas vivenciadas.

Ciente de que a saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos, considero que o foco dos cuidados de saúde primários deverá privilegiar a promoção e educação para a saúde e a prevenção da doença. Assim, num serviço de saúde que trabalha com os indivíduos, as famílias e a própria comunidade, os cuidados a prestar vão muito para além da atividade desenvolvida dentro da unidade de Saúde estendendo-se também aos locais onde as pessoas residem, trabalham e ao conhecimento de todo o agregado familiar permitindo uma maior aproximação da população à assistência de saúde.

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; (Carta de Otawa; OMS, 1986)

A promoção da saúde visa aumentar o conhecimento dos indivíduos sobre as causas da saúde e da doença, educar para a saúde é pois definido pela OMS (1986) como uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificarem os seus comportamentos, a fim de

adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio.

A OMS (2000), defende que tem de haver uma modificação radical das políticas de saúde, dando prioridade à promoção da saúde e prevenção da doença, o que se irá repercutir, como defende o MINISTERIO DA SAÚDE (2004), na qualidade de vida, no envelhecimento normal e ativo, com maior autonomia e independência.

Segundo a DGS (2004), a reforma do sistema de saúde permitiu alcançar uma rede de prestação de cuidados integrada, que dá resposta aos problemas de saúde de forma integral, coordenada e intermultidisciplinar, e que tem o enfoque na prevenção e nos cuidados de proximidade. A oferta de cuidados centrada na figura do hospital deu lugar a políticas de saúde mais orientadas para os cuidados de proximidade, a promoção da saúde e a prevenção da doença.

De acordo com a mesma fonte, para assegurar que os utentes recebam cuidados de saúde adequados aos diferentes níveis, é imprescindível integrar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, rever os padrões e os critérios de referenciação de doentes, integrar a informação dos utentes, definir quem envolver no plano de cuidados e até rever os perfis de competências dos profissionais.

O utente do séc. XXI, de acordo com a CARTA DE OTAWA (1986) é decisor, gestor e coprodutor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e cidadão ativo cuja voz deve influenciar os decisores em saúde.

É essencial que se consiga alcançar o “empowerment” do doente, este termo é fulcral em todo o processo de promoção de saúde é como que o objetivo, a meta deste processo. Na Promoção da Saúde, o termo está associado à ideia de aumento da autonomia, aquisição de poder técnico e consciência política pelos indivíduos e comunidades para atuar em prol de sua saúde, dessa forma, o conceito de autonomia é entendido como a capacidade que o indivíduo

tem para o exercício do auto-governo, ou seja, de auto-dirigir-se, de pensar com a própria cabeça, fazer escolhas conscientes e responsabilizar-se por elas, sendo que as estratégias educacionais apresentam-se como fundamentais para o seu desenvolvimento (NERI, 2001; ROSA, 2002).

Para CARVALHO (2004) e VASCONCELOS (2003), o termo geralmente é sinónimo de “empoderamento”, “apoderamento”, “emancipação”, “tornar livre”, “fortalecimento”. Este último autor propõe um sentido provisório, conceituando-o como o aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.

Segundo a OMS (1998), a enfermagem, ao trabalhar com famílias, não está indiferente às alterações demográficas dos últimos 60 anos, 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 efetivo de cuidados de saúde das pessoas.

Portugal envelheceu devido à melhoria das condições de vida, o que se traduz numa esperança média de vida mais longa. Esta tendência tem um profundo impacto não só a nível familiar mas também a nível dos sistemas de saúde. O trabalho com as famílias deve ser acima de tudo interativo, com a participação efetiva das mesmas e com a avaliação atenta do enfermeiro considerando continuamente dois aspetos: a sua individualidade e complexidade.

De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009), é indiscutível a importância de uma prática especializada neste campo de atuação, para que as famílias se desenvolvam nas suas potencialidades, com vista ao equilíbrio de saúde familiar, sendo o enfermeiro o agente que mais de perto acompanha as famílias, tendo uma posição privilegiada para avaliar e intervir junto das mesmas.

Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros significa ganhos em saúde para os cidadãos estando a formação em enfermagem cada vez mais direcionada para a

especialização de todos os enfermeiros, promovendo o desenvolvimento de competências clínicas e a autonomia no percurso de desenvolvimento profissional.

Com o Regulamento n.º 127/2011 publicado em Diário da República n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 foram definidas as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde familiar, sendo um avanço nas políticas nacionais de saúde, permitindo uma prática especializada e reconhecida, com competências específicas e uniformizadas para os enfermeiros que queiram atuar mais eficientemente neste campo do saber, comunicando ainda aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais.

A enfermagem de saúde familiar adquire assim uma importância fulcral neste campo de atuação, uma vez que detém as competências para cuidar da família como um todo, considerando-a como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento nas diferentes fases do seu ciclo de vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009). No entanto ainda não existem na prestação de cuidados, enfermeiros com conhecimento especializado nesta área, sendo as suas intervenções frequentemente baseadas no empirismo, sem um suporte científico que delinieie as intervenções planeadas.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde familiar assumem uma importância indiscutível na conjuntura atual, sendo uma especialização da profissão com uma intervenção diferenciada tendo um campo de atuação delimitado e com carências identificadas, pelo que será parte central da problemática identificada no quotidiano dos cuidados de saúde primários. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

A especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar deve sustentar-se na lógica do benefício para os utentes e nas políticas de saúde definidas, tendo como sujeito de intervenção o grupo família e a vivência do seu processo de saúde/doença aos três níveis de intervenção, e, no atual contexto de reestruturação dos cuidados de saúde primários, parece-me importante investir a nível pessoal e profissional nesta área.

Durante a prática clínica desenvolvida na USF Almeida Garrett, no âmbito do curso de mestrado, constatei que havia um número elevado de famílias com idosos dependentes que assumiam a responsabilidade do cuidar desempenhando essa tarefa frequentemente com carências formativas e estruturais que impossibilitavam a eficiência desejada, fomentando situações de angústia e stress familiar. A orientação da prática através de um modelo dinâmico, permitiu a estruturação do pensamento no sentido de uma mais fidedigna compreensão da realidade das famílias, conduzindo a intervenções mais eficazes e congruentes com a especificidade de cada uma delas.

Das interações desenvolvidas quer com as famílias, quer com outros agentes e parceiros comunitários mobilizados em prol das necessidades das famílias observadas durante os momentos de visita domiciliária, levaram-me a questionar acerca dos cuidados prestados pela família, da adaptação do núcleo familiar ao idoso com doença crónica dependente e qual o papel do enfermeiro perante estas situações. Assim e face aos resultados que fui obtendo pela avaliação e intervenção durante os momentos de interação, achei importante para o meu processo de construção do saber, refletir e indagar de forma mais objetiva e científica em relação à caracterização da adaptação familiar do idoso em situação de doença crónica pela ação do enfermeiro, tendo realizado durante todo o percurso de ensino clínico pesquisa no sentido de fundamentar a prática.

Ao longo do estágio foi visível o reconhecimento da família como foco de atenção pelos profissionais de saúde ao longo do tempo. A enfermagem acompanhou esta tendência e tem assumido com ênfase a participação e inclusão da família como alvo e parceira de cuidados.

Ao longo do relatório serão abordados conceitos relacionados com a problemática levantada de forma a percebermos qual a nossa intervenção enquanto enfermeiros, seguido da apresentação das atividades realizadas ao longo do ensino clínico e por fim será apresentada a pesquisa realizada em bases de dados científicas, tendo em conta a metodologia da Prática Baseada na Evidência,

A participação da enfermagem familiar desenvolve-se cada vez mais de forma consistente e respeitada. A implicação para a prática em enfermagem assenta na necessidade de desenvolver competências específicas na avaliação e intervenção nas famílias através duma relação eficaz e colaborativa assente em evidência científica que não permita desconsiderar o nível de funcionamento familiar, o nível de habilidade e de recursos que esta dispõe.

É indiscutível a importância de uma prática especializada neste campo de atuação, para que as famílias se desenvolvam nas suas potencialidades, com vista ao seu equilíbrio de saúde familiar, sendo o enfermeiro o agente que mais de perto acompanha as famílias, tendo uma posição privilegiada para avaliar e intervir junto das mesmas.

Para CUNHA (1999) a ligação entre cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários está num novo caminho, na medida em que cada vez mais se apela a uma intervenção holística e global que privilegia a prevenção da doença e a promoção da saúde, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Considero que os enfermeiros têm um papel fulcral, ao ajudar as pessoas a mobilizar as suas potencialidades de acordo com o seu estado de saúde/doença. Para COLLIÈRE (1999) ação de enfermagem situa-se, para um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente.

Assim, com este trabalho pretende-se:

- Refletir sobre competências adquiridas na caracterização sistémica familiar, à luz do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar;
- Analisar os cuidados desenvolvidos com as famílias e parceiros sociais, em função da capacitação, desenvolvimento e equilíbrio familiar aos três níveis de intervenção;
- Refletir sobre a prática clínica de enfermagem de saúde familiar desenvolvida, à luz da prática baseada na evidência;

1. SOCIEDADE E ENVELHECIMENTO

Este capítulo é importante para haver uma visibilidade maior para os conceito de idoso e envelhecimento, conceitos estes que serão abordados adiante uma vez que são necessários para o desenvolvimento da prática clinica.

Segundo a DGS (2004), o envelhecimento é um processo universal, normal, gradual, irreversível, inevitável inerente à própria vida. Na Europa registam-se taxas elevadas de pessoas muito idosas sendo que Portugal enquadra-se no padrão da média comunitária e está classificado como o sétimo país mais envelhecido. As políticas sociais e de saúde atuais preconizam a manutenção dos idosos no seu domicílio. Atualmente deparamo-nos com um número significativo de pessoas idosas incapazes de satisfazer as exigências do autocuidado.

1.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO

Segundo VERMELHO ET AL (2006), a problemática atual dos indicadores demográficos do envelhecimento, reflete as profundas alterações ocorridas nas sociedades em função desse fenómeno. “A identificação de indicadores com maior ou menor capacidade de discriminação, e aplicáveis de maneira universal a todo o grupo populacional, é necessária, assim como o esforço permanente de redefinição conceptual e de incorporação de metodologias mais adequadas para captar a dinâmica das mudanças”;

De acordo com FERNANDES (1997), o envelhecimento demográfico, apreendido enquanto fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados, ainda para a mesma autora, o declínio da mortalidade, a partir do final do século passado, começou por promover um rejuvenescimento, favorecendo, indiretamente a

natalidade, por outro lado, a baixa mortalidade (especialmente a infantil), contribuiu para a descida da fecundidade, promovendo a redução do número de mais jovens e o aumento das pessoas idosas.

Em Portugal, a população idosa parece tender a aumentar, essencialmente, em consequência da baixa de natalidade e do previsível aumento da esperança de vida.

Segundo MONIZ (2003), durante muito tempo pensou-se que o envelhecimento demográfico era uma característica das sociedades desenvolvidas, devido à diminuição da natalidade e à melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações. De acordo com NAZARETH (1994), citada por COSTA (2002), Portugal, tal como outros estados da Europa, está incluído num conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico, são caracterizados por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade e um movimento migratório que, no passado, foi acentuado. Estes fatores têm contribuído para uma alteração da estrutura etária da população, determinando um envelhecimento acentuado da população.

Segundo VERMELHO ET AL (2006), o fator decisivo para o envelhecimento da população e a queda da fecundidade, isto é, a diminuição relativa de contingentes populacionais nas faixas etárias mais jovens e a ampliação da população nas faixas etárias mais idosas. Assim, e tendo em consideração as progressivas alterações na estrutura demográfica da população, parecem tornar-se evidentes as mudanças ocorridas na estrutura etária, levando a um aumento da população idosa em detrimento dos segmentos mais jovens.

Para FERNANDES (1997), com o decorrer dos anos, as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das populações proporcionaram as condições imprescindíveis para que, socialmente, se começasse a ter em conta a velhice como situação problemática a necessitar apoio social. Não obstante a sociedade ter consciência que a população se encontra envelhecida, e que é indispensável a mobilização de meios e de encontrar soluções para dar respostas específicas às necessidades dos idosos, ainda persistem dificuldades, decorrentes das transformações ocorridas na sociedade e nas famílias, fruto da industrialização. Estas não são facilitadoras face às exigências do mundo

laboral, antes exigindo mais esforços, mais atenção e, por conseguinte, a intervenção direta dos agentes sociais.

Em Portugal, a população residente no nosso país tem vindo efetivamente a envelhecer ao longo dos anos, o número de jovens baixou, enquanto que o número de pessoas idosas sofreu um acréscimo considerável. Entre 1960 e 1998 a população jovem (0-14) decresceu na ordem dos 35,1%, tendo-se assistido, por outro lado, a um aumento de 114,4% na população idosa (com 65 anos ou mais). Os idosos em Portugal representavam, em 1998, 15,2% do total da população, o que representa um acréscimo de 1,6 pontos percentuais em relação a 1990, INE (1999).

NAZARETH, citado por FERNANDES (1997), esclarece que Portugal, em 1970, era um dos países mais jovens da Europa, ainda que com profundas assimetrias regionais.

Assim, só a partir de 1940 se observaram diferenças ao nível das estruturas, nomeadamente ao nível das proporções de jovens e idosos, diferenças essas que se acentuaram até aos dias de hoje.

De acordo com CARRILHO e GONÇALVES (2004), em Portugal a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. Como podemos verificar no gráfico da figura 1, de acordo com as projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção torne a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população.

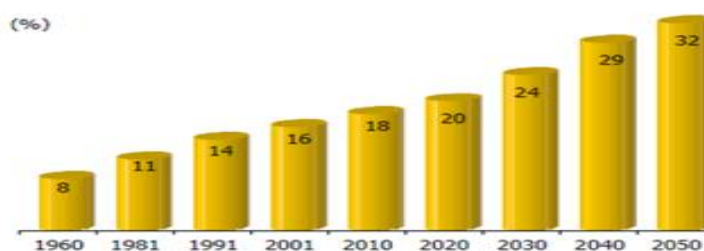


Gráfico 1 : Proporção da população idosa (65 e + anos) de 1960 a 2050

Fonte: INE, Recenseamento Gerais da População, 1960 a 2001 e projeções de população residente, 2000- 2050 in Carrilho e Gonçalves (2004)

2. O PERCURSO CLINICO VIVENCIADO

A Unidade de Saúde Familiar (U.S.F.) Almeida Garrett está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Ribatejo e serve predominantemente a população de Abitureiras, Almoester, Moçarria, Póvoa da Isenta, Ribeira de Santarém, Vale de Santarém e Várzea, assim como alguma população das freguesias do centro urbano.

Esta infra-estrutura entrou em vigor a 5 de Abril de 2010 e abrange 11449 utentes. Cada equipa da Unidade tem uma carteira de utentes de aproximadamente 1800 utentes.

Segundo documento interno da USF Almeida Garrett (2010), atualmente as várias USF's são diferenciadas através de vários modelos: A, B e C). Tais modelos são resultantes do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

A U.S.F. Almeida Garrett insere-se no Modelo A que, de certo modo, se pode dizer que é o mais "primário" dos modelos estipulados, sendo caracterizado como uma fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho de equipa de saúde. Esta é uma fase indispensável em equipas em que o trabalho individualizado é uma característica bastante marcada e nas quais não existe prática de avaliação de desempenho técnico em saúde familiar, sendo por isso, na minha opinião, urgente a formação e capacitação de enfermeiros na área específica de Enfermeiro de Família.

A USF Almeida Garrett, onde foi desenvolvido todo o ensino clínico, apresenta uma Carteira Básica de Serviço (2010) que inclui cuidados globais e personalizados de Medicina Familiar e enfermagem Familiar e atividades de Secretariado Administrativo aos utentes e Famílias inscritos na USF. São diversos os programas que estão a ser desenvolvidos nesta USF, intervindo eu especificamente em dois, ou seja, Programa de doenças crónicas: que

engloba a *Diabetes Mellitus* (tendo atividades que compreendem a realização de consultas tendo em conta a prevenção e controlo da co-morbilidade associada a esta patologia e complicações tardias e promover a referenciação dos utentes para a consulta de diabetes no Hospital de Santarém e associação protetora dos diabéticos de Portugal) e *Hipertensão Arterial* (realização de consultas de vigilância e prevenção do aumento de diagnósticos de HTA) e ainda em Programa de Cuidados no Domicílio que visa a identificação da pessoa/família em risco sócio-laboral e/ou de saúde, a realização de consultas no domicílio aos utentes que não possam deslocar-se à USF e realização de sessões de educação para a saúde aos prestadores de cuidados informais (Cuidador) em ambiente domiciliário.

O desenvolvimento deste trabalho pretende constituir-se como o início de um percurso de aprendizagem, com a finalidade de desenvolver competências no âmbito da enfermagem familiar baseada em evidência científica para me suportar a prática clínica.

Assim é indiscutível a importância de uma prática especializada neste campo de atuação, para que as famílias se desenvolvam nas suas potencialidades, com vista ao seu equilíbrio de saúde familiar, sendo o enfermeiro o agente que de perto acompanha as famílias, tendo uma posição privilegiada para avaliar e intervir junto das mesmas.

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) tem vindo a evidenciar-se a importância de se implementar metodologias de trabalho que promovam a adoção de um novo paradigma de cuidar, direcionado para a família e assente na efetividade (adequação das respostas), integralidade (visão global) e na proximidade do utente com os serviços de Saúde (acessibilidade).

Segundo a fonte supracitada, O “Enfermeiro de Família” é uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade. De entre os profissionais de saúde que integram as equipas multiprofissionais, a OMS (1989) considera que o enfermeiro é aquele que, pela formação específica que detém, está melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das

pessoas e mobilizar os recursos (internos e externos), tendo em conta não só as expectativas dos utentes, mas também a adequação e a rentabilização dos meios.

Assim, de acordo com a DECLARAÇÃO DE MUNIQUE (2000), o “Enfermeiro de família” tem vindo, progressivamente, a ser implementado em vários países, e é hoje uma realidade em muitos contextos da prática, especialmente na área de Cuidados de Saúde Primários, existindo já várias iniciativas que se aproximam, umas mais, outras menos, do modelo de “Enfermeiro de Família” preconizado pela OMS.

A Declaração de Munique teve como finalidade a identificação de ações específicas, com vista a apoiar e salientar as capacidades dos enfermeiros, no sentido de contribuírem para a saúde e para a qualidade de vida dos cidadãos a quem prestam cuidados. Entre outras coisas, igualmente importantes, surgiu de forma clara uma nova figura de enfermeiro de saúde comunitária, «o enfermeiro de família», enquanto entidade imprescindível no quadro da Saúde. (DECLARAÇÃO DE MUNIQUE 2000)

A enfermagem de saúde familiar, de acordo com ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2009), adquire desta forma uma importância fulcral neste campo de atuação, uma vez que detém as competências para cuidar da família como um todo, considerando-a como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento nas diferentes fases do seu ciclo de vida, no entanto ainda não existe na prestação de cuidados, enfermeiros com conhecimento especializado nesta área, sendo as suas intervenções frequentemente baseadas na prática clínica, sem um suporte científico que delineie as intervenções planeadas.

Promover o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros significa ganhos em saúde e satisfação dos cidadãos, pois a especificação permite uma abordagem mais complexa e direcionada nos cuidados. Em resposta a tal desígnio, a formação em enfermagem está cada vez mais direcionada para a especialização, promovendo o desenvolvimento de competências clínicas e a autonomia no percurso de desenvolvimento profissional, destes técnicos superiores de saúde.

A enfermagem de saúde familiar assume assim uma importância fundamental na atualidade, detendo as competências para cuidar da família como um todo, considerando-a como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento nas diferentes fases do seu ciclo de vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Ao enfermeiro especialista na área da Enfermagem de Saúde Familiar, compete ajudar os indivíduos e as famílias a adaptarem-se à doença e à incapacidade crónica ou aos períodos de stress, aconselhar relativamente aos estilos de vida e fatores de risco comportamentais, assistir as famílias em assuntos relativos à saúde. Em suma, as competências do enfermeiro de saúde familiar incluem: Promoção da saúde, Prevenção da doença, Reabilitação e Prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontrem nos estádios finais de vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Segundo RICE (2004), as novas práticas de assistência e de promoção de saúde reorientaram o *locus* da prestação de cuidados, que em detrimento do modelo hospitalocêntrico até aqui desenvolvido, passaram a centrar e a valorizar a sua prática à pessoa integrada no seu contexto familiar e domiciliário.

Segundo a DGS (2004), o desenvolvimento científico-tecnológico tem induzido a uma melhoria contínua da medicina, traduzindo-se no aumento da esperança média de vida. Este aumento da esperança média de vida leva a alterações demográficas dos países industrializados, onde a taxa de natalidade não tem acompanhado o aumento do envelhecimento populacional. Portugal à semelhança de outros países do sul da Europa, demonstra um processo de envelhecimento acelerado, reflexo da baixa de fecundidade, do aumento da longevidade e da pobreza nas políticas promotoras de saúde. Este aumento da longevidade implicou um aumento da morbilidade e do grau de dependência das pessoas idosas. Em Portugal e segundo dados do INE (2009), o índice de dependência dos idosos no ano de 2008 foi de 26,3%, sendo assim uma preocupação político-social.

Perante esta tendência de envelhecimento da população a nível mundial, assiste-se ao aumento de indivíduos portadores de doenças crónicas que sobrevivem mais anos e requerem inevitavelmente mais cuidados de saúde. O processo de doença/dependência, os sentimentos de incapacidade, frustração, stress e cansaço exacerbam o sofrimento do idoso e da sua família.

De forma clara, a OMS considera idoso, qualquer indivíduo com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento (Brasil, 2002). A incidência de doença no idoso é superior relativamente a outras faixas etárias, conduzindo a um aumento do consumo de bens de saúde e outros recursos. O aumento da dependência nos idosos pode acontecer de forma gradual ou mais abrupta, consoante o estado de saúde e situações agudas de doença (ROPER, LOGAN E TIERNEY, 2001). A dependência é um fenómeno de enfermagem avaliado quando se verifica que um sujeito está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte (ICN, 2006).

Em Portugal, segundo MACHADO (2003), o perfil atual do idoso é marcado pelo desfavorecimento social agravado pela idade, emergindo baixos níveis de rendimento, elevada iliteracia, precariedade das condições habitacionais, elevadas taxas de doenças crónicas, entre outras, o que contribui para a dependência do idoso. A dependência é um fenómeno de enfermagem avaliado quando se verifica que um sujeito está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte (ICN, 2006).

Os cuidadores enfrentam situações inesperadas demonstrando falta de apoio e informação escassa sobre as mudanças que podem ocorrer, tornando-os incapazes de assumir o controlo da situação comprometendo a eficiência da assistência domiciliária.

Segundo HANSON (2005) entende-se por cuidador pessoas que cuidam, a partir de objetivos estabelecidos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação da pessoa atendida, a atividade de cuidar de pessoas não é nova, sempre existiu e tem vindo a desenvolver-se cada vez mais nos últimos tempos.

De acordo com MCGARRY (2003), quando se fala de cuidador familiar faz-se referência a uma pessoa adulta, que realiza e proporciona as atividades de vida diária procurando minorar ou até mesmo suprir o déficit de auto cuidado da pessoa que cuida.

Os motivos que levam com que o familiar seja o cuidador principal são na generalidade a disponibilidade de tempo para o fazer, o sentimento de obrigação, de dever e a solidariedade, CALDAS (1995), acrescenta e coloca que entre os fatores que influenciam o familiar a assumir a responsabilidade do cuidar se destacam a influência histórica, os imperativos culturais e os preceitos religiosos.

Segundo BERGER (1995) a filosofia de base da assistência de enfermagem é de respeito pelo idoso em toda a unicidade e totalidade do seu ser, facilitando a manutenção e promovendo a autonomia do idoso. Cuidar de um idoso dependente eficientemente, implica uma reorganização do enfermeiro, idoso e família, de forma a potenciar os recursos pessoais (SEQUEIRA, 2007).

O envolvimento da família no processo de cuidados ao idoso é um direito reconhecido e exige do enfermeiro disponibilidade, participação e envolvimento com a família. Esta parceria está, atualmente, reforçada com os cuidados continuados e os desafios que estes impõem à prestação de cuidados, são estimulantes.

Segundo HANSON (2005) é em contexto familiar que os membros aprendem sobre saúde e doença, sendo onde a maior parte dos cuidados são dados e recebidos ao longo da vida, pelo que a família assume o papel de potencial aliado na recuperação e manutenção da saúde dos seus membros.

De acordo com o mesmo autor, a responsabilização das famílias pelos cuidados ao seu membro com dependência é algo inato, não se averiguando frequentemente as competências da família para tal; por outro lado, a transferência dos cuidados para a comunidade e a diminuição do tempo de internamento, intensificou as exigências impostas à família, conduzindo a situações de stress e angústia familiar.

O stress do prestador de cuidados é uma manifestação de *coping*, onde se adotam disposições para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados, que cuide de um familiar ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo. O Prestador de cuidados em situação de stress demonstra uma diminuição da capacidade de resolução de problemas, como resposta às exigências da prestação de cuidados (ICN, 2006).

Para HANSON (2005) o stress pode ser causador de uma situação de crise, podendo contribuir para o declínio do funcionamento da família, ou até mesmo à desorganização do grupo familiar, possibilitando posteriormente a sua recuperação e reorganização. Esta teoria de stress, segundo a autora, realça a importância da enfermagem de família, ao trabalhar os recursos familiares, mobilizando os seus pontos fortes na adopção de estratégias de *coping* ao fator de stress.

Segundo a tradição portuguesa, culturalmente responsabiliza-se as famílias, preferencialmente as mulheres, pelos cuidados dos seus elementos idosos, no entanto, na sequência das transformações sociais, a família depara-se com uma multiplicidade de obrigações e funções, partilhando ou delegando esses cuidados a outros cuidadores, não tendo frequentemente as ferramentas necessárias para o cuidar (FIGUEIREDO, 2009). Assim, repensar a família como alvo e participante de cuidados é imperativo, sendo já reconhecido pela mais atual legislação, tendo-se que adotar novas concepções para se compreender e intervir no núcleo familiar, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades durante o seu continuum de desenvolvimento.

Segundo GALERDA e LUÍS (2002) a família é definida como um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, esta definição é flexível o suficiente para incluir as diferentes configurações e composições de famílias que estão presentes na sociedade atual.

A família pode apoiar no sentido da reabilitação do seu elemento ou antes reforçar o seu papel de doente e dependente, dado que depende da capacidade de gerir as transições de saúde de cada um dos seus membros (FRIEDMAN, 1998, referido por FIGUEIREDO, 2009).

RELVAS (1996) conceptualizou o ciclo vital da família como uma “sequência previsível de transformações na organização familiar, com tarefas definidas em cada uma das etapas, cuja evolução implica complexificação e o desenvolvimento familiar origina mudanças funcionais, estruturais e interacionais”. A situação de dependência/doença resultante do processo natural de envelhecimento de um dos membros da família pode colocar em risco a harmonia deste sistema, exigindo da família adaptação, para enfrentarem a situação de crise, pois dela advêm necessidades acrescidas. Em contexto domiciliário o idoso é parte integrante duma família, dum contexto familiar, que não pode ser descurado e que obrigatoriamente tem de ser alvo de cuidados.

Durante os meses de estágio foi possível refletir acerca das intervenções do enfermeiro na adaptação da família do idoso em situação de doença crónica.

É da competência dos enfermeiros de família conhecer plenamente a dinâmica familiar, os fatores que a influenciam, as formas de enfrentarem situações problemáticas e as relações com o contexto social em que esta se insere.

Constatei ser urgente refletir sobre o papel fundamental do profissional de enfermagem nas relações que estabelece com a família, e que o investimento em formação académica nesta área é preponderante e urgente para o sucesso destas parcerias reforçando a opinião de FRIEDMAN (1998) defende “que a abordagem centrada na família continua sendo a expressão de um ideal e não uma prática prevalente...”

Segundo HANSON (2005), o processo natural de envelhecimento associado muitas vezes a patologias crónicas incapacitantes, fazem com que os idosos necessitem de maior atenção por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e, sobretudo, da família; esta última precisa de utilizar conhecimentos e habilidades na prevenção ou minimização da dependência dos idosos, processo no qual o enfermeiro de família tem um papel preponderante.

A proposta enquanto enfermeiros, é ajudar a família a criar novas formas de interação para lidar com a situação de doença/dependência do idoso. Conhecer o que a família pensa

sobre o que causa a doença, as possibilidades de recuperação e/ou cura, ajudam a família a modificar crenças que dificultam a implementação de estratégias de promoção da saúde familiar.

Segundo FIGUEIREDO (2009), a orientação da prática através de um modelo dinâmico, permitiu a estruturação do pensamento no sentido de uma mais fidedigna compreensão da realidade das famílias, conduzindo a intervenções mais eficazes e congruentes com a especificidade de cada uma delas, por isto, senti necessidade de abordar o modelo de avaliação e intervenção familiar (MDAIF) de forma a poder utiliza-lo ao longo da minha prática.

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) proposto por Figueiredo (2009) fornece ao enfermeiro uma ferramenta orientadora do pensamento e das práticas, permitindo identificar de forma mais crítica as necessidades das famílias e assim em conjunto com estas e delinear as intervenções mais eficientes. Este modelo articula conceitos do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, com uma linguagem comum, integrando os focos da prática de enfermagem descritos na CIPE à luz de pressupostos do pensamento sistémico. Assim, a sua designação enquanto modelo dinâmico, prende-se com a dinamicidade das suas dimensões de abordagem do sistema familiar, ao longo das suas etapas de desenvolvimento. O MDAIF integra três dimensões interdependentes de avaliação familiar, nomeadamente a dimensão Estrutural, a Desenvolvidora e a Funcional, articuladas em função do fortalecimento e equilíbrio da saúde familiar (FIGUEIREDO, 2009).

As interações desenvolvidas quer com as famílias, quer com todos os elementos constituintes da dinâmica familiar e parceiros comunitários mobilizados em benefício das necessidades das famílias alvo de cuidados durante os momentos de visita domiciliária, foram essenciais para o aprofundamento cognitivo.

As famílias com que trabalhei ao longo de todo o ensino clínico eram famílias que tinham em comum um idoso em situação de doença crónica, com necessidades de cuidados por parte da família, o que foi constatado é que havia sempre um elemento familiar que se

assumia como cuidador principal e os restantes elementos familiares funcionavam como rede de suporte/apoio. Foi elaborada uma avaliação das diferentes famílias que está descrita para consulta no anexo I.

Segundo os estádios do ciclo vida familiar sugeridos por RELVAS (1996), as três famílias analisadas situavam-se no Estádio 5, ou seja, família com filhos adultos, que compreende a fase vivida entre a reforma, incluindo a adaptação à mesma e consequente perda de papéis sociais, até à viuvez ou morte de ambos os cônjuges.

Os dados mobilizados que me permitiram chegar a esta conclusão foi o facto de ambos os utentes terem mais de 65 anos, serem ambos reformados, serem casados e terem filhos adultos e netos jovens-adultos

De acordo com este estágio de desenvolvimento familiar é importante que as famílias consigam gerir determinadas problemáticas tais como: Exploração de novas opções e papéis sociais, Adaptação à viuvez e solidão; Capacidade de deixar a casa e Partilha de sabedoria/experiências/revisão de vida RELVAS (1996).

Observei que em ambas as famílias o elemento que assumia o papel de prestador de cuidados era do sexo feminino, o que está de acordo com FIGUEIREDO (2009), em Portugal verifica-se que tradicionalmente se responsabiliza as famílias e preferencialmente as mulheres, pelos cuidados dos seus elementos, no entanto, na sequência das transformações sociais, a família depara-se com uma multiplicidade de obrigações e funções, partilhando ou delegando esses cuidados a outros cuidadores.

Foram realizadas diversas visitas domiciliárias e abordados diversos membros das diferentes famílias para desta forma conseguir avaliar todas as dimensões e conseguir fazer o estudo de ambas as famílias, como esta explicito no anexo I.

Os momentos de interação com as famílias tiveram lugar em contexto de visita domiciliária, indo de encontro às referências de literatura pesquisadas no decorrer do ensino clínico, que corroboram a visita domiciliária enquanto espaço privilegiado para os cuidados de

enfermagem à família, confirmando deste modo a eleição desta estratégia para interação com as famílias.

Para Oliveira e Tavares (2010) a atenção domiciliária facilita a compreensão do espaço social dos sujeitos e familiares favorecendo a apreensão da sua realidade complexa e dinâmica sensibilizando os profissionais de enfermagem para a revisão das suas práticas e cognições numa reflexão que busca as transformações do cuidado. A proximidade com a comunidade em contexto de visita domiciliária permite atuar de forma mais contextualizada na realidade do idoso em seio familiar.

Com o decorrer da minha interação junto das famílias constatei que diariamente se levantavam questões relacionadas com o cuidar do idoso dependente e ainda se levantavam também dificuldades na articulação do seio familiar na prestação de cuidados gerando situações de stress e angustia. Uma das famílias, na qual a esposa assumiu o papel de cuidadora, muitas eram as dúvidas de como lidar com o seu companheiro no sentido de o ajudar a adaptar-se à nova situação de incapacidade, durante a interação a utente questionava-nos sobre aspetos simples mas que para ela eram importantes estarem esclarecidos.

Segundo HANSON (2005), os cuidadores enfrentam situações inesperadas demonstrando falta de apoio e informação escassa sobre as mudanças que podem ocorrer, tornando-os incapazes de assumir o controlo da situação comprometendo os cuidados ao doente e surgindo sentimentos de stress e angustia, essencialmente no elemento cuidador mas também no seio de toda a família. O envolvimento da família no processo de cuidados ao idoso é um direito reconhecido e exige do enfermeiro disponibilidade, participação e envolvimento com a família. Esta parceria está, atualmente, reforçada com os cuidados continuados e os desafios que estes impõem à prestação de cuidados, são estimulantes.

Em Portugal, surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho, criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde com o intuito de desenvolver novas respostas na promoção

da continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia

Os cuidados no domicílio permitem uma maior humanização dos cuidados em geral, traduzindo-se em cuidados especiais e permitindo dar respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da pessoa idosa e da sua família.

Segundo a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004), o envelhecimento demográfico e as alterações epidemiológicas e de comportamentos sociais e familiares determinam novas necessidades em saúde, surgindo a necessidade de organizar respostas mais adequadas na prevenção de situações de fragilidade e incapacidade que acompanharam o aumento da longevidade. O delineamento de estratégias com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visa a manutenção da autonomia, independência, recuperação e qualidade de vida da população idosa, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

De acordo com FIGUEIREDO (2009), os objetivos 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.

Segundo FIGUEIREDO (2009) a enfermagem de família baseia-se no pensamento sistémico, centrando-se quer no sistema familiar, quer nos individuais, salientando a interação e reciprocidade verificada entre os membros da família., sendo esta linha de pensamento que adotei e pela qual me orientei na interação com a família.

A enfermagem de saúde familiar requer o uso de abordagens integradas, de forma a orientar a prática, a investigação e a educação. A mobilização dos diferentes conhecimentos, permitirá a adoção de intervenções específicas e eficazes junto das famílias com necessidades muito próprias (HANSON, 2005).

Foi elaborado um poster para a USF dirigido a todos os utentes, que aborda o conceito de enfermeiro de família mencionando as suas funções primordiais e a sua importância, pois na instituição não havia qualquer informação alusiva ao mesmo. Com a elaboração deste poster

pretendo clarificar para os utentes quais as funções e competências associadas ao termo enfermeiro de família. (anexo V)

Com o decorrer do ensino clínico senti também necessidade de fazer uma sessão para educação relacionada com a hipertensão, pois segundo dados da USF (2010) havia uma taxa bastante elevada de utentes inscritos na consulta de hipertensão. Durante esta sessão foram abordados temas como alimentação saudável, vigilância de valores tensionais e importância da atividade física, tendo sido fornecido um folheto que está disponível no anexo VI.

Apesar da reorganização atual dos cuidados de saúde primários, e da literatura ser congruente com uma abordagem centrada na família, verifica-se ainda um longo caminho a percorrer para que se adotem as competências para agir com profissionalismo e qualidade nesta área, prova disto mesmo é o Decreto-Lei nº. 298/2007 que delimita a organização e funcionamento das USF, atribuindo pelo artigo 9º a cada enfermeiro um total de 300 a 400 famílias, no entanto verifica-se a escassez de recursos humanos e conceptuais para o cumprimento desta disposição, não se verificando na prática esta realidade.

Observa-se que, com a falência do sistema de redes apoio, a família tem vindo progressivamente a tornar-se a única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente. SAAD (1991), no seu estudo sobre as tendências e consequências do envelhecimento populacional, aponta que há uma carência de redes de suporte formais ao idoso, afirmando que, diante dos dados apresentados no seu estudo, fica claro que a tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente.

A experiência desenvolvida em instituições de cuidados de saúde primários, como é o caso da Unidade de Saúde Familiar Almeida Garrett contribuiu para o desenvolvimento de competências na área específica da Enfermagem de Família, bem como para o acompanhamento e compreensão das alterações que se têm processado ao nível dos cuidados de saúde.

3. DA INQUIETAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA

Enquanto enfermeira prestadora de cuidados gerais em contexto hospitalar há cerca de quatro anos, várias foram as concepções que alterei ao longo deste processo formativo, contribuindo para a melhoria das minhas práticas. A visão que tinha do cuidar da família foi sendo alterada por uma visão mais profunda, uma vez que agora assumo que os cuidados junto da família são essenciais.

Por outro lado fui compreendendo que era essencial ir pesquisando pois os enfermeiros devem procurar constantemente conhecer e utilizar a melhor evidência proveniente da revisão sistemática para a tomada de decisão. A revisão sistemática da literatura permitiu refletir sobre a prática diária e sobre a complexidade do cuidar em enfermagem, quer como profissionais de saúde quer como pessoas.

Refletir sobre a ação surge como meio facilitador de integração da teoria na prática, como processo contínuo e inacabado que leva a que ao refletir as experiências vividas, se pense sobre elas e se procure estratégias para um próximo desempenho mais eficaz.

3.1 CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

O envelhecimento populacional é um fenómeno universal e um desafio nas sociedades modernas, de modo que lançar um olhar abrangente sobre o desenvolvimento do processo de cuidados aos idosos passa por perspetivá-lo como um processo articulado, sistémico e de proximidade. Em enfermagem, os cuidados domiciliários assumem especial relevância e a perspetiva da família como cuidadora também.

A atual complexidade e dinâmica dos cuidados, causada, entre outros aspetos, pelos constantes avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde e medicina e, por

consequente, o aumento da esperança de vida, vieram pôr em evidência alguns problemas relacionados com a velhice. Viver mais não significa necessariamente viver melhor.

Com efeito, um elevado número de idosos sofre de doenças crónicas e de fragilidade, que requerem cuidados complexos e continuados no domicílio. Neste sentido entendo que os cuidados domiciliários permitem a sua maior humanização, já que se traduzem em cuidados especiais, que permitem, designadamente, dar respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da pessoa idosa no próprio domicílio.

As doenças crónicas são, conforme a definição subscrita pela OMS (2000) doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Segundo a OMS (2000) as doenças crónicas, como as doenças cardíacas, cancro, doenças respiratórias crónicas, Hipertensão e diabetes, são a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% da totalidade das causas de morte. Em 2005, dos 35 milhões de pessoas que morreram com doença crónica, metade tinham menos de 70 anos, sendo que as patologias atingiram de forma homogénea ambos os sexos. Por este motivo, como forma de prevenção e alerta foi elaborado um folheto informativo referente à hipertensão que ficou disponível na U.S.F. para todos os utentes. (anexo VI)

Esta mesma fonte, identifica as doenças crónicas como principal causa de incapacidade, até 2020, e alerta para o facto destas se tornarem, caso não sejam devidamente geridas, no mais dispendioso problema para os sistemas de saúde.

Esta perceção é partilhada pelos autores do estudo "A Gestão da Doença Crónica na Europa", divulgado em Fevereiro de 2009, e que foi levado a cabo pela Iniciativa para o Financiamento Sustentável da Saúde na Europa (IFSSE), sendo que os mesmos consideram que a gestão das doenças crónicas deve ser assumida como "uma prioridade" das políticas de saúde na Europa.

O aumento da esperança de vida e a introdução de novos hábitos, designadamente no que concerne a dietas alimentares desequilibradas, stress, inatividade física, vícios como o tabagismo, entre outros, assim como condições ambientais adversas (ex: poluição) e situações de vida precárias, potenciaram o aparecimento e o desenvolvimento de doenças crónicas, que se afiguram como verdadeiros desafios para as ditas sociedades modernas.

Viver com este tipo de doenças tem um impacto considerável na qualidade de vida do indivíduo e dos seus familiares, condicionando, inclusive, o exercício da sua cidadania ativa. Os cidadãos portadores de doenças crónicas deparam-se com problemas multidimensionais, sejam eles de origem física, familiar, económica, laboral, educacional, emocional, social, que se traduzem no seu isolamento e na sua fragilização e, inclusive, traduzem-se na privação, por parte dos doentes crónicos, de direitos que lhes são constitucionalmente reconhecidos e que, em momento algum, deveriam ser postos em causa.

É necessário assegurar que os doentes crónicos tenham um acompanhamento, tanto médico, técnico como social, adequado, de forma a prevenir crises e deterioração e possibilitar a melhoria das suas condições de vida. Os doentes devem usufruir, dentro da medida do possível, de autonomia que lhes permita usufruir dos direitos e deveres atribuídos a todos os outros cidadãos e exercer uma cidadania ativa.

Com o apoio certo, a maior parte dos doentes pode aprender a participar ativamente nos seus próprios cuidados, vivendo com e gerindo a sua condição.

Para que tal seja possível, é imperativo assegurar que os doentes desfrutem das condições habitacionais coadunáveis com a sua situação, tenham acesso aos tratamentos médicos e meios técnicos necessários à manutenção da sua doença e lhes sejam asseverados os cuidados indispensáveis ao seu quotidiano.

A OMS define população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz distinção quanto ao local de residência dos idosos (BRASIL, 2002). Esta idade é válida para os países em desenvolvimento, subindo para os 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos.

Entretanto, vale ressaltar que paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenómenos de natureza bio psíquica e social importantes para a percepção da idade e do envelhecimento, Tornando-se difícil, portanto, caracterizar uma pessoa idosa utilizando como único critério a idade. Neste segmento, conhecido como terceira idade estão incluídos indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista socioeconómico como demográfico e epidemiológico (BRASIL, 2002).

Neste início de século, em que a enfermagem se assume sem dúvida como "ciência do cuidar", tenta em todos os momentos identificar-se cada vez mais consigo própria pela humanização e qualidade dos cuidados que presta. A Enfermagem é indubitavelmente a profissão que nas últimas décadas sofreu as mais profundas metamorfoses no que concerne ao estímulo da visão holística e humanística do ser humano. Nesta medida, importa olhar a prática dos cuidados de enfermagem como uma interação social em que o cuidar se torna muito mais abrangente já que através do cuidar interagimos sem dúvida com várias pessoas que por sua vez agem e interagem.

Assim, o cuidar ultrapassa o conceito tradicional, pois a pessoa que cuida também recebe cuidados, é aquilo que alguns autores ingleses chamam " Giving and receiving". Quando exploramos o domínio dos cuidados de enfermagem, defrontamo-nos com uma realidade, que embora sendo específica também é pública, isto é, envolve outros indivíduos para além dos enfermeiros e reflete-se na própria instituição onde ocorre e conseqüentemente na sociedade.

A família é o espaço onde nasce, cresce e se desenvolve a vida e como tal é a célula vital da sociedade. Deste modo, é importante que a equipa de enfermagem saiba acolher a família como elemento integrante desta mesma equipa. Urge não permitir que regresse novamente o modelo bio - médico, redutor do homem à doença e depreciador das suas necessidades psicossociais, culturais e espirituais.

A relação interpessoal enfermeiro - família é sem dúvida determinante para a qualidade dos cuidados prestados ao doente, uma vez que segundo COLLIÉRE (1999) é esta relação

que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si próprio um valor terapêutico.

Para que esta relação se estabeleça de forma segura, a comunicação com o doente e família é de extrema importância, podendo contribuir logo desde o início para o estabelecimento de uma relação de confiança. Comunicar enquanto arte profissional tem que se aprender, analisar, adaptar ao contexto e sobretudo treinar, e o enfermeiro tem que recorrer a essa arte na sua prática do dia-a-dia, não como mais um instrumento terapêutico, mas sim como uma atitude terapêutica. A doença, a perda de autonomia, a incapacidade e o desconhecimento daquilo que pode vir a acontecer, são potenciais geradores de stress para o doente e família, desta forma, é necessário fazer todos os esforços para manter a família junta do doente e dentro do possível favorecer a sua participação nos cuidados.

O reconhecimento da família como foco de atenção pelos profissionais de saúde e das ciências sociais e humanas tem-se tornado crescente ao longo do tempo. A enfermagem acompanhou esta tendência e tem assumido com ênfase a participação e inclusão da família como alvo e parceira de cuidados

Podemos então afirmar que o doente está ligado à sua família numa relação simbiótica, da qual não se deve separar. Assim, os enfermeiros são os agentes que podem minimizar o impacto da rutura desencadeada pela doença e pela perda gradual de autonomia tornando-se assim a família também alvo de cuidados por parte do enfermeiro.

É o envolvimento e a presença da família nos cuidados de enfermagem que contribuem para que os enfermeiros prestem bons cuidados, isto é, os cuidados que o doente e a sua família esperam que lhes sejam prestados. Como refere SALT (1991) envolver a família no cuidar proporciona e mantém o direito que a família tem de estar unida, proporciona conforto e tranquilidade ao doente e família, permite reduzir a ansiedade/ medo da dependência, proporciona a oportunidade de a família expressar as suas preocupações e necessidades, permite aos familiares apreciarem as necessidades constantes de cuidados ao seu familiar e

participar nos mesmos, favorece uma intensificação da relação, promove o sentimento de utilidade e de compreensão do que se está a fazer para ajudar na recuperação do doente.

Assim, mais uma vez verificamos que a família deve ser incluída no planeamento, na execução e na avaliação dos cuidados a prestar ao doente. Os familiares devem ser encorajados a realizar tarefas simples, mas que são extremamente importantes para o doente como por exemplo voltar a almofada, pentear o cabelo, limpar o rosto, ajudar na alimentação.

Os fatores internos e externos do sistema familiar determinam a aprendizagem de comportamentos de saúde, assim como a capacidade de gerar equilíbrio entre mudança e estabilidade. A saúde familiar integra assim dois focos principais, o estado de saúde dos indivíduos que compõem a família e uma descrição avaliativa das estruturas e funções do sistema.

Segundo FIGUEIREDO (2009), o processo de conceção de cuidados à família que integra a avaliação e a intervenção familiar deve ser desenvolvido de acordo com um modelo teórico que permita orientar o enfermeiro para a tomada de decisão, assim, ao centrar-me no conceito de cuidados de enfermagem à família tenho como referência o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo.

Segundo FIGUEIREDO (2009) o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, concebido à luz da teoria sistémica, pretende fornecer aos enfermeiros uma ferramenta que permita identificar de forma mais rigorosa as necessidades das famílias e assim se proporem a intervenções mais eficientes. A avaliação familiar preconizada neste modelo, centra-se em três domínios avaliativos, sendo estes, o domínio estrutural, o domínio de desenvolvimento e o funcional, permitindo direcionar as intervenções, visando o fortalecimento familiar.

A finalidade de uma intervenção de enfermagem é a mudança, portanto, intervenções de enfermagem eficientes são aquelas para as quais os pacientes e as famílias são recetivos devido ao “ajuste” entre a intervenção proposta pela enfermeira e a estrutura biopsicossocial-espiritual dos membros da família. (WRIGHT&LEVAC, 1992)

De acordo FIGUEIREDO (2009) a enfermagem de família necessita do aprofundamento de conhecimentos desenvolvidos em áreas complementares à disciplina de enfermagem, tais como a psicologia a sociologia ou a terapia familiar, no sentido de incorporá-los nesta nova abordagem, assim como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação familiar e a utilização de estratégias de intervenção de alguma forma distintos dos instrumentos e estratégias de intervenção ao indivíduo. Segundo a mesma autora, a enfermagem de família tem por base o pensamento sistémico, centrando-se quer no sistema familiar, quer nos individuais, salientando a interação e reciprocidade verificada entre os membros da família.

Para o enfermeiro de família é fulcral conhecer qual a etapa do ciclo vital da família a avaliar, para desta forma perceber quais os aspetos importantes a desenvolver com a mesma. Segundo RELVAS (1996), o ciclo vital da família é composto por cinco etapas, sendo elas ordenadamente a formação do casal, seguindo-se a família com filhos pequenos; posteriormente a família com filhos na escola, a quarta etapa denomina-se por a família com filhos adolescentes e por último, a quinta etapa, sendo a família com filhos adultos. De acordo ainda com o mesmo autor, a ultima etapa do ciclo vital caracteriza-se por um fluxo de entradas e saídas de membros da família, exigindo uma grande adaptabilidade e flexibilização do sistema familiar, sendo exemplo disso a entrada de um membro idoso por situação de dependência.

Segundo FIGUEIREDO (2009) na abordagem sistémica da família a saúde é perspectivada para além do bem-estar individual de cada elemento, integrando processos de reciprocidade num continuum entre estabilidade e mudança que permite transformações na estrutura do sistema, mantendo a sua organização, existindo uma grande diversidade de papéis e contextos aos quais os enfermeiros prestam cuidados, a definição de competências, segundo a mesma autora, integra os princípios fundamentais da prática de cuidados à família e depende de vários fatores macrossistémicos, como: sistemas de saúde; padrões demográficos; determinantes de saúde a nível social, político, cultural, económico, biológico e recursos da comunidade. De acordo com a autora anteriormente citada, a família é, ao mesmo

tempo, a fonte mais rica e menos utilizada de experiências naturais sobre o impacto evolutivo dos sistemas envolvendo mais de duas pessoas.

A participação da enfermagem familiar desenvolve-se cada vez mais de forma consistente, sofisticada e respeitada. A implicação para a prática em enfermagem assenta na necessidade de criar competências específicas na avaliação e intervenção nas famílias através duma relação eficaz e colaborativa assente em evidência científica que não permitam desconsiderar o nível de funcionamento familiar, o nível de habilidade e de recursos que esta dispõe.

A família segundo RELVAS (1996), “é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados, assim tem de ser vista e cuidada com um todo, uma globalidade apenas compreendida pela perspetiva holística”.

A família pode apoiar no sentido da reabilitação do seu elemento ou antes reforçar o seu papel de doente e dependente, dado que depende da capacidade de gerir as transições de saúde de cada um dos seus membros (FRIEDMAN, 1998, referido por FIGUEIREDO, 2009).

RELVAS (1996) conceptualizou o ciclo vital da família como uma “sequência previsível de transformações na organização familiar, com tarefas definidas em cada uma das etapas, cuja evolução implica complexificação e o desenvolvimento familiar origina mudanças funcionais, estruturais e interacionais”. A situação de dependência/doença resultante do processo natural de envelhecimento de um dos membros da família pode colocar em risco a harmonia deste sistema, exigindo da família adaptação, para enfrentarem a situação de crise, pois dela advêm necessidades acrescidas. Em contexto domiciliário o idoso é parte integrante duma família, dum contexto familiar, que não pode ser descurado e que obrigatoriamente tem de ser alvo de cuidados.

A família é concebida como um sistema, pois integra um conjunto de elementos em complexa interação, integrado em subsistemas que por sua vez estão incluídos noutros maiores. Esta dimensão da família pressupõe que exista um processo de desenvolvimento no

sentido da sua complexificação, pois todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções, mas a forma como se organizam tornam o “conteúdo” da cada família único.

Cuidar de um idoso com doença crónica pode representar uma ameaça e resultar em stress. O sucesso em lidar com esta situação dependerá das estratégias de coping, definido como um processo utilizado para controlar. Muitos dos cuidadores revelam sobrecarga, perda de liberdade e frustração por desempenharem as atividades sem auxílio, sendo que o stress maior está relacionado com a falta de ajuda por parte dos restantes familiares.

De acordo com URSULA KARSCH (2003), cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel.

Segundo a autora supra citada, já possível observar em países mais desenvolvidos, em que o envelhecimento populacional foi mais lento e recebeu mais atenção durante décadas, uma rede de organizações maiores e menores, que se define como *community care*, e cujo grande objetivo é manter o idoso na sua casa oferecendo suportes para a família e o cuidador. Entre as diferentes modalidades de assistência ao cuidador, destaca-se o serviço da sua substituição por um profissional, para alternar os cuidados com alguém. Outro programa fundamental para idosos, que existe em muitos países, é “comida sobre rodas”, que produz e distribui as refeições para os doentes e incapacitados, poupando o cuidador da tarefa de cozinhar todos os dias.

Em Portugal, existem também estratégias e projetos para auxiliar a pessoa idosa, exemplo disso é a existência de um programa que tem como objetivo aumentar a capacidade da rede de equipamentos sociais, apoiando a permanência dos idosos em sua casa com o auxílio dos Serviços de Apoio Domiciliário e Centros de Dia. É uma medida que visa melhorar a situação de idosos dependentes, expandindo a cobertura em Portugal Continental de lares de

idosos. Esta medida permite também reforçar a integração dos cidadãos com deficiência, através do investimento efetuado em lares residenciais, residências autónomas e atividades ocupacionais.

Após alguma pesquisa, relativamente aos programas de apoio disponíveis para idosos por parte do estado, foi visível na página da SEGURANÇA SOCIAL (2010), que para pessoas idosas em situação de dependência que podem viver sós, isoladas geograficamente, em família e/ou em lar de idosos está disponível um Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) que dispõe de serviços de acolhimento Familiar, apoio Domiciliário, lares de idosos participado e ainda um serviço de Telealarne.

Tudo isto representa, na minha opinião, um conjunto de iniciativas que têm como objetivo principal contrariar uma conjuntura económica negativista na vida diária de todos os idosos, não só quanto ao padrão de rendimentos, mas também às práticas culturais, de saúde e convivência.

Estimular o envolvimento da família, educar e fornecer orientações básicas, que possam minimizar as dificuldades do processo de cuidar, poderão contribuir para o bem-estar dos cuidadores.

Posto isto, outro aspeto importante de conceptualizar é o conceito de adaptação baseando-me na teoria de adaptação da Teórica Callista Roy.

Segundo CALLISTA ROY (referido por TOMEY; ALLIGOOD, 2004) o conceito de adaptação da pessoa é central, os seus conceitos de enfermagem, saúde e ambiente estão todos interligados a este conceito central. A pessoa investiga continuamente o ambiente para encontrar estímulos, no resultado desta interação é dada uma resposta e ocorre a adaptação. A resposta adaptativa pode ser uma resposta de adaptação ou uma resposta ineficaz.

As respostas de adaptação são as que promovem a integridade e ajudam a pessoa a atingir os objetivos de adaptação, isto é, sobrevivência, crescimento e transformação da pessoa e do ambiente.

As respostas ineficazes são respostas que não conseguem atingir ou que ameaçam os objetivos da adaptação. A enfermagem tem como objetivo único ajudar o esforço de adaptação da pessoa gerindo o ambiente. O resultado é a obtenção de um nível ótimo de bem-estar por parte da pessoa.

Enquanto sistema de vida aberto, a pessoa recebe inputs ou estímulos do ambiente e de si próprio. O nível de adaptação é determinado pelo efeito combinado dos estímulos focal (interno ou externo que confronta o sistema humano), contextual (os que contribuem para o efeito do estímulo focal) e residual (fatores ambientais com efeitos pouco claros).

Segundo a teórica CALLISTA ROY no processo de interação com o ambiente em mudança a pessoa utiliza mecanismos de coping, sendo estes mecanismos de natureza inata ou adquiridos. Os mecanismos de coping inatos “são geneticamente determinados (...) e vistos como processos automáticos (...) e os mecanismos de coping adquiridos são desenvolvidos através de estratégias como a aprendizagem.” (ROY; ANDREWS, 1999).

A adaptação ocorre quando a pessoa responde positivamente às alterações ambientais. Esta resposta adaptativa promove a integridade da pessoa, o que conduz à saúde. As respostas ineficazes aos estímulos conduzem ao desmembramento da integridade da pessoa (ROY; ANDREWS, 1999).

Para complementar a Teoria de adaptação da pessoa procurei abordar a Teoria de mecanismos de adaptação e defesa da teórica PHANEUF (2002).

Assim, segundo a teórica PHANEUF (2002, p. 227) “os mecanismos de adaptação e defesa, são referidos como tendo na sua base “uma situação difícil, à qual a pessoa tem dificuldade em se adaptar por causa da ansiedade e das emoções vivas que ela suscita...”. Uns favorecem a adaptação, outros agem mais como um escudo contra a ansiedade, a perda de auto-estima e o sofrimento. Alguns são nocivos ou ineficazes. Os mecanismos com função adaptativa podem ajudar a pessoa a voltar-se para um processo ativo de resolução de problemas. Segundo PHANEUF (2002, p. 230), já nos mecanismos defensivos, “a pessoa procura inconscientemente, por diversos meios, negar, esconder, bloquear ou atribuir aos

outros as suas pulsões inaceitáveis ou as emoções muito fortes ou muito desagradáveis que sente”.

Para poder ajudar o doente há que avaliar estes mecanismos e se estão a ter em cada momento uma função adaptativa positiva ou não. Ao criar uma nova existência, ao invés de se fixar na anterior, a pessoa pode sentir-se bem consigo e com a sua vida.

Fazendo interligação com os mecanismos de coping segundo a Teoria de CALLISTA ROY, podemos associar os mecanismos de coping inatos aos mecanismos defensivos de PHANEUF pois estes são inconscientes e por isso inatos à pessoa.

Os mecanismos de adaptação da teórica PHANEUF podem ser sinónimo dos mecanismos de coping adquiridos da teórica CALLISTA ROY, uma vez que são respostas da pessoa adquiridas com a sua aprendizagem e experiências de vida que levam à sua adaptação.

Por tudo isto, segundo OLIVEIRA (2006) o cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais de saúde como, médico, enfermeiro, fisioterapeuta e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos incapacitado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante. É preciso, também, chamar a atenção dos profissionais de saúde que indicam cuidados em casa a idosos dependentes, que sejam consideradas as mudanças sociais e económicas que estão a transformar as estruturas familiares e como estas podem afetar a posição e o papel tradicional do cuidador de idosos fragilizados e dependentes.

4. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

4.1 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO

Após meses de desenvolvimento da prática clínica e partindo da interação com as famílias com que trabalhei, foi surgindo a necessidade de sustentar em evidências científicas a minha prática clínica. Neste sentido, formulei a seguinte pergunta PIC(O): **Como se caracteriza a adaptação da família do idoso em situação de doença crônica pela ação do enfermeiro?**

A prática baseada na evidência tem ganho aceitação nos cuidados de saúde da maioria dos países ocidentais, produzindo evidência que está em constante evolução e expansão em prol da melhoria da saúde global. É consensual o entendimento de que todos os profissionais de saúde devem exercer a sua prática suportada pela evidência mais atual (PEARSON, WIECHULA, COURT e LOCKWOOD, 2005).

A reflexão da praxis profissional é assim cada vez mais uma necessidade e uma ferramenta essencial, consolidando os conhecimentos que se possui e dando um novo sentido ao cuidar da enfermagem. No entanto, esta é ainda uma prática pouco valorizada no cotidiano dos profissionais, sendo possivelmente o caminho a trilhar para comprovadamente afirmar a enfermagem enquanto profissão com o seu espaço próprio na sociedade.

Para Sackett *et al* (1996) referido por Pearson *et al* (2005) a prática baseada na evidência consiste na aplicação consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre o cuidado aos pacientes.

O processo reflexivo deve acompanhar o processo de cuidados em todas as suas fases de uma forma regular e sistemática, propiciando mudanças cognitivas nos profissionais, com vista à melhoria contínua dos seus cuidados, pela atualização, reformulação e incremento dos seus saberes, promovendo a prática baseada na evidência.

4.2 PESQUISA EM BASE DE DADOS

Como ponto de partida para a revisão sistemática de literatura foi formulada a pergunta em formato PI[C]O (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005):

As palavras-chave emergiram do quadro conceptual previamente elaborado, sendo elas Enfermagem familiar (Family nurs*), Doença crónica (chronic disease) e Adaptação (Aged adaptation).

P	Participantes	Família do Idoso	Descritores
I	Intervenções	Ação do Enfermeiro	Family Nurs*
C	Comparações		Chronic Disease
O	Outcome	Adaptação da família	Aged adaptation

Quadro 1: Critérios de formulação da pergunta PICO

A plataforma eletrónica consultada foi a **EBSCO** (<http://web.ebscohost.com>), seleccionando as bases de dados CINAHL Plus with *Full Text*, MEDLINE with *Full Text*. A consulta foi feita a partir de 12.12.2011 para análise reflexiva do presente relatório. As palavras-chave foram validadas na plataforma MeSHBrowser (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>), sendo todos eles descritores. Inicialmente foram pesquisados cada um dos descritores, isoladamente, com “find all my search terms” e com “full text” e sem filtro cronológico e posteriormente com filtro cronológico 2005-2011.

BASE DE DADOS EBSCO		
Descritores	Sem filtro cronológico	Com filtro cronológico 2005-2011
Family Nurs*	68951	23102
Chronic Disease	491148	172185
Aged Adaptation	42972	16596

Quadro 2 - Resultados dos descritores isoladamente na base de dados EBSCO

Foram posteriormente conjugados os descritores dois a dois e finalmente os três em simultâneo, nas bases de dados consultadas, mantendo as opções “full text” e “ find all my search terms” sendo posteriormente sujeitos a filtro cronológico de 2005-2011.

BASE DE DADOS EBSCO		
Descritores	Sem filtro cronológico	Com filtro cronológico 2005-2011
Family nurs* + Chronic disease	2884	1042
Chronic disease + Aged adaptation	3388	1348
Family nurs* + Aged adaptation	2359	954
Family nurs* + Chronic disease+Aged adaptation	196	80

Quadro 3 - Resultados dos descritores associados na base de dados EBSCO em 12-12-11

Deste total de 80 artigos procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão especificados para este relatório, tendo resultado em 21 artigos selecionados para a sua leitura integral.

Como critérios de inclusão compreenderam-se os artigos que abordavam a ação da enfermagem na adaptação da família em situação de doença crónica e onde o alvo da intervenção fosse a pessoa idosa bem como artigos de língua Portuguesa, Inglesa ou Espanhola e estudos recentes. Privilegiaram-se os artigos que utilizaram a metodologia qualitativa e/ou qualitativa ou revisão sistemática da literatura. Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia pouco clara, artigos repetidos nas duas bases de dados, artigos com data anterior a 2005 e todos aqueles sem co-relação com o objeto de

estudo, nomeadamente os que abordavam a doença psiquiátrica e/ou os cuidados paliativos, estudos que abordem a pessoa em fim de vida/fase terminal ou em cuidados paliativos, estudos em línguas diferentes da língua Portuguesa, Inglesa ou Espanhola.

Da leitura integral dos artigos considerados, selecionaram-se 3 artigos para a realização deste relatório, como sendo os que melhor respondiam à questão pico abordada, estando disponíveis as respetivas fichas elaboradas no Anexo II, III e IV.

Artigo nº2 Anexo III	Healthcare providers' perspectives: Estimating the impact of chronicity , Falkenstern, S.; Loeb, S.; Gueldner, S; Penrod, J; Poon, L (2005)		
Desenho	Artigo	Nível evidencia	VI
Artigo nº1 Anexo II	“Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crónicas de saúde” deTentini M.; Silva, S.; Valle, M.; Hammerschmidt, K. (2005)		
Desenho	Artigo	Nível evidencia	VI
Artigo nº1 Anexo IV	Idosos com necessidades de cuidado domiciliar ” de Martins, J.; Silva, R.; Nascimento, E.; Coelho, F.; Schweitzer,(2008)		
Desenho	Artigo	Nível evidencia	VI

Quadro 4 - Identificação dos artigos

5. ANÁLISE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS PARA O ESTUDO DA TEMÁTICA

Relativamente aos artigos selecionados é notório o tema assistência a idosos em situação de doença crónica e ambos chamam a atenção para o papel do cuidador em casa e do papel do enfermeiro.

Segundo FIGUEIREDO (2009), a enfermagem familiar surge alicerçada no pensamento sistémico, centrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família, contudo a abordagem dos cuidados continua centrada no indivíduo e a família conceptualizada como uma unidade divisível em partes.

Após a revisão sistemática considero que foi importante a contribuição dos artigos selecionados para o desenvolvimento dos meus conhecimentos na área de enfermagem de família e aumentar o potencial do exercício profissional para responder às necessidades das famílias em cuidados de enfermagem.

Segundo a DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) o envelhecimento demográfico e as alterações epidemiológicas e de comportamentos sociais e familiares determinam novas necessidades em saúde, urgindo organizar respostas mais adequadas na prevenção de situações de fragilidade e incapacidade que acompanham o aumento da longevidade. O delineamento de estratégias com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visa a manutenção da autonomia, independência, recuperação e qualidade de vida da população idosa, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

Segundo MARTINS ET AL (2008) é importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o sistema de saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas.

No entanto, essas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional e não na pessoa. Tais práticas requerem que o idoso e a sua família sejam protagonistas do processo de saúde-doença e participem ativamente do movimento de construção e de efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver e envelhecer com qualidade.

Assim na profissão de enfermagem, o enfermeiro é o profissional que poderá ajudar o indivíduo, promovendo a interação mútua através da consulta de enfermagem, sendo fulcral a abordagem com a família envolvendo-a no processo de cuidar, realizando reuniões de grupos, orientando-os e levando-os a aprenderem como realizar as práticas de auto cuidado no domicílio e levando-os a adquirir estratégias de forma a ultrapassarem sentimentos de stress resultantes do processo de adaptação.

Segundo MARTINS ET AL (2008), a promoção da saúde do idoso em ambiente domiciliar envolve um conjunto de atividades de cuidados socio-sanitários desenvolvidos no seu domicílio com a finalidade de detetar alterações, valorizar a saúde e dar suporte e soluções aos problemas resultantes da doença para que o idoso e a sua família sintam-se orientados e confortados com esta nova realidade.

Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, a Rede de Cuidados de Saúde continuados Integrados emerge como contexto estruturante de novas práticas de enfermagem centradas na família, enquanto unidade e alvo de cuidados.

A enfermagem teve o seu início a partir dos cuidados desenvolvidos nos domicílios das famílias havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco dos cuidados se iniciou desde Florence Nightingale. Com efeito, o acolhimento das famílias das pessoas internadas em hospitais e a promoção de práticas que incluíam os membros da família demonstram que desde o início da enfermagem sempre houve preocupação em incluir a família como foco de atenção dos cuidados (Galera & Villar, 2002; Bousso; Tito & Pires, 2004; ICN, 2002).

O processo de doença afeta o indivíduo na sua dimensão holística, no entanto, para além das implicações individuais acarreta instabilidade à célula familiar. A homeostasia familiar sofre uma rutura perante a doença de um dos seus membros o que implica mudança em todo o sistema, levando muitas vezes a uma situação de crise ou situação de instabilidade interna. A intensidade desta crise está relacionada não só com a utilização de recursos familiares disponíveis, mas também com as fontes de suporte externo e com a perceção do problema. Neste processo dinâmico a doença de um dos membros da família vai converter-se na doença familiar, o que na opinião de SORENSON e LUKMAN (1998) desencadeia sentimentos de ansiedade, frustração e exaustão.

O cuidado domiciliário requer a reorganização dos serviços de saúde com ênfase na promoção e educação, identificando as reais necessidades dos envolvidos, permitindo também a autonomia e a co-responsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculo, MARTINS (2008).

Segundo o autor anteriormente citado, há que pensar em educação contínua para cuidadores leigos como mecanismo de atenção à saúde de pessoas idosas, este, entre outros mecanismos, possibilitará a criação de alternativas de interlocução entre profissionais, pessoas idosas e seus familiares cuidadores, mediante políticas públicas fundamentadas neste trinómio.

Cada vez mais, é visível um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas, segundo os artigos, geralmente são familiares, especialmente, mulheres, que residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Existem dados que indicam que salvo por razões culturais muito específicas as mulheres são as “grandes cuidadoras” dos idosos incapacitados.

Comumente esses cuidadores não contam com conhecimentos prévios e básicos para o desempenho do seu papel em consonância com as necessidades do idoso funcionalmente dependente, muitas vezes por períodos prolongados.

Em muitos países desenvolvidos, a literatura sobre cuidadores, é extensa e as tentativas de conceituar cuidadores formais e informais, ou cuidadores principais e secundários, e fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada idoso dependente é bastante discutido com base em dados empíricos. Nestes termos, a literatura internacional aponta para quatro fatores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); género (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos).

Em Portugal, existe ainda um longo caminho a percorrer pelos profissionais de saúde para conseguirem promover a autonomia do cuidador do idoso. A maioria dos cuidadores informais ainda refere falta de apoio social após a alta hospitalar. É essencial após a alta hospitalar haver uma rede social de saúde e serviços sociais que auxiliam a pessoa idosa e a sua família na readaptação a uma nova etapa, no sentido de maior número de intervenções para o empowerment para o auto cuidado. É essencial esta tomada de consciência por parte dos enfermeiros para desenvolver estratégias preventivas nos cuidados primários adaptados às diferentes necessidades da população, adaptando iniciativas de auto cuidado e promoção da autonomia.

Por tudo isso é preciso que o enfermeiro esteja apto para trabalhar com a questão do aumento da longevidade, visto que a deterioração da saúde e o aumento da dependência devido à velhice exigem que nós enfermeiros, estejamos capacitados nos aspetos humano, científico e técnico e preparados para trabalhar com a prevenção de incapacidades e doenças, MARTINS (2008).

Compreende-se que de facto a enfermagem de família embora com contingências naturais, desempenha um papel primordial na promoção da saúde familiar em famílias com idoso dependente como pela sua centralidade na rede social destas, urgindo reorganizar os serviços de saúde às demandas reais das famílias, visando-se a permanência no domicílio dos seus familiares dependentes, não só pelos seus benefícios próprios, detetando-se mais

precocemente sinais de crise ou vulnerabilidades, como também pela rentabilização do já tão saturado Serviço Nacional de Saúde.

De acordo com TRENTINI, SILVA, VALLE e HAMMERSCHMIDT (2005) a doença crónica pode representar uma ameaça aos projetos de vida das pessoas que com ela têm de lidar, principalmente quando se trata de pessoas idosas. As pessoas com esse tipo de doença são forçadas a manter controlo rigoroso no seu estilo de vida, além da vigilância constante sobre os sinais e sintomas que, se não controlados, podem levar a situações graves e até à morte.

Segundo os mesmos autores, um novo modelo de saúde para as condições crónicas de saúde deverá compreender uma estrutura que inclui uma parceria harmoniosa entre pacientes e familiares, equipas de assistência à saúde e instituições de apoio da comunidade pois quando há perfeita integração dessa tríade, os pacientes participam ativamente no tratamento e prevenção das condições crónicas e dos seus sintomas.

Segundo TRENTINI, SILVA, VALLE e HAMMERSCHMIDT (2005) o enfrentamento consiste em habilidades comportamentais e cognitivas utilizadas para controlar demandas internas e externas, quando avaliadas pelo sujeito como excedendo os recursos disponíveis. O enfrentamento tem duas funções principais: a) gerenciamento ou alteração do evento stressor; nesse caso, o enfrentamento está focalizado no problema; b) controle, redução ou eliminação das respostas emocionais ao evento stressor que está focado na emoção, sendo paliativo, o sujeito procura aliviar o stress, ou seja, sentir-se melhor diante de um evento que não pode ser removido. Cada evento stressor é seguido de duas formas de apreciação: primária e secundária. Na primária, a pessoa examina em que foi atingida pela situação stressora, o resultado dessa apreciação contribui para a qualidade e intensidade da emoção. Na apreciação secundária, a pessoa indaga: o que posso fazer? Quais são as minhas opções para enfrentar esta situação? As respostas influenciarão o tipo de estratégia que irá utilizar para lidar com tal situação.

De acordo ainda com os mesmos autores é importante estimular a participação dos membros da família dos idosos, pois a procura de ajuda dos familiares aparece como forma de aliviar as tensões quotidianas. Nos grupos de auto-ajuda, por exemplo, os familiares dos idosos também podem beneficiar, adquirindo maior compreensão da situação dos seus familiares idosos e, dessa maneira, podem tornar-se um reforço no estímulo para a busca de múltiplas estratégias de enfrentamento.

Segundo FALKENSTERN, LOEB, GUELDNER, PENROD e POON (2005), os Profissionais de saúde de enfermagem, no âmbito dos cuidados de saúde primários, conseguem fornecer cuidados de saúde primários no sentido de diminuir o número de pessoas idosos em condições crónicas de saúde, tanto em meio rural como em áreas urbanas.

De acordo com Thorne & Paterson (2000) através da visitação domiciliária consegue-se compreender o impacto das condições crónicas de saúde dos idosos na sua vida quotidiana sendo tal noção fundamental para oferecer cuidados de saúde o mais individualizados possíveis no sentido de atender plenamente as necessidades dos idosos, independentemente da sua condição.

De acordo com NOBLE (2000), promover a adesão dos idosos a regimes terapêuticos e farmacológicos bem como na modificação de estilo de vida para melhorar o bem estar e gerir uma doença crónica, compõem o foco de intervenções terapêuticas e educativas dos profissionais de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários.

Quanto melhor for a compreensão e conhecimento dos profissionais de saúde de como as condições de doença crónica dos idosos afetam a sua rotina diária e a realização das suas atividades de vida, melhor é a individualização dos cuidados prestados e mais facilmente conseguem suprimir as necessidades e orientar os cuidadores prestando assim cuidados de excelência.

Para a Enfermagem conseguir uma melhor compreensão e maior conhecimento acerca da situação real dos idosos em situação de doença crónica e dos seus cuidadores, os profissionais de saúde devem concentrar-se não apenas na patologia, doença individual ou um

corpo físico inserido em sistemas, mas principalmente nas adaptações pessoais na interação da pessoa com sistemas inserido em subsistemas com os quais interage, nas habilidades funcionais dos idosos, bem como no processo de envelhecimento do idoso como pessoa biopsicosociocultural (FALKENSTERN, LOEB, GUELDNER, PENROD e POON 2005),

Assim é fundamental as percepções dos profissionais de saúde, como prestadores de cuidados de saúde primários, para a criação de regimes de cuidados de saúde eficazes e integrar esses regimes na vida diária dos utentes e das suas famílias.

Os profissionais de saúde devem entender como os idosos lidam com a sua condição de doença crónica e o impacto que isso traz para o seu dia-a-dia no sentido de poderem adequar os seus cuidados de saúde individualizados, bem como potenciarem estratégias de adaptação dos idosos e famílias na realização das suas atividades de vida diárias através de intervenções terapêuticas e educacionais.

Segundo FALKENSTERN, LOEB, GUELDNER, PENROD e POON (2005), as incongruências entre a perspetiva dos idosos e a dos profissionais de saúde no que concerne ao impacto das condições crónicas de saúde na vida diária dos idosos, pode justificar uma investigação mais aprofundada em áreas rurais, com uma amostra maior, incluindo a família do idoso e profissionais de saúde primários.

No entanto, pode-se concluir que existem fatores que influenciam o impacto que a condição da doença crónica tem sobre a vida diária do idoso, e que devem ser mobilizados pelo profissional de saúde no sentido de promover o controlo e responsabilidade para o autocuidado, promovendo a autonomia e adaptação do idoso à sua condição, visando a melhoria do seu bem-estar (FALKENSTERN, LOEB, GUELDNER, PENROD e POON 2005).

Com a pesquisa de evidências, é notório por motivos vários, como os elevados custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, a atual tendência, em muitos países, é a permanência dos idosos incapacitados nas suas casas sob os cuidados da sua família.

Ao longo da revisão sistêmica também é evidente que os cuidadores familiares desempenham um papel crucial ao assumirem a responsabilidade do cuidar do familiar, a maioria são do sexo feminino, e normalmente são esposas, filhas ou filhos que desempenham o papel de cuidador principal do familiar. Estes cuidadores normalmente têm nível educacional baixo e idades próximas da das pessoas que cuidam o que explica o facto que uma grande parte dos cuidadores serem cônjuges.

Como refere OLIVEIRA (2006) no Plano de Saúde Familiar, a família deve ser entendida de forma integral e no seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada no seu contexto socioeconómico e cultural, e reconhecida como sujeito social portador de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas, mas infelizmente concluiu-se que, apesar de os enfermeiros considerarem a família no seu espaço domiciliar, por meio de visitas domiciliares, de colheita de dados e da educação para a saúde, ainda centralizam a doença e o indivíduo, e a sua postura não tem estimulado a participação e a autonomia das famílias no que se refere à assistência e ao serviço.

As famílias com um idoso dependente serão uma forte demanda de cuidados sendo evidente que o papel do enfermeiro de família, consciente e capacitado, terá um papel fundamental na assistência das mesmas, sendo necessário para isso, transformações não só das cognições dos profissionais, como também das estruturas pouco flexíveis das equipas multi-disciplinares, esta transformação necessitará antes de mais, da formação e sensibilidade dos enfermeiros para as necessidades, vulnerabilidades e forças das famílias, para que a relação do cuidar ocorra segundo um método dinâmico, organizado e sistémico, à semelhança do processo desenvolvido no decorrer do estágio.

A formação especializada em saúde familiar toma neste contexto uma preponderância inequívoca, uma vez que a capacidade/competência de estabelecer uma relação terapêutica com as famílias determina a colaboração e participação destas no processo de cuidados. Este

envolvimento deve ser encarado prioritário, no entanto é muitas vezes secundarizado, em detrimento dos cuidados/procedimentos técnicos

As estratégias devem ser no sentido não só de conhecer o impacto da doença sobre a família, mas também investigar como as interações entre os seus membros influenciam o processo de saúde e doença. Utilizar um modelo de avaliação e intervenção é importante na prática de cuidados à família, os enfermeiros adotam uma estrutura conceptual para basear a avaliação o que facilita a organização de dados e orienta para o foco de cuidados

É essencial refletir sobre o papel fundamental do profissional de enfermagem nas relações que estabelece com a família, e que o investimento em formação académica nesta área é preponderante e urgente para o sucesso destas parcerias reforçando a opinião defendida por FRIEDMAN (1998) que a abordagem centrada na família continua sendo a expressão de um ideal e não uma pratica prevalente.

6. CONCLUSÃO

Uma interpretação de que envelhecer, mais que inevitável, pode ser um momento da vida extremamente produtivo, dadas a experiência e sabedoria do indivíduo, também pode vir a ser um dos momentos de maior flexibilidade do mesmo, já que visualizou durante toda a sua existência a complexidade e mutabilidade das coisas e dos fatos. Esse indivíduo, devido às suas vivências, pode discernir o que é imprescindível do que não é; o que é inadiável e o que realmente somará positivamente em qualquer instância da vida. Sobre essa sabedoria, advinda do tempo vivido, nos escreve ALVES (2001) que o erudito soma saberes, o sábio diminui saberes, ele escolhe o que é essencial, os saberes essenciais são aqueles que nos ajudam a viver.

Apesar dos esforços dispendidos para garantir uma velhice cada vez mais activa e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase da vida, vindo a precisar de ajuda, de cuidadores. Embora tradicionalmente esta obrigação seja dos filhos, cônjuge, familiares, isso nem sempre ocorre e ou é possível, face aos compromissos profissionais, familiares, sociais e até mesmo por vínculos afetivos inexistentes. A falta de compreensão das alterações, tanto orgânicas quanto psicológicas, sofridas pelo idoso, surge um ambiente de stress. Hoje vivemos na era do cuidar, seja este em que sentido for. O cuidador seja mulher ou homem, familiar ou contratado, vizinho ou amigo, com formação escolar ou sem formação, é solicitado a desenvolver esta actividade de auxiliar o idoso na realização das suas actividades de vida diárias.

Segundo Hanson (2005), a capacitação dos cuidadores de idosos tem papel fundamental quando se fala em promoção de saúde e acção preventiva, evitando-se internamentos. O idoso bem conduzido por cuidadores capacitados conseguirá uma melhor

evolução clínica e qualidade de vida, evitando-se as complicações e, conseqüentemente, reduzindo-se a demanda pelos serviços de saúde de um modo geral, especialmente nos internamentos.

Cuidar é muito mais que um acto, cuidar é uma atitude que requer conhecimento, responsabilidade mas também afectividade, de ser humano entre ser humano. Assim entendendo, o cuidador deve antes de tudo saber cuidar de si próprio para então cuidar de um outro, um semelhante, mas não igual, que temporariamente está incapacitado funcionalmente.

Só o trabalho, só o acto de zelar, não faz um cuidador é necessária a união do trabalho com a disponibilidade e capacidade de ouvir o outro, sentindo-o, sem possuí-lo, sem tirar-lhe sua autonomia e independência. O cuidado verdadeiro é um trabalho prazeroso, sem sofrimento. O Cuidador de Idoso, deve estar capacitado para substituir o conceito de doença, pelo de incapacidade funcional, enfatizando os cuidados preventivos. O Cuidado não é estático, como a vida, e também o processo de envelhecimento, o cuidado é dinâmico e podemos pensar em um guia de condutas mas não um protocolo rígido, engessado, onde o cuidador tenha a segurança que só o realizar de determinada tarefa, garanta o cuidado necessário.

Da análise efetuada aos artigos pude constatar que o cuidador familiar representa a base do cuidar no domicílio, pois apesar da pouca visibilidade é ele que assegura a grande parte da assistência a esse nível. Estudos mostram que a grande maioria tem nível educacional baixo, são do sexo feminino e que não recebem qualquer tipo de remuneração pelo que fazem. Os motivos que levam as pessoas a serem cuidadores familiares são o sentimento de obrigação e solidariedade, os fatores históricos e culturais e o simples facto de não existir uma outra opção.

Existe uma tendência cada vez maior para se transferir o cuidar para o domicílio responsabilizando assim as famílias. Verifica-se que, em muitas ocasiões, essa transferência não é acompanhada com a devida avaliação quanto as condições dos familiares para o acolhimento do doente dependente seja feito sem qualquer tipo de risco. Alguns estudos

destacam a importância das unidades hospitalares e outras a nível comunitário se organizarem no sentido de planear melhor a transferência do doente para o domicílio e para o desenvolvimento de programas de formação para cuidadores em diversas áreas.

De acordo com FIGUEIREDO (2009) os objetivos da enfermagem de família centram-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável das suas constantes processos de mudança. Assim, e de acordo com a análise dos artigos verifica-se que através da intervenção do enfermeiro de família conseguem-se atingir os objetivos da enfermagem de família e promover a integração da família nos cuidados de enfermagem otimizando não só a saúde do idoso como também a saúde de todo o sistema familiar.

A caracterização sistémica das famílias abordadas pelo modelo empregue e o desenvolvimento de uma prática especializada em enfermagem avançada ao longo do presente processo formativo, permitiu uma atuação mais integrativa e resolutiva, atuando entanto gestora dos recursos internos e externos das famílias, na abordagem das suas potencialidades e vulnerabilidades face às suas transições normativas e/ou aos fatores que destabilizam o equilíbrio familiar, visando a autonomia e saúde das famílias.

A necessidade de ir recorrendo ao longo do estágio às bases de dados científicas para melhor dar resposta às necessidades das famílias, permitiu a negociação e construção de um plano de cuidados mais autêntico e congruente, de forma a garantir a capacitação, desenvolvimento e equilíbrio dos sistemas familiares. O confronto entre a realidade do ensino clínico, a análise dos achados bibliográficos e a consolidação de conhecimentos e conceptualizações pré-existentes, permitiu revelar o papel essencial atribuído ao enfermeiro de família.

Com a elaboração deste relatório e com as experiências vivenciadas ao longo de todo o ensino clínico assumo que hoje sou uma pessoa e principalmente uma profissional de enfermagem mais atenta e mais rica pois os conhecimentos adquiridos foram muitos e hoje,

neste momento exato, assumo-me como enfermeira com competências adquiridas a nível da Saúde Familiar, pois todos os objetivos delineados no início deste relatório foram alcançados.

7. BIBLIOGRAFIA

ALLENDE, Isabel - Paula, 10ª. Ed, Lisboa : DIFEL, 1994

ALVES, Rubem. *As cores do crepúsculo: a estética do envelhecer*. 3 ed. São Paulo: Papyrus, 2001.

ALARCÃO, Madalena 2000 **“(Des)equilíbrios Familiares”** 3.ª edição, Coimbra: Quarteto Editora

AMENDOEIRA, José (1999). **A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?** Dissertação de mestrado. Universidade Nova de Lisboa

AUGUSTO, B.J. e tal (2002) **“Cuidados continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros do cuidar”** Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995). **Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades**. Lisboa: Lusodidacta

Carta de Ottawa; OMS, 1986 disponível em www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf

CAEIRO, Rui (1991). **Registos Clínicos em Medicina Familiar**. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul – Ministério da Saúde

COLLIÈRE, Marie - Françoise - Promover a vida : Da prática das Mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem - Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. P.385

Elsen, I; Marcon, SS; Silva, MRS da (orgs). **“O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.”** Maringá: Eduem; 2002

“Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crónicas de saúde” de Tentini M.; Silva, S.; Valle, M.; Hammerschmidt, K. (2005)

FIGUEIREDO, Henriqueta – **Enfermagem de família: Um contexto do cuidar**. Porto: Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências em Enfermagem

FIGUEIREDO, Maria (2009). **Enfermagem de Família: um contexto do cuidar**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [em linha] [Consult. 2010-09-27]. Disponível em www. <URL: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%C3%ADlia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

FIGUEIREDO, Henriqueta (2008) – Cuidar a família: dos conceitos às representações. **Sinais vitais** n.º 76 Vol. Jan.2008

FRIEDMAN, M. (1997) **“Family nursing: research, theory and practice”** East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange

GALERDA, Sueli; LUÍS, Margarita (2002) **“Principais conceitos da abordagem sistémica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família”** Brasil, Revista Esc. Enfermagem, USP,

GIBBON, Bernard - O stress nos familiares dos doentes . Nursing, Lisboa, 1:11 (Dezembro 1988)

GONÇALVES, Lúcia; COSTA, Maria; MARTINS, Maria; NASSAR, Sílvia; ZUNINO, Roberta – **A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal**. Rev. Latino- Am. Enfermagem. . Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de S. Paulo. ISSN 1518-8345. Vol. 19, N.º: 3 (2011). p. 458-466: [em-linha]. [Consult. 2011-11-20].Disponível em www. <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf

HANSON, Shirley M. H. (2005) **“A enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação”** 2.ª Edição Loures: Lusociência

“ Healthcare providers’ perspectives: Estimating the impact of chronicity”, Falkenstern, S.; Loeb, S.; Gueldner, S; Penrod, J; Poon, L (2005)

HENNEZEL, Marie de - Diálogo com a Morte, Lisboa : Ed. Notícias, 2000. P.173

HESBEEN, Walter. (2000). **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. (2ª ed.). Loures: Lusociência

“Idosos com necessidades de cuidado domiciliar” de Martins, J.; Silva, R.; Nascimento, E.; Coelho, F.; Schweitzer, G.; Silva, R.; Erdmann, A. (2006)

KUBLER-ROSS, Elisabeth - Encontro com os Moribundos, Lisboa : Ed.: ACEPS, 1991,p. 24

Lazure, Hélène - Viver a relação de Ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência de Enfermagem. Lisboa Lusodidacta, 1994. P.214

Machado, S. – “**Uma Enfermagem para o século XXI. Enfermagem em foco**”. Lisboa. ISBN 0871-8008 Ano IX nº 41, 2000;

MACHADO, Paulo. (2003). **O Lugar dos idosos em Portugal e no Mundo**. [em-linha] [Consult. 2010-10-27]. Disponível em www. <URL:http://www.janusonline.pt/2003/2003_1_4_4.html

Ministério da saúde – “**Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar do século 1998 – 2002**”. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999;

MORINE. “**Introdução ao pensamento complexo**” 2.^a Edição, Lisboa; Instituto Piaget; 1995

OLIVEIRA, Juliana; TAVARES, Darlene – **Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: actuação do enfermeiro**. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo: Universidade de S. Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 44, N.º: 3 (2010) p. 774-781: [em-linha]. [Consult. 2011-11-20]. Disponível em www. <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>

OMS - Enfermagem e “Midwife”- “Saúde 21”. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000.

OMS – 2ª Conferência Interministerial de Munique – Declaração de Munique. Região Europeia da OMS, 2000

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003). **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista**. Lisboa: Autor.

Paúl, M. – “**Lá para o fim da vida – Idosos, família e meio ambiente**.” Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 972-40-1000-7. 1997;

Pimentel, L.- “**Entre o dever e os afectos: Os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar**.” Universidade Nova de Lisboa; Faculdade de Ciências Sociais e Humanas; 2008.

PORTUGAL. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – **Unidades de Saúde: ACES**. [em-linha] 2010 [Consult. 2010-10-26]. Disponível em www. <URL: http://www.arslv.t.minsaude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/UnidadesDeSaude/Paginas/can_USF.aspx

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – **Estatísticas Demográficas de 2008**. [em-linha] 2009. [Consult. 2010-11-26]. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71446801&PUBLICACOESmodo=2). <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71446801&PUBLICACOESmodo=2>

PORTUGAL. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**: [em-linha]. [Consult. 2010-09-28]. Disponível em [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html). <URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html>

Regulamento n.º 126/2011. “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8660-8661. [Consult. 2011-03-20]. Disponível em [www.dre.pt](http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866008661.pdf): <URL: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866008661.pdf>> .

RELVAS, Ana Paula – **O Ciclo Vital da Família-Perspectiva Sistémica**. Porto: Edições Afrontamento. 2000, 2ª Edição. ISBN: 972-36-0413-2

RICE, Robyn. (2004). **PRÁTICA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS. Conceitos e Aplicação** 3ª Ed. Loures, Lusociência

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison (2001). **O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi

SALT, Jacqui - A Participação da Família no " cuidar ". Nursing. Lisboa - N.º.37 (1991, p 11-13)

SEQUEIRA, Carlos (2007). **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto editora

STANHOPE, Marcai; LANCASTER, Jeanette (org) (1999) **“Enfermagem comunitária”** Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ursula M. Karsch , “Idosos dependentes: famílias e cuidadores”

USF Almeida Garrett. **Plano de acção (2010)**.

Vasconcelos EM , **Redefinindo as práticas de saúde apartir da Educação Popular nos Serviços de Saúde**, pp. 11-20. In EM Vasconcelos (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*, São Paulo, 2003

Who, NPH, **Active agging: a police framework**, 2002, disponível em <http://www.who.int/hpr/agging>

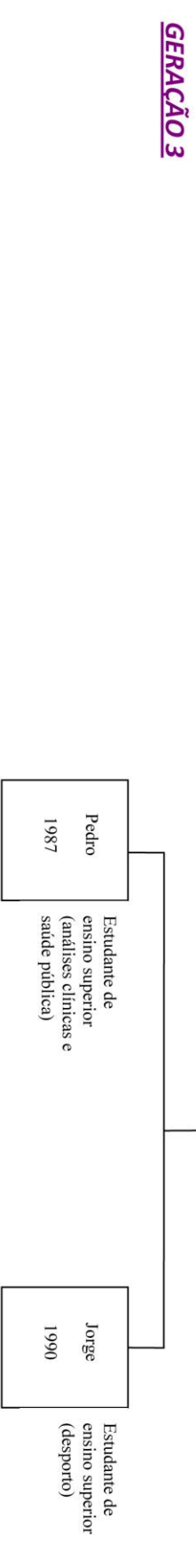
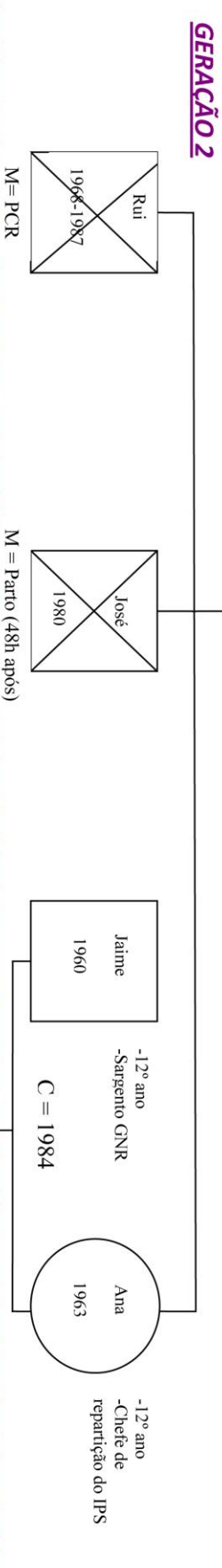
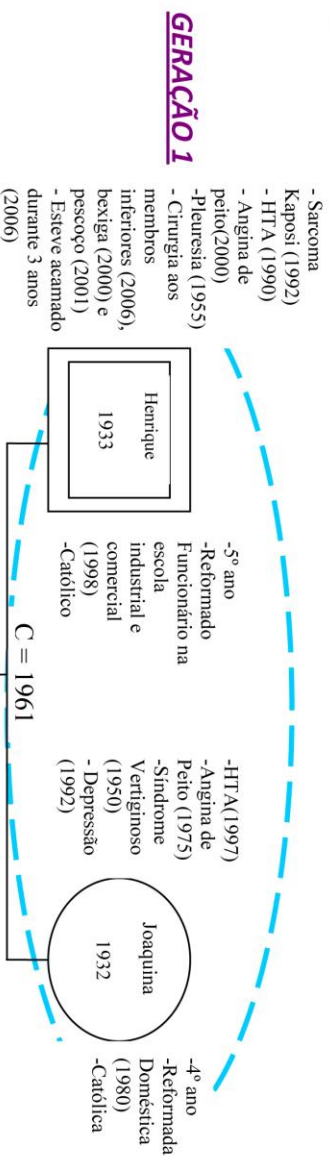
Wright, Lorraine; LEAHEY, Maureen (2002) - **“Enfermeiras e Famílias – Um guia para avaliação e intervenção em família”** 3.ª Edição: Roca

Anexo I- Avaliação das famílias

GENOGRAMA FAMÍLIA SÁ

Data: 30/10/2010

Preenchido por:
Ângela Sousa e família Sá



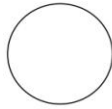
LEGENDA:



→ Indivíduo do sexo masculino



→ Indivíduo do sexo masculino alvo dos cuidados



→ Indivíduo do sexo feminino



→ Morte



→ Linha matrimonial



→ Casal com filhos



→ Elementos que coabitam

C- Casamento

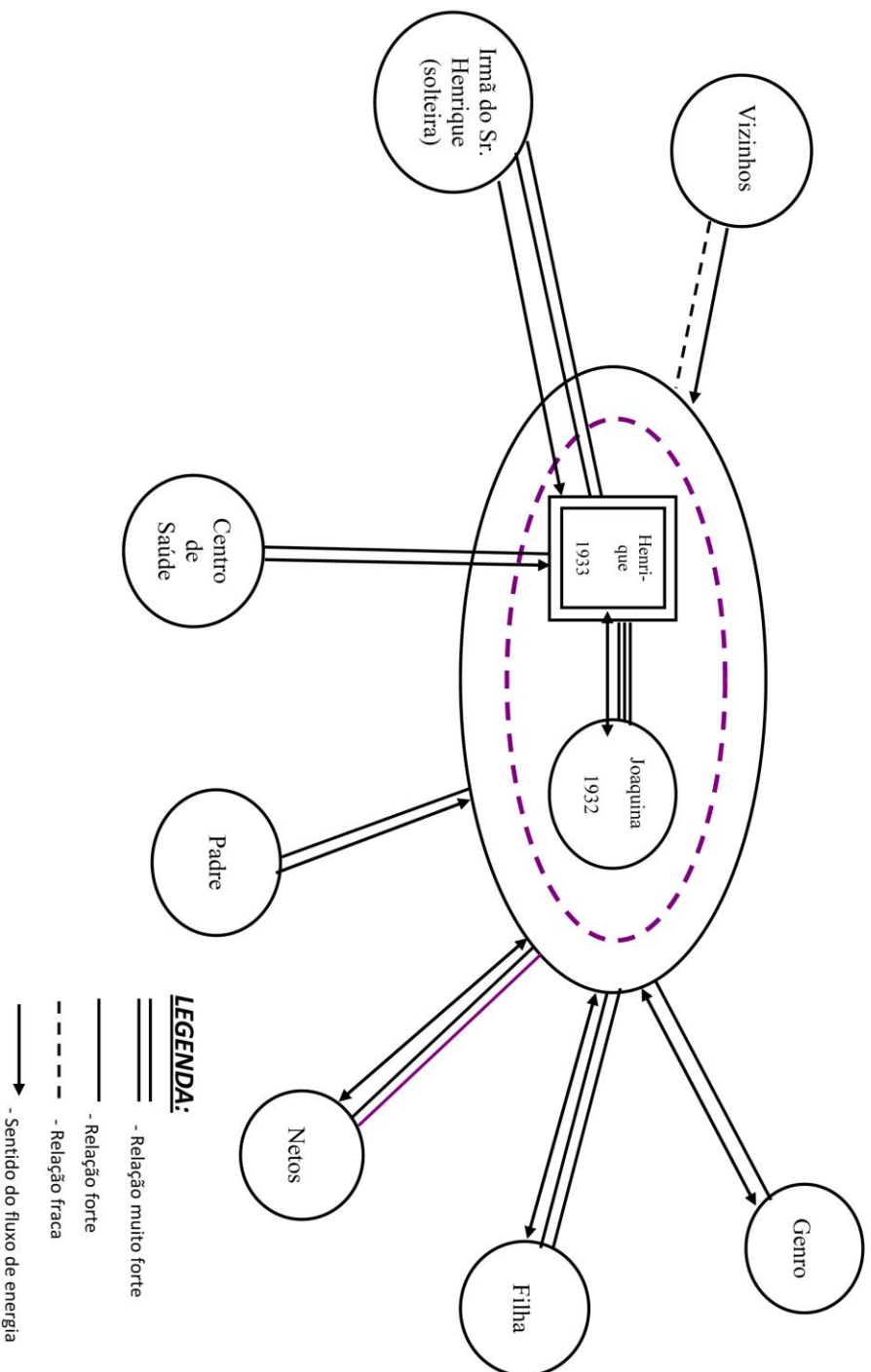
M - Morte

HTA - Hipertensão Arterial

PCR - Paragem cardio-respiratória

ECOMAPA FAMÍLIA SÁ

Preenchido por: Ângela Sousa e família Sá



LEGENDA:

- Relação muito forte
- Relação forte
- Relação fraca
- Sentido do fluxo de energia

1. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA SÁ SEGUNDO O MODELO DINAMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR DE FIGUEIREDO

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, baseado no modelo de Calgary e concebido à luz da teoria sistémica, pretende fornecer aos enfermeiros uma ferramenta que permita identificar de forma mais rigorosa as necessidades das famílias e assim proporem-se a intervenções mais eficientes. (FIGUEIREDO, 2009)

Este modelo define que a intervenção de enfermagem à família requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções (Figueiredo e Martins, 2008)

É ainda descrito neste modelo que a enfermagem de família constitui-se como uma área específica no contexto geral da enfermagem, dando ênfase às interacções dos elementos da família, numa perspectiva sistémica dos cuidados.

De acordo com Figueiredo e Martins (2008), o Modelo de Cuidados de Enfermagem de Família apresenta-se como uma estrutura multidimensional, que integra três dimensões principais, a estrutural, a desenvolvimental e a funcional. Cada uma das dimensões abrange ainda categorias e subcategorias, que são fundamentais para uma correcta avaliação da família.

A intervenção de enfermagem tendo por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, permite que o enfermeiro detenha um maior conhecimento e compreensão da dinâmica funcional da família, de modo a que consiga promover e/ou facilitar a mudança de hábitos. Neste sentido, é essencial que o enfermeiro veja a família como um sistema familiar, maior do que a soma das suas partes (Christoffel, Pacheco e Reis, 2008).

1.1 DIMENSÃO ESTRUTURAL

“A estrutura familiar refere-se às características (sexo, idade, composição do agregado) dos membros que compõem a unidade familiar. Mais especificamente, a estrutura de uma família representa as posições ocupadas pelos indivíduos que estão envolvidos dentro da unidade familiar de uma forma regular, com ocorrência de interacções e relações.” (Stanhope, 1999, p.496)

Segundo Figueiredo e Martins, 2008 “para a avaliação estrutural, dois instrumentos são utilizados para delinear as estruturas internas e externas da família: o genograma e o ecomapa”.

De acordo com McGoldrick e Gerson, citados por Hanson (2005, p. 189), “um genograma é um formato para um desenho de uma árvore genealógica, que regista informação acerca dos membros da família e das suas relações ao longo de pelo menos três gerações (...) é uma fonte de informação para planear estratégias de intervenção, porque apresentam (...) uma visão geral rápida das complexidades da família”. O genograma da família Sá pode ser visualizado em anexo. (anexo 2)

De acordo com Christoffel, Pacheco e Reis (2008) “o ecomapa é um diagrama que representa a visão geral da situação da família, relatas relações importantes de educação, ou conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo de energia ou a falta de recursos ou privação”. A elaboração do ecomapa de uma família torna-se muito útil, pois permite ao enfermeiro uma visão rápida e uma fácil compreensão das relações estabelecidas pela família e factores de stress/tensão que podem interferir no equilíbrio da unidade familiar. O ecomapa da família Sá esta desenhado em anexo. (anexo 3)

Relativamente à família Sá, é o Sr. Henrique e a D. Joaquina que compõem a família nuclear, os quais coabitam. Este casal teve três filhos: Ana, Rui e José mas, no entanto, actualmente só Ana é que está viva (é casada com Jaime e tem dois filhos, Pedro e Jorge). José faleceu apenas 48h após o parto e Rui faleceu repentinamente após uma paragem cardio-respiratória, aos 19 anos.

De acordo com Stanhope e Lancaster (1999), após a morte de Rui verificou-se a ocorrência de uma crise de desmembramento nesta família, uma vez que houve a perda de um elemento verificando-se uma desorganização/difuncionalidade entre os restantes elementos. “A perda do meu Rui custou-me muito. Era o nosso menino.” (sic – D. Joaquina). Este facto levou à necessidade de encontrar estratégias para lidar com este acontecimento, tendo havido uma reestruturação de relações entre os elementos desta família. Houve ainda a necessidade de o casal se adaptar à falta de um elemento na sua família nuclear, uma vez que a D. Joaquina e o Sr. Henrique coabitavam com Rui pois Ana, aquando da morte do irmão, já estava casada e havia saído de casa.

Segundo a D. Joaquina, após a morte do filho, a relação entre a filha Ana e o único neto que tinham até então, Pedro (que na altura tinha 1 ano), ficou ainda mais fortalecida. Segundo o casal, Pedro veio como que substituir a perda do filho. “Gostamos muito dos dois mas o Pedro é o menino dos nossos olhos.” (sic – D. Joaquina)

Na família Sá pode-se considerar que existe, de forma não muito evidente, a ideia da predominância do género masculino, principalmente na primeira geração. Apesar não ser notório esta “dominância” em comportamentos ou expressões, o Sr. Henrique sempre trabalhou para sustentar a família enquanto que a D. Joaquina estava em casa a tratar da lide da casa e a cuidar dos filhos. No entanto, actualmente, a D. Joaquina acaba por ser o elemento “central” entre o casal pois gere toda a casa, despesas e assegura os cuidados ao marido, principalmente durante o período em que este esteve acamado.

Na segunda geração, verifica-se que ambos os elementos do casal trabalham mas, no entanto, apesar de Jaime (genro do Sr. Henrique e D. Joaquina) ajudar, a lide da casa está mais a cargo de Ana.

Nesta família, na 2ª geração não é possível verificar a influência de haver um filho mais velho, uma vez que, actualmente, Ana é a única filha. Segundo os relatos do casal, mesmo antes da morte de Rui essa influência da existência de um filho mais velho não era significativa no desempenho de papéis. No entanto, após a morte do irmão, Ana assumiu um papel de destaque na família.

Relativamente à 3ª geração, é notória uma relação forte com ambos mas Pedro, o neto mais velho, é referenciado mais vezes que o irmão. Este facto está relacionado com o facto de após a morte de Rui, terem visto nele “a substituição” para o filho perdido. Apesar deste facto, não se verifica nenhum condicionamento no desempenho de papéis entre os dois netos.

A relação entre o casal é bastante forte, após 48 anos de casamento, juntos ultrapassaram todos os momentos mais “cruéis” com o apoio um do outro. Referem que após tantos anos de relacionamento (12 de namoro e 48 de casamento) ainda se consideram “muito amigos” (sic – D. Joaquina). Para além disso, é a D. Joaquina que assegura a prestação de cuidados informais ao Sr. Henrique.

A filha Ana desempenha um papel importantíssimo pois referem que têm uma relação bastante forte (tendo ficado ainda mais unidos após a morte de Rui) e que, para além disso, Ana assegura todas as necessidades dos pais, estando sempre presente e ajudando-os em tudo o que precisam.

Apesar de referirem “adorar” os dois netos, sendo esta relação recíproca, nota-se a existência de uma relação mais forte entre o casal e o neto Pedro devido ao facto de verem nele a “substituição” do filho perdido. Referem que o neto é bastante companheiro e preocupado com os avós. “Ele não passa um fim-de-semana sem vir cá, nem se vais embora sem se despedir de nós. É muito nosso amigo e preocupa-se bastante connosco.” (sic – Sr. Henrique)

Na família não se verifica a existência de limites rígidos no que respeita à relação entre os membros. Referem que, aquando da necessidade de tomar uma decisão importante, todos discutem o assunto em conjunto chegando assim a alguma conclusão. “Damo-nos todos muito bem e podemos falar de todos os assuntos sem qualquer limitação. É uma questão de princípios.” (sic – Sr. Henrique)

Relativamente à relação com o meio envolvente, identifica-se a limitação relacionada com o facto de Sr. Henrique já não conduzir. Referem que a zona onde vivem tem pouca acessibilidade de transportes pelo que estão sempre dependentes da filha, genro ou neto para se deslocarem a algum local mais distante (evidenciando que, no entanto, eles estão sempre disponíveis para ajudar). Para além disso, o facto do Sr. Henrique ter uma diminuição da força dos membros inferiores que lhe provoca alguma dificuldade na deambulação, associado ao medo de cair, faz com que passe a maior parte do tempo em casa, sentado, sem que saía para a rua, ficando de certo modo comprometidas as suas relações com o meio envolvente. Outro facto que afecta a relação da D. Joaquina com o exterior deve-se à preocupação do Sr. Henrique. Este refere que, por vezes, quando sai e demora mais algum tempo que o suposto (por exemplo, se ficar algum tempo a conversar com as vizinhas), o marido fica bastante preocupado e com medo que lhe tenha acontecido alguma coisa. “Tenho medo de a perder” (sic- Sr. Henrique). Assim, a D. Joaquina refere que por vezes nem pode sair à vontade

O casal refere ter uma muito boa relação com a família alargada que é constituída pela filha Ana, o genro Jaime, e os netos Pedro e Jorge. O casal descreve-os como pessoas bastante significativas, preocupadas e prestáveis, podendo contar com eles e com o seu apoio perante qualquer situação, nomeadamente no que se relaciona à situação de saúde do Sr. Henrique.

Para além disso, referem que a família alargada é atenta ao facto de o casal não sair muito de casa (especialmente o Sr. Henrique), levando-os frequentemente a passear ou a ir a sua casa.

Para além dos membros já referidos, Isabel (irmã do Sr. Henrique) é também uma presença constante pois é solteira e, devido a ter bastante tempo livre e estar só, visita o irmão diariamente, sendo um elemento que também lhes dá bastante apoio. O Sr. Henrique refere ter outra irmã que vive em Lisboa com a sua própria família e que o visita todos os domingos. Apesar de esta também ter um papel significativo para si, o Sr. Henrique refere que, devido à convivência diária, tem uma relação mais forte com a irmã Isabel.

A D. Joaquina e o Sr. Henrique, relativamente à convivência com a vizinhança, referem que apesar de terem uma boa relação e nunca terem havido problemas, não são muito próximos pois não saem muito de casa (principalmente o Sr. Henrique). “Em 48 anos que vivemos aqui, nunca tivemos problemas com os vizinhos” (sic - D. Joaquina).

No que respeita aos recursos da comunidade, a D. Joaquina refere que do mais dependem é do supermercado, farmácia (sendo que para se deslocarem até lá dependem da filha, genro ou netos, excepto para fazer pequenas compras) e o centro de saúde. Relativamente ao último referido, são feitas visitas domiciliárias ao Sr. Henrique para realização do tratamento em dias alternados. O casal demonstra ter uma boa relação com os profissionais de saúde, tendo bastante respeito, simpatia e agradecimento pelos cuidados prestados. Outro recurso de saúde que mobilizam é o Hospital mas este de forma esporádica, sendo que apenas lá vão quando o Sr. Henrique tem consultas ou em alguma situação de emergência.

A família Sá define-se como pertencente à classe média. Estando a D. Joaquina e o Sr. Henrique reformados, é a D. Joaquina que actualmente gere todo o dinheiro que recebem, consoante as suas necessidades. É por eles referido que o dinheiro das suas reformas chega bem para os dois e as suas despesas. “Nunca vivemos mal e o dinheiro das nossas reformas chega bem para nós” (sic – D. Joaquina).

Para além disso, referem ainda que é com satisfação que todas as semanas conseguem dispensar algum dinheiro que dão aos dois netos. “Eles estão a estudar, ainda não recebem salário. Precisam de uma ajuda para as coisas deles” (sic – D. Joaquina)

Quanto à notação social familiar avaliada pelos cinco itens da escala de Graffar adaptada, a família Sá obteve um total de 19, correspondendo à posição social IV identificada como classe média baixa.

A escala de Graffar adaptada permite uma avaliação das condições sócio-económicas da família, possibilitando a previsão de condições de risco, bem como alterações comportamentais de saúde e de desenvolvimento psicossocial (FIGUEIREDO, 2009).

Tanto a D. Joaquina e o Sr. Henrique se referem católicos e bastante crentes em Deus. Até à altura em que surgiu o problema de saúde do Sr. Henrique e deste esteve durante 3 anos acamado, o casal deslocava-se todos os domingos à igreja para assistir à missa. Actualmente, uma vez que o Sr. Henrique já não conduz e apresenta alguma dificuldade em se mobilizar, optaram por assistir à cerimónia pela televisão, todos os domingos. Para além disso, é ainda

bastante significativo para eles, a visita do padre a sua casa para tomarem a comunhão (todos os domingos).

É ainda notória a existência de símbolos religiosos em sua casa como por exemplo, imagens de santos nos móveis e quadros.

Apesar da sua franca devoção, referem que nas gerações seguintes (2ª e 3ª geração) tal não acontece. “A minha filha, genro e netos não ligam à religião” (sic – D. Joaquina)

A D. Joaquina e o Sr. Henrique vivem na Ribeira de Santarém, uma pequena vila que referem ter poucos recursos. “O meio é muito pequeno” (sic – Sr. Henrique)

Referem que para se deslocarem a Santarém, local onde têm mais recursos nomeadamente para fazer compras, dependem dos filhos pois os transportes são escassos. Para além disso, a D. Joaquina refere que não consegue carregar todos os sacos de compras sem ajuda, pelo que (caso não tivesse ajuda da família) teria que solicitar um táxi que a deixasse mesmo junto a casa. Ainda assim, por viver num primeiro andar, refere que subir as escadas com o peso dos sacos de compras é uma dificuldade.

Apesar de existirem cafés na zona onde habitam, referem que não os frequentam devido à dificuldade em deambular do Sr. Henrique. Também o facto de viverem num primeiro andar sem elevador e a rua junto à casa do casal ser uma descida bastante acentuada é um obstáculo para o Sr. Henrique.

Quanto ao edifício residencial, foram verificadas algumas barreiras arquitectónicas que se constituem como dificultadoras à família, como a existência de uma enorme escadaria estreita de acesso à moradia e o facto de toda a moradia apresentar corredores estreitos e com piso escorregadio, constituindo-se como um factor de risco à ocorrência de acidentes.

A casa apresenta boas condições de higiene e têm abastecimento de água pela rede pública. Relativamente ao aquecimento este é feito através de aquecedores eléctricos nas principais divisões da habitação (quarto do casal, sala de estar e em um dos corredores). O abastecimento de gás é feito por botija demonstrando os conhecimentos necessários. O casal não apresenta qualquer animal doméstico.

1.2 DIMENSÃO FUNCIONAL

A análise da dimensão funcional tem como objectivo major a compreensão da dinâmica do funcionamento familiar. Perceber de que forma se organizam quando surge uma alteração ao padrão habitual de tarefas, papéis ou uma situação de doença.

Assim, o enfermeiro consegue facilmente visualizar quais as áreas a que a família não se consegue adaptar, intervinda nesse sentido.

A dimensão funcional, que integra as categorias, **instrumental** e **expressiva**. No que diz respeito à categoria instrumental, esta é constituída pela avaliação das actividades de Vida Diárias da família. Relativamente à categoria expressiva, dirige-me especificamente sobre a relação dinâmica.

De modo a tornar mais clara a apresentação dos dados relativos a cada um dos auto-cuidados de Vida da família Sá, vou separá-las e caracterizá-las individualmente na tabela seguinte:

	INSTRUMENTAL	
	HÁBITO	ALTERAÇÃO AO HÁBITO
AUTO-CUIDADOS MANTER AMBIENTE SEGURO	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique possui o Programa Nacional de Vacinação actualizado (até 2013) e a D. Joaquina (até 2017) - A D. Joaquina é a responsável pela medicação do marido. - Vivem num primeiro andar com escadas e sem elevador; - Possuem tapetes no corredor e quarto; - Tem casa de banho, luz eléctrica, água canalizada e sistema de esgotos; - A única medida de prevenção de quedas que utilizam é o tapete anti-derrapante na banheira; - O acesso ao prédio onde vivem é feito por uma rua com inclinação acentuada e piso irregular; - O corredor que dá acesso ao quarto é “irregular”, estreito e possui alguns obstáculos. - Ambos fazem medicação para a Hipertensão Arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - A D. Joaquina sofre de depressão há 18 anos; - Durante o seu discurso, é notória alguma falta de memória no Sr .Henrique. - O Sr. Henrique apresenta manchas nos membros inferiores que correm o risco de ulcerar.
AUTO-CUIDADO COMER E BEBER	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique e a D. Joaquina fazem 4 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar); - Peq.-Almoço: (D. Joaquina) cereais, iogurte e leite (Sr. Henrique) Leite com café e pão - Almoço: peixe ou carne (preferencialmente branca) com batata/arroz/massa; - Lanche: fruta/pão - Jantar: sopa/pão com queijo e 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique tem um IMC de 30; - O Sr. Joaquim possui prótese dentária. - Ambos referem beber pouca água.

	<p>chá/fruta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambos referem ter cuidado com a alimentação, evitando ingerir gorduras, sal em excesso, doces... - Quem confecciona as refeições é a D. Joaquina - Ao almoço, o Sr. Henrique normalmente bebe um copo de vinho. 	
<p>AUTO-CUIDADO FAZER HIGIENE PESSOAL E VESTIR-SE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Família de raça caucasiana - Tomam banho no chuveiro - O Sr. Henrique retira as ligaduras dos membros inferiores para tomar banho 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique possui várias manchas de cor púrpura nos membros inferiores; - O Sr. Henrique necessita de ajuda da D. Joaquina para lavar as costas e os membros inferiores; - O Sr. Henrique necessita de hidratação diária nos membros inferiores, necessitando da ajuda da esposa;
<p>AUTO-CUIDADO MOBILIZAR-SE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A D. Joaquina mantém-se activa ao tratar da lide da casa 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique refere diminuição da força nos membros inferiores, cansaço fácil a médios esforços e medo de cair ao deambular - Esteve acamado durante 3 anos - Durante o período em que o marido esteve acamado, a D. Joaquina realizou diariamente bastantes esforços pelo que ficou com dores ósseas - Refere que por vezes se sente cansada pois “a idade já pesa” - O Sr. Henrique deambula com o auxílio de um auxiliar de marcha - O Sr. Henrique passa maior parte do dia sentado
	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique é reformado há 12 anos - O Sr. Henrique era funcionário da escola industrial e comercial 	<ul style="list-style-type: none"> - Anteriormente saíam para passear de carro (enquanto o Sr. Henrique conduziu) - lam semanalmente à missa.

<p>AUTO-CUIDADO TRABALHAR E DISTRAIR-SE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A D. Joaquina sempre foi doméstica - Ambos passam maior parte do tempo em casa, saindo por vezes para passear com a família - O Sr. Henrique refere ter encarado bem a reforma - O Sr. Henrique passa maior parte do dia a ver TV - Referem que embora sempre tenham tido uma boa relação com os vizinhos, não desenvolveram uma relação muito forte 	<p>Actualmente assistem pela TV e o padre leva-lhes a comunhão a casa todas as semanas</p>
<p>AUTO-CUIDADO COMUNICAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto o Sr. Henrique como a D. Joaquina são pessoas bastante comunicativas - Ambos têm um discurso coerente, a uma velocidade média e gesticulando com frequência - Ambos demonstram expressões e gestos de afecto um para com o outro - Referem que toda a família discute acerca de todos os assuntos (nomeadamente acerca da situação de saúde do Sr. Henrique), tomando as decisões em conjunto; - Referem a família é bastante unida, tendo todos uma relação muito forte, apoiando-se mutuamente em todas as situações. - Referem que a família é bastante preocupada e zela pelo bem-estar do casal, havendo a constante tentativa de colmatar todas as suas necessidades, nomeadamente a nível da situação de saúde do Sr. Henrique - A D. Joaquina refere que, por vezes, 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique demonstra “falhas” de memória no decorrer do seu discurso. - Quando falam do filho Rui ambos alteram o tom de voz, expressão facial e por vezes surgem algumas lágrimas (sendo estes aspectos mais evidentes na D. Joaquina) - Refere que “é uma dor que nunca se esquece” (sic –D. Joaquina) - Refere que quando se sente “mais em baixo” conversa principalmente com o marido e filha - Devido ao facto de o Sr. Henrique passar grande parte do tempo em casa, faz com que não comunique com muita gente para além da família

	quando sai de casa e demora mais algum tempo que o normal, o Sr. Henrique fica extremamente preocupado	
AUTO-CUIDADO DORMIR	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique refere não ter dificuldade em adormecer, acordado apenas para urinar. - Dorme cerca de 8h por noite. - O Sr. Henrique refere gostar de dormir a sesta. 	<ul style="list-style-type: none"> - A D. Joaquina refere ter dificuldade em adormecer. “Começo a pensar em coisas que não me deixam dormir” (sic – D. Joaquina, referindo-se ao filho) - Tem que tomar medicação para dormir. - Devido à dificuldade em adormecer da D. Joaquina, o casal dorme em quartos separados. “Não enquanto não adormeço não paro quieta, não o deixando dormir” (sic – D. Joaquina)

Relativamente à avaliação da categoria expressiva podemos referir que embora toda a família seja bastante unida mantendo relações muito próximas e fortes, é possível identificar uma relação especialmente sólida entre Ana e Pedro com a D. Joaquina e o Sr. Henrique. Tanto o Sr. Henrique como a D. Joaquina referem ter à-vontade para expressar os seus sentimentos entre si e a restante família. Especialmente após a perda do filho, esta partilha de sentimentos foi bastante posta à prova uma vez que referem que tiveram que se apoiar mutuamente para ultrapassar a situação (apesar de após este acontecimento a D. Joaquina ter desenvolvido uma depressão). Apesar desta patologia, a D. Joaquina refere saber que a família está sempre pronta a ajudar.

É ainda referido que a filha Ana, apesar de “adorar o pai” (sic – D. Joaquina) recorre bastante à mãe para desabar sendo que esta está sempre disponível para a ouvir. Também os netos encontram nos avós um espaço para partilhar os seus sentimentos.

Referem que aquando do surgimento do problema de saúde do Sr. Henrique, a família se uniu ainda mais como forma de se apoiarem mutuamente não deixando que lhe “faltasse nada”. A D. Joaquina passou então a ser a prestadora de cuidados informal ao marido, dedicando-lhe todo o seu dia, assegurando a satisfação de todas as suas necessidades, tendo tido sempre o apoio da filha, genro, netos e irmãs do marido (principalmente a solteira). “Nunca me senti desamparada” (sic – D. Joaquina). No entanto, mesmo apoiada, durante o período em que o Sr. Henrique esteve acamado (durante 3 anos), a D. Joaquina referiu sentir alguma exaustão.

Aquando do surgimento de algum problema no seio da família, é referido que todos se unem com o intuito de ultrapassarem a situação.

Identificaram-se três momentos fulcrais que necessitaram da união e apoio para ser possível ultrapassar estas situações mais conturbadas: a morte de José, o filho que morreu 48h após o parto que, apesar de ter vivido pouco tempo, já se tinha desenvolvido afecto por aquela criança durante a gravidez, sendo desejada (sendo que a união e apoio foi essencialmente entre o casal, uma vez que os restantes filhos eram ainda crianças); a morte repentina de Rui, que referenciam como o momento mais difícil de toda a sua vida, sendo que neste caso, tiveram o apoio fulcral da filha e genro e o problema de saúde do Sr. Henrique durante o período em que este esteve acamado, no qual toda a família se uniu no sentido de apoiar a D. Joaquina que assumiu o papel de prestadora de cuidados e assegurar a satisfação das necessidades do Sr. Henrique. Apesar desta situação ter “revertido”, contam agora com o apoio da USF Almeida Garrett para assegurar as actuais necessidades a nível de cuidados de saúde do Sr. Henrique. Na família Sá, o principal papel é desempenhado pela D. Joaquina como prestadora de cuidados informais do Sr. Henrique. Assim, desempenha funções tanto a nível da dimensão instrumental (por exemplo, auxiliando o Sr. Henrique nos cuidados de higiene, preparação de refeições, gestão monetária e da lide da casa), como a nível da dimensão expressiva uma vez que é um pilar na vida do Sr. Henrique no que concerne, por exemplo, à comunicação, partilha de sentimentos ou resolução de problemas.

Toda a família tem um bom relacionamento não se reconhecendo um elemento que definitivamente “exerça o poder” sobre os outros. No entanto, através das informações que me foram transmitidas, posso concluir que Ana tem alguma influência, nomeadamente, sobre os pais uma vez que eles referem que não dispensam a opinião da filha.

Ainda nesta dimensão, é de extrema importância abordar todos os instrumentos aplicados à família que estão preconizados pelo modelo em uso.

Um dos instrumentos aplicados à família (ao Sr. Henrique e à D. Joaquina) foi a escala de readaptação social de Holmes e Rahe que segundo Figueiredo pretende identificar eventos familiares geradores de stress, predizendo o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família .

Após aplicação deste instrumento os valores médicos totais obtidos foram inferiores a 150, salientando o baixo risco previsto pela escala de ocorrência de doença nos membros desta família.

Outra escala preconizada nesta dimensão é a escala de FACES II, ou seja, a avaliação da coesão, adaptabilidade e tipo de família, a aplicação deste instrumento pode ser visível no anexo 1.

O APGAR familiar de Smilkstein é um instrumento que avalia a percepção dos membros relativamente à funcionalidade da família, devendo ser aplicada a cada um dos membros do agregado familiar.

Este instrumento foi então aplicado à D. Joaquina e ao Sr. Henrique, sendo a sua avaliação posterior que esta família é percebida como altamente funcional para ambos os elementos que a constituem.

1.3 DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

“A estrutura conceptual do desenvolvimento familiar identifica pontos no desenvolvimento familiar em que ocorrem mudanças no estado e nos papéis dos seus membros.” (Stanhope, 1999, p.496)

A dimensão desenvolvimental permite-nos avaliar a fase do ciclo vital em que a família Sá se encontra, as tarefas necessárias para o seu desenvolvimento e as ligações estabelecidas entre os elementos da família e a comunidade.

“O conhecimento dos estádios de vida familiar e as tarefas correspondentes dá ao enfermeiro comunitário um ponto de partida para avaliar a família, planejar, intervir e avaliar as acções desenvolvidas. A determinação do estágio de desenvolvimento familiar e a sua capacidade de execução das tarefas a ele adequadas, fornece ao enfermeiro linhas orientadoras para analisar o desenvolvimento familiar e as suas necessidades de promoção da saúde. Pode fazer-se orientação antecipatória para ser capaz de lidar com papéis previsíveis e mudanças de posição na família. A abordagem do desenvolvimento também identifica períodos no ciclo de vida familiar em que podem emergir problemas (...) Consequentemente, a família pode ter necessidade de ser informada sobre os recursos de apoio disponíveis tanto por parte da família mais alargada como da comunidade.” (Stanhope, 1999, p.496)

RELVAS 1996, define **Ciclo Vital da família**, sendo as etapas que a constituem cinco, nomeadamente a formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

Segundo os estádios do ciclo vida familiar sugeridos por Relvas , a família Sá situa-se no Estádio 5, ou seja, família com filhos adultos, que compreende a fase vivida entre a reforma, incluindo a adaptação à mesma e consequente perda de papéis sociais, até à viuvez ou morte de ambos os cônjuges.

Os dados mobilizados que me permitiram chegar a esta conclusão foi o facto de o Sr. Henrique e a D. Joaquina terem, respectivamente, 77 e 78 anos, serem ambos reformados (Sr. Henrique reformado há 12 anos), serem casados e terem uma filha de 47 anos e netos jovens-adultos (de 23 e 20 anos).

De acordo com este estágio de desenvolvimento familiar é importante que a família consiga gerir determinadas problemáticas tais como:

Exploração de novas opções e papéis sociais: considero que houve uma necessidade de desempenho desta tarefa mais evidente por parte do Sr. Henrique, uma vez que o Sr. Henrique era o único elemento do casal que trabalhava (a D. Joaquina sempre foi doméstica). Assim, aquando da reforma, houve a necessidade do Sr. Henrique se adaptar a uma nova vida sem o trabalho. No entanto, ele refere que encarou esta nova fase da vida de forma bastante positiva

uma vez que já estava “cansado” de trabalhar e foi por sua própria iniciativa que se reformou (embora não fosse essa a vontade dos seus “superiores”). No que toca à D. Joaquina, após a reforma do marido, esta teve que se adaptar ao facto de estar todos os dias durante 24 horas com o seu marido, referindo que também não sentiu quaisquer dificuldades nesta adaptação.

Adaptação à viuvez e solidão: devido à forte relação entre o casal, é referido que este é um “medo” de ambos, uma vez que estão casados há 49 anos (tendo anteriormente namorado durante 12), sendo assim uma vida inteira de convivência, não se imaginando um sem o outro.

Capacidade de deixar a casa: esta é uma etapa pela qual este casal ainda não passou. Referem sentir-se bem na sua casa mas, no entanto, a D. Joaquina refere que se o Sr. Henrique voltar a passar por uma situação de grande dependência não tem capacidade de tratar dele sozinha. Neste caso, a hipótese de sair de sua casa teria que ser ponderada.

Partilha de sabedoria/experiências/revisão de vida: a D. Joaquina e o Sr. Henrique estão satisfeitos com a vida e a família que conseguiram construir. Porém, passaram por momentos dolorosos na vida (nomeadamente a morte de Rui) que provocou, principalmente na D. Joaquina, “vontade de desistir de tudo”. No entanto, este tipo de pensamento será também consequência da depressão que desenvolveu após este acontecimento traumático.

O Sr. Henrique e a D. Joaquina demonstram ter uma excelente relação com as gerações seguintes (geração 2 e 3). Referem que todos têm uma relação muito próxima e forte, com espaço para a partilha de sentimentos, problemas e preocupações, havendo compreensão e um espírito de entajuda bastante marcado. Mesmo no que respeita às “ideias” e “convicções” da geração mais jovem (3ª geração), referem nunca ter havido problemas ou conflitos intergeracionais mas sim uma grande compreensão, amizade e respeito.

2. PLANO DE CUIDADOS FAMÍLIA SÁ

Após uma análise cuidada dos dados colhido, surge o momento em que são identificados os problemas da família e planeadas intervenções, no sentido de solucionar o problema ou diminuí-lo de intensidade.

Bolander (1998, p. 141) afirma que “para desenvolver o plano de cuidados, pode fazer-se uma revisão da literatura de enfermagem. Artigos actuais e livros de texto, podem conter informação preciosa que pode ser usada para traçar o plano, de acordo com as necessidades da pessoa”.

DADOS MOBILIZADOS	DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
- Possuem vários tapetes no quarto e corredor; - O corredor que dá acesso ao quarto é “irregular”, estreito e	Prestador de Cuidados com conhecimento	- Validar os conhecimentos do prestador de cuidados relativos à prevenção

<p>possui alguns “obstáculos”;</p> <ul style="list-style-type: none"> - A única medida de prevenção de quedas que utilizam é o tapete anti-derrapante na banheira; - O Sr. Henrique retira as ligaduras dos membros inferiores para tomar banho - O Sr. Henrique refere diminuição da força muscular nos membros inferiores, cansaço fácil a médios esforços e medo de cair ao deambular; - O Sr. Henrique deambula com o auxílio de um auxiliar de marcha; - O Sr. Henrique passa maior parte do dia sentado a ver TV. 	<p>(relativo a procedimentos de precaução de segurança), demonstrado, em grau reduzido.</p>	<p>de quedas (esta informação foi fornecida em diversos contactos);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a importância da prevenção de quedas; - Incentivar o prestador de cuidados informal para a mobilização de procedimentos na prevenção de quedas (alertados para o facto dos tapetes no corredor serem um risco acrescido e existirem formas de colmatar a situação, tais como fixadores para os tapetes); - Disponibilizar-se à família para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.
<p>A D. Joaquina sofre de depressão há 18 anos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante o período em que o marido esteve acamado, a D. Joaquina realizou diariamente bastantes esforços pelo que ficou com dores ósseas - Quando falam do filho Rui ambos alteram o tom de voz, 	<p>Stress do prestador de cuidados demonstrado em grau moderado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escutar a D. Joaquina de modo a perceber as suas preocupações, problemas e expectativas; - Reforçar a importância da partilha de sentimentos e preocupações entre a família; - Ajudar a encontrar formas de ultrapassar e gerir os problemas e preocupações; - Apoiar a D. Joaquina;

<p>expressão facial e por vezes surgem algumas lágrimas (sendo estes aspectos mais evidentes na D. Joaquina)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refere que “é uma dor que nunca se esquece” (sic –D. Joaquina) - Refere que quando se sente “mais em baixo” conversa principalmente com o marido e filha - A D. Joaquina refere ter dificuldade em adormecer. “Começo a pensar em coisas que não me deixam dormir” (sic – D. Joaquina, referindo-se ao filho) - Anteriormente saíam para passear de carro (enquanto o Sr. Henrique conduziu) - Iam semanalmente à missa. Actualmente assistem pela TV e o padre leva-lhes a comunhão a casa todas as semanas - O Sr. Henrique demonstra “falhas” de memória no decorrer do seu discurso. 		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar à procura de ajuda especializada.
<ul style="list-style-type: none"> - Vivem num primeiro andar com escadas e sem elevador; - O acesso ao prédio onde vivem é feito por uma rua com inclinação acentuada e piso irregular; - Ambos passam maior parte do tempo em casa, saindo por vezes para passear com filha 	<p>Processo familiar com interações sociais diminuídas em grau elevado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confortar a D. Joaquina e o Sr. Henrique; - Escutar as suas preocupações e necessidades; - Reforçar a importância de sair com a família; - Reforçar a importância de estabelecimento de relações

<ul style="list-style-type: none"> - Referem que embora sempre tenham tido uma boa relação com os vizinhos, não desenvolveram uma relação muito forte - Anteriormente saíam para passear de carro (enquanto o Sr. Henrique conduziu) - Iam semanalmente à missa. Actualmente assistem pela TV e o padre leva-lhes a comunhão a casa todas as semanas - Tanto o Sr. Henrique como a D. Joaquina são pessoas bastante comunicativas - Devido ao facto de o Sr. Henrique passar grande parte do tempo em casa, faz com que não comunique com muita gente para além da família - A D. Joaquina refere que, por vezes, quando sai de casa e demora mais algum tempo que o normal, o Sr. Henrique fica extremamente preocupado 		<p>extra-conjugais, ou seja, a D. Joaquina e o Sr. Henrique estabelecerem relações com pessoas próximas, por exemplo vizinhos;</p>
<ul style="list-style-type: none"> - A D. Joaquina é a responsável pela medicação do marido. - Quem confecciona as refeições é a D. Joaquina - O Sr. Henrique necessita de ajuda da D. Joaquina para lavar as costas e os membros inferiores - A D. Joaquina mantém-se activa ao tratar da lide da casa - Durante o período em que o marido esteve acamado, a D. Joaquina realizou diariamente 	<p>Papel de prestador de cuidados demonstrado em grau elevado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar a D. Joaquina pelos cuidados prestados ao Sr. Henrique (visando colmatar as suas necessidades); - Reforçar a importância do apoio prestado; - Incentivar o prestador de cuidados a assistir o auto-cuidado (nomeadamente a higiene); - Aconselhar medidas de segurança; - Incentivar à adopção de medidas de segurança e prevenção de quedas.

<p>bastantes esforços pelo que ficou com dores ósseas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambos demonstram expressões e gestos de afecto um para com o outro 		
<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique e a D. Joaquina fazem 4 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar); - Ambos referem ter cuidado com a alimentação, evitando ingerir, por exemplo, gorduras, sal em excesso, doces; - O Sr. Henrique e a D. Joaquina são hipertensos e fazem medicação; - Ao almoço, o Sr. Joaquim normalmente bebe um copo de vinho; - O Sr. Henrique tem um IMC de 30; - Ambos referem beber pouca água. 	<p>Sistema familiar com conhecimento demonstrado em grau reduzido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir acerca da importância da ingestão de líquidos (a nível sistémico e mais especificamente na hidratação da pele); - Incentivar a ingestão de líquidos; - Informar acerca da importância de uma alimentação cuidada e poli-fraccionada; - Elogiar a manutenção de cuidados alimentares adequados (no que respeita à hipertensão); - Incentivar a manutenção de cuidados alimentares; - Dar espaço ao esclarecimento de dúvidas;
<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Henrique apresenta manchas diversas nos membros inferiores que correm o risco de ulcerar; - O Sr. Henrique retira as ligaduras dos membros inferiores para tomar banho. - A única medida de prevenção de quedas que utilizam é o tapete anti-derrapante na banheira; 	<p>Indivíduo com risco (potencial) de infecção</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar pessoa e família acerca de medidas de prevenção de feridas; - Gerir ambiente (para prestação de cuidados); - Avaliar as manchas dos membros inferiores do Sr. Henrique (nomeadamente o risco de ulceração); - Aplicar creme gordo; -Aplicar ligaduras compressivas

		(para estimular o retorno venoso); - Planear nova visita domiciliária (duas vezes por semana) - Elaborar registos.
--	--	--

3. GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS DA FAMÍLIA SÁ

Dimensão Estrutural

Composição Familiar:

No caso da família Sá, é o Sr. Henrique e a D. Joaquina que compõem a família nuclear, os quais coabitam. Este casal teve três filhos: Ana, Rui e José mas, no entanto, actualmente só Ana é que está viva (é casada com Jaime e tem dois filhos, Pedro e Jorge). José faleceu apenas 48h após o parto e Rui faleceu repentinamente após uma paragem cardio-respiratória, aos 19 anos.

Nesta família, na 2ª geração não é possível verificar a influência de haver um filho mais velho, uma vez que, actualmente, Ana é a única filha. Segundo os relatos do casal, mesmo antes da morte de Rui essa influência da existência de um filho mais velho não era significativa no desempenho de papéis. No entanto, após a morte do irmão, Ana assumiu um papel de destaque na família. Relativamente à 3ª geração, é notória uma relação forte com ambos mas Pedro, o neto mais velho, é referenciado mais vezes que o irmão. Este facto está relacionado com o facto de após a morte de Rui, terem visto nele “a substituição” para o filho perdido. Apesar deste facto, não se verifica nenhum condicionamento no desempenho de papéis entre os dois netos.

Tipo de Família

- Casal
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

Identificação da Família Extensa:

O casal refere ter uma muito boa relação com a família alargada que é constituída pela filha Ana, o genro Jaime, e os netos Pedro e Jorge. O casal descreve-os como pessoas bastante significativas, preocupadas e prestáveis, podendo contar com eles e com o seu apoio perante qualquer situação, nomeadamente no que se relaciona à situação de saúde do Sr. Henrique. Para além disso, referem que a família alargada é atenta ao facto de o casal não sair muito de casa (especialmente o Sr. Henrique), levando-os frequentemente a passear ou a ir a sua casa. Para além dos membros já referidos, Isabel (irmã do Sr. Henrique) é também uma presença constante pois é solteira e, devido a ter bastante tempo livre e estar só, visita o irmão diariamente, sendo um elemento que também lhes dá bastante apoio. O Sr. Henrique refere ter outra irmã que vive em Lisboa com a sua própria família e que o visita todos os domingos. Apesar de esta também ter um papel significativo para si, o Sr. Henrique refere que, devido à convivência diária, tem uma relação mais forte com a irmã Isabel.

Caracterização das relações com a família extensa:

Tipo de contacto

- Pessoal
- Telefónico
- Carta/e-mail
- Outro

Intensidade de contacto

- Diário com a filha Ana
- Semanal com a filha Ana, o genro e os netos
- Quinzenal
- Mensal
- Outro Especificar _____

Função das relações

- Companhia social
- Apoio emocional
- Guia cognitivo e conselhos
- Regulação social
- Ajuda material e de serviço
- Acesso a novos contactos

Sistemas mais amplos

- Trabalho
- Instituições de Ensino - Escola
- Instituições de Saúde
- Instituições Religiosas
- IPSS
- Actividades de Lazer e Cultura
- Amigos
- Outros Sub-sistemas

Classe Social (Escala de Graffar adaptada)

De acordo com a escala de Graffar adaptada, ao avaliarem-se os cinco itens propostos, a notação social da família é de 19, correspondendo à posição social IV, classe média baixa.

Edifício residencial

Barreiras arquitectónicas: SIM NÃO

Quais: A moradia apresenta degraus, piso derrapante e muitos tapetes distribuídos pelas diferentes divisões.

Aquecimento: SIM NÃO

Tipo de aquecimento

- Central
- Aquecedor a gás
- Aquecedor eléctrico
- Lareira
- Cobertor eléctrico

Abastecimento de gás SIM NÃO

Tipo de abastecimento de gás

- Gás canalizado
- Gás de botija

Higiene da habitação SIM NÃO

Indicadores:

-Organização (apresentar pilhas de louça suja; objectos espalhados pelo chão deforma desorganizada; roupa amontoada pelas divisões da casa); **Sim (está organizada)**

- Presença de insectos e roedores; **Não**

- Limpeza (paredes, tecto e pavimento sem manchas de gordura ou outros resíduos, sem pó acumulado em vários locais de gordura). **Sim**

Sistema de abastecimento

Abastecimento de água

- Não tem
- Rede pública
- Rede privada (furo/ poço)
- Rede mista

Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM NÃO

- Controle da qualidade da água SIM NÃO

Serviço de tratamento de resíduos

- Rede pública
- Fossa séptica
- Não tem

Ambiente Biológico

Animal doméstico SIM NÃO

- Se sim qual:
 - Vacinação SIM NÃO
 - Desparasitação SIM NÃO
 - Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.)

Dimensão Desenvolvimental:

Etapa do Ciclo Vital Familiar

1. Formação do casal
2. Família com filhos pequenos
3. Família com filhos na escola
4. Família com filhos adolescentes

5. Família com filhos adultos ×

Dimensão Funcional - Instrumental:

Membro da Família Dependente

SIM·× NÃO

Dependência em:

- Auto-cuidado Higiene SIM × NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM × NÃO
Quem: A esposa D. Joaquina
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

- Auto-cuidado Vestuário SIM·× NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM· NÃO
Quem: A esposa D. Joaquina
Membro da família extensa SIM NÃO ×
Vizinho SIM NÃO ×
Ajudante de saúde SIM NÃO ×
Outro SIM NÃO ×
Especificar: _____

- Auto-cuidado Comer SIM· NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM· NÃO
Quem:
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

• Auto-cuidado Actividade Física SIM NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM NÃO
Quem: _____
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

• Gestão do regime terapêutico SIM NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM NÃO
Quem: A esposa D. Joaquina
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

• Auto-Vigilância SIM NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM NÃO
Quem: A esposa D. Joaquina
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

• Auto-Administração de medicamentos SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A esposa D. Joaquina

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

- Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Iltrado SIM NÃO

Profissão _____

Contacto _____

Papel de Prestador de Cuidados

Refere Conhecimento do Papel:

1. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado

Higiene **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência

Sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho **Não**

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho **Não**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)

Sim

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia **Sim**

2. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir **Sim**

3. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (SNG) **Não**

4. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos **Sim**

5. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos **Não**

6. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador. **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso **Sim**

7. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Atividade recreativa. **Sim**

8. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Atividade física **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado. **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (virar, posicionar,
movimentos articulares) **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos **Sim**

9. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença **Não**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso **Sim**

10. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância
Sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés/integridade cutânea **Sim**

11. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-
Administração de medicamentos **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos
Sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos
(por SNG) **Não**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos **Não**

Comportamentos de Adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente. **Não**

O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente. **Sim**

A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente. **Não**

O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente **Não**

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente. **Não**

O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância. **Sim**

Dimensão Funcional - Expressiva:

Relação Dinâmica

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Influência e Poder

- Membro com maior poder na família D. Joaquina Sá
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros SIM- NÃO

Se NÃO, especificar _____

Alianças e Uniões

- Existem na família alianças entre alguns dos seus membros SIM·x NÃO

Se SIM, especificar (quem e tipo de alianças) Toda a família É bastante unida mantendo relações muito próximas e fortes, mas é possível identificar uma relação especialmente sólida entre Ana e Pedro com a D. Joaquina e o Sr. Henrique.

- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união SIM·x NÃO

Se NÃO, especificar _____

Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
Aplicação: D. Joaquina	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	

Scores:

Coesão 2

- Desmembrada
- Separada
- Ligada
- Muito Ligada

Adaptabilidade 3

- Rígida
- Estruturada
- Flexível
- Muito Flexível

Tipo de Família 5

- Muito Equilibrada
- Equilibrada
- Meio-termo
- Extrema

Funcionalidade da Família – percepção dos membros

Apgar Familiar de Smilkstein

Membro D. Joaquina Resultado 9 Pontos

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a	<input checked="" type="checkbox"/>		

solução do problema.			
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:	9 Pontos		

Membro Sr. Henrique Resultado 8 Pontos

Família altamente funcional

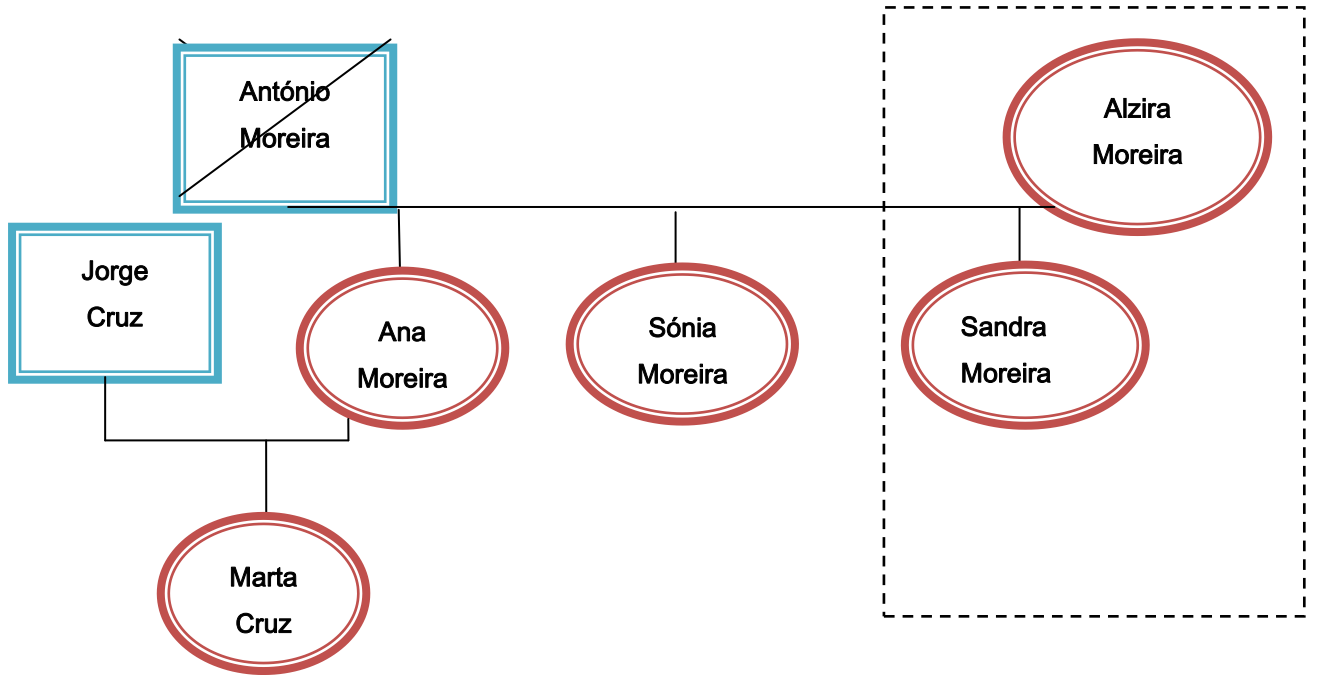
Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

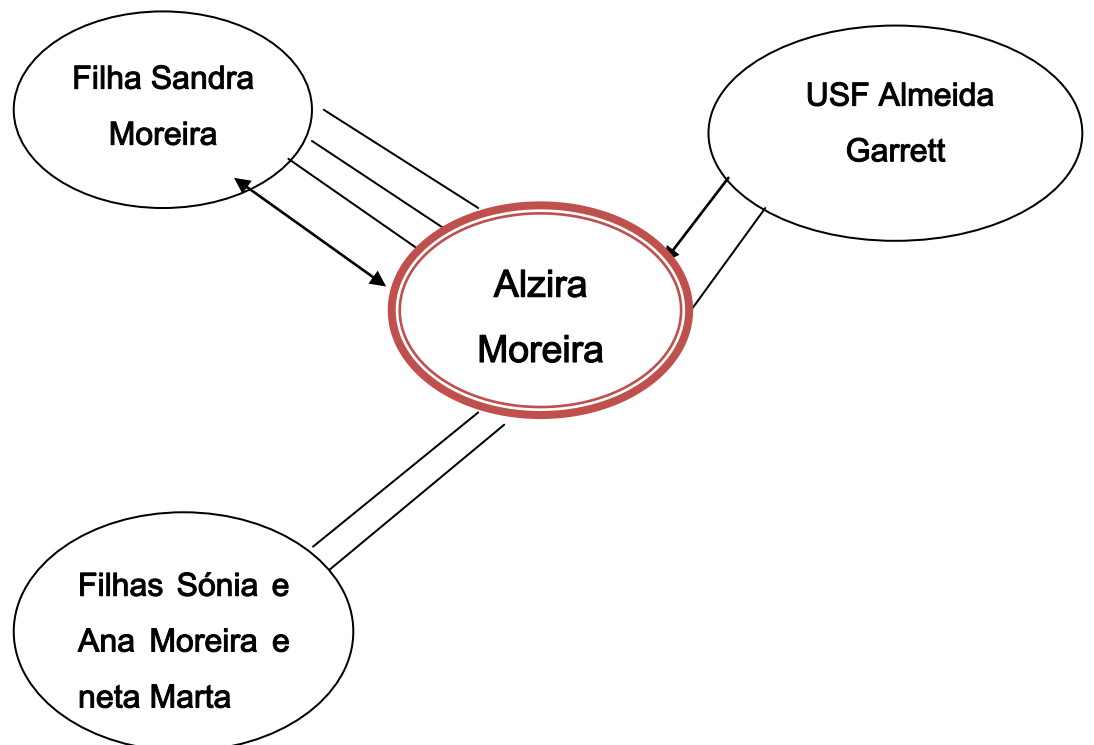
APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	x		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	x		
3. Acho que a minha família 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:	8 Pontos		

6. AVALIAÇÃO FAMILIAR RESTANTES FAMILIAS

AVALIAÇÃO FAMILIAR
(FAMILIA MOREIRA)



ECOMAPA



Dimensão Estrutural

Composição Familiar:

A D. Alzira casou com o Sr. António Moreira há cerca de 60 anos, já não se recorda ao certo da data exacta, tiveram 3 filhas, a D. Ana Moreira, a D. Sónia Moreira e a D. Sandra Moreira.

Em 2002, o Sr. António faleceu devido a PCR, a partir dessa data a D. Alzira começou a ficar alguns dias na casa da filha Sandra Moreira que é solteira e vivia sozinha, com o passar do tempo e o avançar da idade a D. Alzira começou a ter dificuldades na locomoção ficando a coabitar com a filha Sandra Moreira na casa desta mesma.

Actualmente, é à filha Sandra que cabe a função de prestadora de cuidados à D. Alzira que se encontra dependente na maioria das actividades de vida.

As restantes filhas têm uma situação profissional activa e sempre que podem tentam ajudar a irmã Sandra e fazem uma visita à mãe.

Estão organizados por gerações, sendo a primeira ocupada pela Sr. António Moreira e pela D. Alzira Moreira. A segunda geração é ocupada pelas filhas do casal, ou seja, a D. Ana Moreira e o seu marido que ocupam os subsistemas conjugal, paternal, filial e fraternal, a D. Sónia Moreira e D. Sandra Moreira. A terceira geração é ocupada pela neta Marta Cruz, filha da D. Ana Moreira e do Sr. Jorge Cruz.

Tipo de Família

- Casal
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

Identificação da Família Extensa:

A família extensa é composta pelas restantes filhas da D. Alzira, que não coabitam com a mesma, junto com o seu genro Jorge Cruz e a neta Marta Cruz.

Caracterização das relações com a família extensa:

Tipo de contacto

- Pessoal
- Telefónico
- Carta/e-mail
- Outro

Intensidade de contacto

- Diário com a filha Sandra e a filha Sónia Moreira
- Semanal com a filha Ana Moreira, o marido e a filha Marta Cruz
- Quinzenal
- Mensal
- Outro Especificar _____

Função das relações

- Companhia social
- Apoio emocional
- Guia cognitivo e conselhos
- Regulação social
- Ajuda material e de serviço
- Acesso a novos contactos

Sistemas mais amplos

- Trabalho
- Instituições de Ensino - Escola
- Instituições de Saúde
- Instituições Religiosas
- IPSS
- Actividades de Lazer e Cultura
- Amigos
- Outros Sub-sistemas

Classe Social (Escala de Graffar adaptada)

De acordo com a escala de Graffar adaptada, ao avaliarem-se os cinco itens propostos, a notação social da família é de 20, correspondendo à posição social IV, classe média baixa.

Edifício residencial

Barreiras arquitectónicas: SIM NÃO

Quais: A moradia apresenta degraus e piso derrapante.

Aquecimento: SIM × NÃO

Tipo de aquecimento

- Central
- Aquecedor a gás
- Aquecedor eléctrico ×
- Lareira
- Cobertor eléctrico

Abastecimento de gás SIM × NÃO

Tipo de abastecimento de gás

- Gás canalizado
- Gás de botija ×

Higiene da habitação SIM × NÃO

Indicadores:

- Organização (apresentar pilhas de louça suja; objectos espalhados pelo chão deforma desorganizada; roupa amontoada pelas divisões da casa); **Sim (está organizada)**
- Presença de insectos e roedores; **Não**
- Limpeza (paredes, tecto e pavimento sem manchas de gordura ou outros resíduos, sem pó acumulado em vários locais de gordura). **Sim**

Sistema de abastecimento

Abastecimento de água

- Não tem
- Rede pública ×
- Rede privada (furo/ poço)
- Rede mista

Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM NÃO ×

- Controle da qualidade da água SIM NÃO

Serviço de tratamento de resíduos

- Rede pública ×
- Fossa séptica

- Não tem

Ambiente Biológico

Animal doméstico SIM NÃO

- Se sim qual: têm um cão
- Vacinação SIM NÃO
- Desparasitação SIM NÃO
- Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.) O cão fica no exterior da habitação, tem uma barraca e deambula por todo o quintal com a função de vigilância da moradia. O cão apresenta-se aparentemente limpo e higienizado e o local por onde este circula igualmente.

Dimensão Desenvolvimental:

Etapa do Ciclo Vital Familiar

6. Formação do casal
7. Família com filhos pequenos
8. Família com filhos na escola
9. Família com filhos adolescentes
10. Família com filhos adultos

Dimensão Funcional - Instrumental:

Membro da Família Dependente

SIM NÃO

Dependência em:

- Auto-cuidado Higiene SIM NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM NÃO
Quem: A filha Sandra Moreira.
- Membro da família extensa SIM NÃO
- Vizinho SIM NÃO
- Ajudante de saúde SIM NÃO
- Outro SIM NÃO
- Especificar: _____

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

- Auto-cuidado Comportamento sono-reposo SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A filha Sandra Moreira.

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

- Auto-cuidado Actividade de Lazer SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: _____

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

- Auto-cuidado Actividade Física SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A filha Sandra Moreira.

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

- Gestão do regime terapêutico SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM·x NÃO

Quem: A filha Sandra Moreira.

Membro da família extensa SIM NÃO x

Vizinho SIM NÃO x

Ajudante de saúde SIM NÃO x

Outro SIM NÃOx

Especificar: _____

• Auto-Vigilância SIM·x NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM·x NÃO

Quem: A filha Sandra Moreira.

Membro da família extensa SIM NÃO x

Vizinho SIM NÃO x

Ajudante de saúde SIM NÃO x

Outro SIM NÃO x

Especificar: _____

• Auto-Administração de medicamentos SIM·x NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM·x NÃO

Quem: A filha Sandra Moreira.

Membro da família extensa SIM NÃO x

Vizinho SIM NÃO x

Ajudante de saúde SIM NÃO x

Outro SIM NÃOx

Especificar: _____

• Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Iltrado SIM· NÃO

Profissão _____

Contacto _____

Papel de Prestador de Cuidados

Refere Conhecimento do Papel:

12. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho **Sim**

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho **Sim**, refere ter esclarecido algumas dúvidas com a enfermeira que realiza domicílios e ter aprendido algumas técnicas facilitadoras com uma amiga que trabalha com idosos acamados.

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar) **Sim**

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia **Sim**

13. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir **Sim**

14. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado
Comer **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (SNG) **Não**
15. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Beber **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos **Sim**
16. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Ir ao sanitário
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos **Sim, a D. Sandra tem cuidado no manuseamento das fraldas e valoriza a hidratação local para prevenção de eritemas.**
17. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Comportamento sono-reposo **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador. **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso **Sim**
18. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Actividade recreativa. **Sim**
19. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Actividade física **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado. **Sim**
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (virar, posicionar, movimentos articulares) **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos **Sim**

20.Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso **Sim**

21.Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés/integridade cutânea **Sim**

22. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos (por SNG) **Nao**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos **Nao**

Comportamentos de Adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente. **Sim**

A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente. **Não**

O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente **Sim**

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente. **Sim.**

O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância. **Sim**

Dimensão Funcional - Expressiva:

Relação Dinâmica

Influência e Poder

- Membro com maior poder na família D. Sandra Moreira
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros SIM·x NÃO
Se NÃO, especificar _____

Alianças e Uniões

- Existem na família alianças entre alguns dos seus membros SIM·x NÃO
Se SIM, especificar (quem e tipo de alianças) A D. Sandra refere que sempre que não consegue, por algum motivo de ordem pessoal, especificamente na área da saúde, ficar a cuidar da mão uma das irmãs facilmente ocupa o seu lugar.
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união SIM·x NÃO
Se NÃO, especificar _____

Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
Aplicação: D. Sandra	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	

Scores:

Coesão 2

Desmembrada

Separada

Ligada

Muito Ligada

Adaptabilidade 3

- Rígida
- Estruturada
- Flexível
- Muito Flexível

Tipo de Família 5

- Muito Equilibrada
- Equilibrada
- Meio-termo
- Extrema

Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
Aplicação: D. Alzira	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.					
30. Temos interesses e passatempos em comum					x

uns com os outros					
-------------------	--	--	--	--	--

Scores:

Coesão 4

Desmembrada

Separada

Ligada

Muito Ligada

Adaptabilidade 3

Rígida

Estruturada

Flexível

Muito Flexível

Tipo de Família

Muito Equilibrada

Equilibrada

Meio-termo

Extrema

Funcionalidade da Família – percepção dos membros

Apgar Familiar de Smilkstein

Membro D. Alzira Resultado 9 Pontos

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
6. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que	<input checked="" type="checkbox"/>		

alguma coisa me preocupa.			
7. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	x		
8. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	x		
9. 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		
10. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		x	
TOTAL:	9 Pontos		

Membro D. Sandra Moreira Resultado 8 Pontos

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

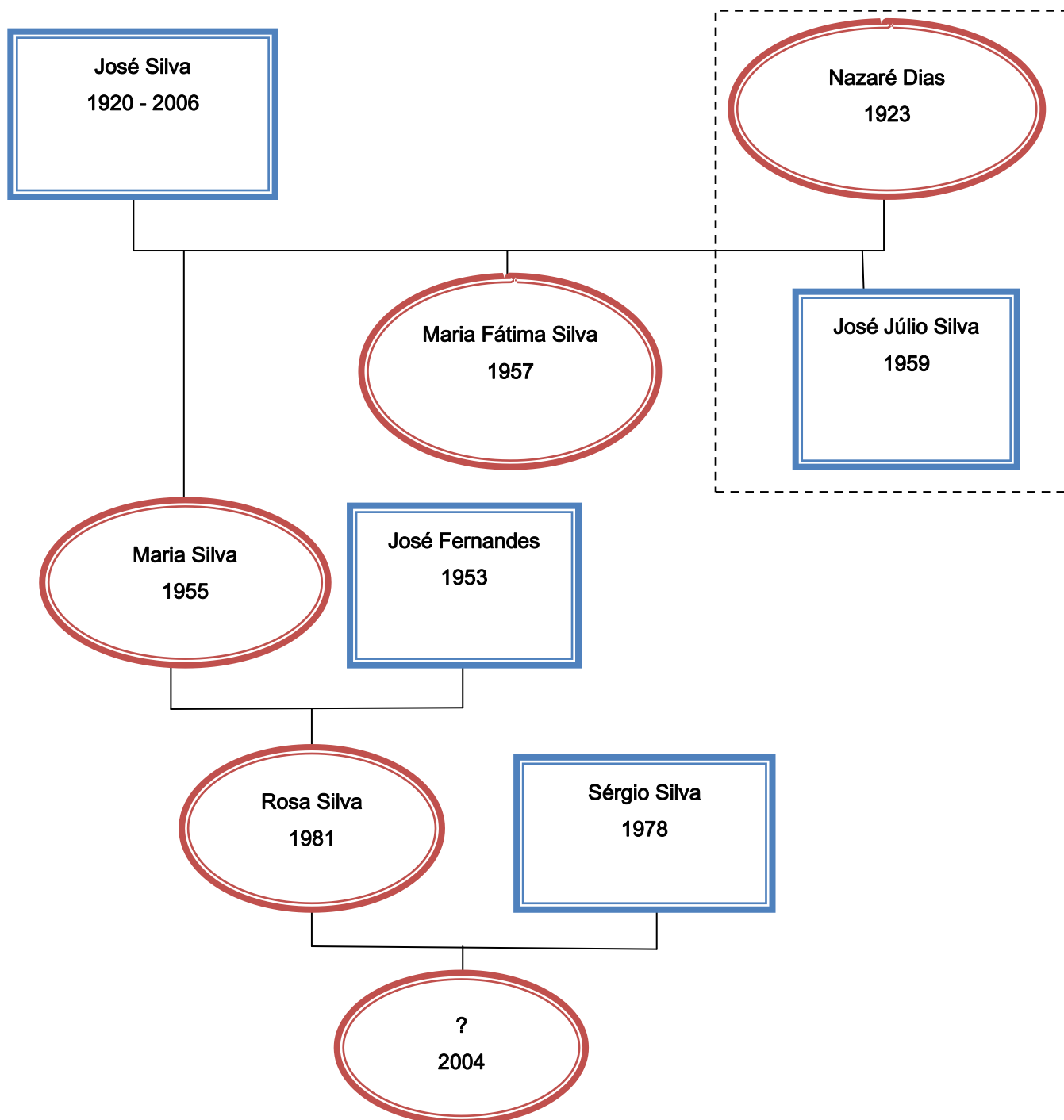
Família com disfunção acentuada

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
7. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	x		
8. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	x		
9. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	x		
10. Estou satisfeito com o modo		x	

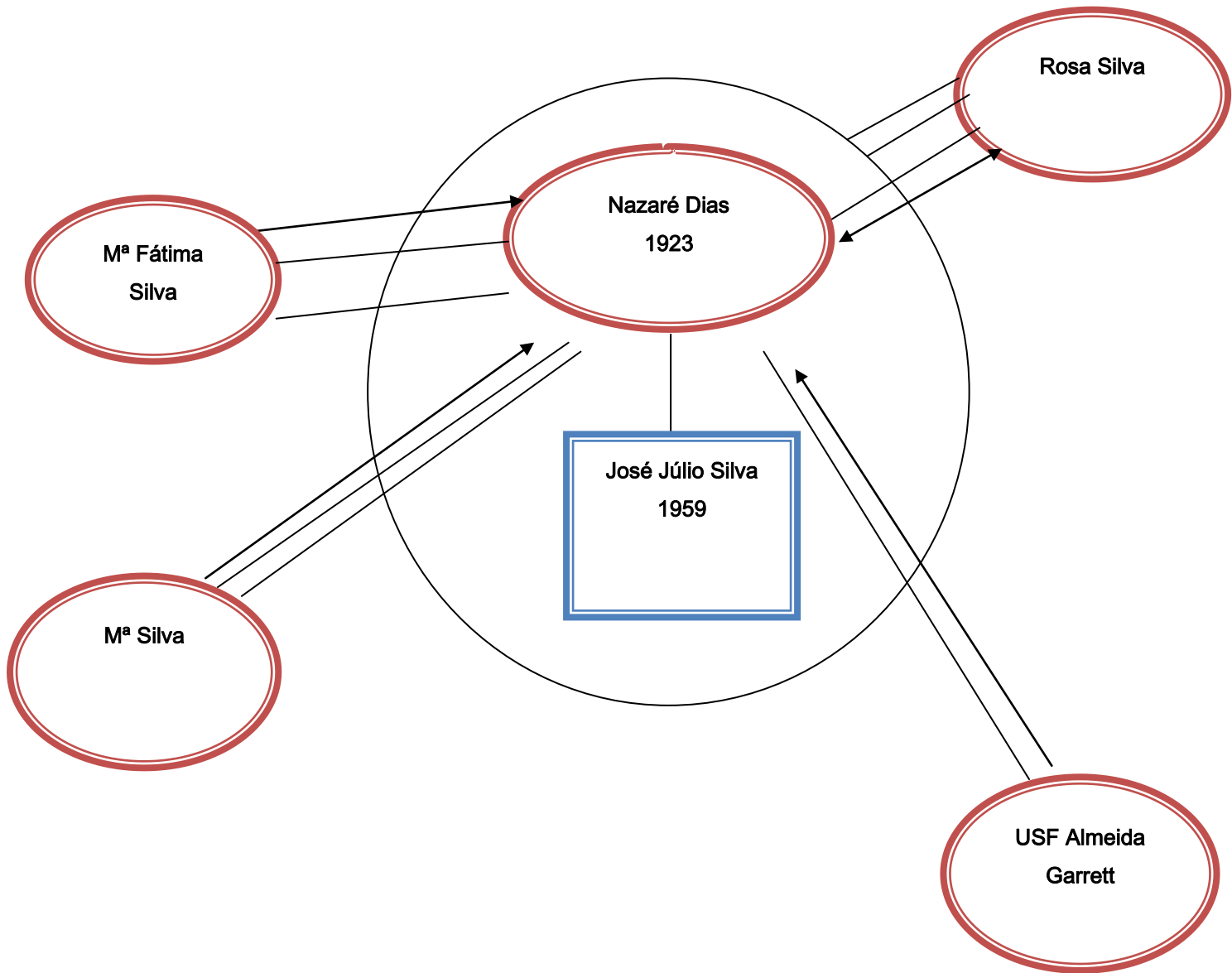
como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
11. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		x	
TOTAL:	8 Pontos		

Avaliação familiar
Família silva

Genograma da família Silva



Ecomapa da família Silva



Dimensão Estrutural

Composição Familiar:

A D. Nazaré Dias casou com o Sr. José Silva há 65 anos, tiveram 3 filhos, respectivamente, D. Maria Silva, D. Maria Fátima Silva e Sr. Júlio Silva.

O Sr. José Silva faleceu em 2006 ficando a D. Nazaré a viver com o filho Júlio Silva que nunca saiu de casa, viveu sempre em casa dos pais. É independente financeiramente mas nunca adquiriu imóvel próprio.

Com o surgimento da doença de Alzheimer na D. Nazaré a idosa desenvolveu algumas incapacidades na realização das suas actividades de vida diárias, ficando incapacitada de estar sozinha, então durante o dia a neta Rosa, visto estar desempregada, assume o papel de prestadora de cuidados, à noite fica o Sr. Júlio Silva nesse papel.

As restantes filhas têm uma situação profissional activa e sempre que podem tentam estar presentes no processo de cuidar da idosa.

Estão organizados por gerações, sendo a primeira ocupada pela Sr. José Silva (que já faleceu), e pela D. Nazaré Dias. A segunda geração é ocupada pelos filhos do casal, ou seja, a D. Maria Silva e o marido José Fernandes, a D. Maria Fátima Silva e o Sr. Júlio Silva. A terceira geração é ocupada pela neta Rosa Silva e o marido Sérgio Silva.

Tipo de Família

- Casal
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

Identificação da Família Extensa:

A família extensa é composta pelas restantes filhas da D. Nazaré, que não coabitam com a mesma, junto com o seu genro José Fernandes e a neta Rosa Silva.

Caracterização das relações com a família extensa:

Tipo de contacto

- Pessoal
- Telefónico
- Carta/e-mail
- Outro

Intensidade de contacto

- Diário com a neta Rosa e ambos os filhos
- Semanal com a bisneta e o genro
- Quinzenal
- Mensal
- Outro Especificar _____

Função das relações

- Companhia social
- Apoio emocional
- Guia cognitivo e conselhos
- Regulação social
- Ajuda material e de serviço
- Acesso a novos contactos

Sistemas mais amplos

- Trabalho
- Instituições de Ensino - Escola
- Instituições de Saúde
- Instituições Religiosas
- IPSS
- Actividades de Lazer e Cultura
- Amigos
- Outros Sub-sistemas

Classe Social (Escala de Graffar adaptada)

De acordo com a escala de Graffar adaptada, ao avaliarem-se os cinco itens propostos, a notação social da família é de 20 , correspondendo à posição social IV, classe média baixa

Edifício residencial

Barreiras arquitectónicas: SIM NÃO

Quais: A moradia apresenta piso derrapante.

Aquecimento: SIM NÃO

Tipo de aquecimento

- Central
- Aquecedor a gás
- Aquecedor eléctrico
- Lareira
- Cobertor eléctrico

Abastecimento de gás SIM NÃO

Tipo de abastecimento de gás

- Gás canalizado
- Gás de botija

Higiene da habitação SIM NÃO

Indicadores:

- Organização (apresentar pilhas de louça suja; objectos espalhados pelo chão de forma desorganizada; roupa amontoada pelas divisões da casa); **Sim (está organizada)**
- Presença de insectos e roedores; **Não**
- Limpeza (paredes, tecto e pavimento sem manchas de gordura ou outros resíduos, sem pó acumulado em vários locais de gordura). **Sim**

Sistema de abastecimento

Abastecimento de água

- Não tem
- Rede pública
- Rede privada (furo/ poço)
- Rede mista

Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM NÃO

- Controle da qualidade da água SIM NÃO

Serviço de tratamento de resíduos

- Rede pública
- Fossa séptica
- Não tem

Ambiente Biológico

Animal doméstico SIM NÃO

- Se sim qual:

- Vacinação SIM NÃO
- Desparasitação SIM NÃO
- Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.)

Dimensão Desenvolvimental:

Etapa do Ciclo Vital Familiar

- 11. Formação do casal
- 12. Família com filhos pequenos
- 13. Família com filhos na escola
- 14. Família com filhos adolescentes
- 15. Família com filhos adultos

Dimensão Funcional - Instrumental:

Membro da Família Dependente

SIM NÃO

Dependência em:

- Auto-cuidado Higiene SIM NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM NÃO
Quem: A neta Rosa Silva.
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

• Auto-cuidado Vestuário SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A neta Rosa Silva

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

• Auto-cuidado Comer SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A neta Rosa Silva

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

• Auto-cuidado Beber SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A neta Rosa Silva

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

• Auto-cuidado Ir ao Sanitário SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A neta Rosa Silva

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

• Auto-cuidado Comportamento sono-reposo SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A neta Rosa Silva

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

• Auto-cuidado Actividade de Lazer SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: _____

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

• Auto-cuidado Actividade Física SIM NÃO

Prestador de Cuidados

Membro da família SIM NÃO

Quem: A neta Rosa Silva.

Membro da família extensa SIM NÃO

Vizinho SIM NÃO

Ajudante de saúde SIM NÃO

Outro SIM NÃO

Especificar: _____

- Gestão do regime terapêutico SIM· NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM· NÃO
Quem: A neta Rosa Silva
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

- Auto-Vigilância SIM· NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM· NÃO
Quem: A neta Rosa Silva
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

- Auto-Administração de medicamentos SIM· NÃO
Prestador de Cuidados
Membro da família SIM· NÃO
Quem: A neta Rosa Silva.
Membro da família extensa SIM NÃO
Vizinho SIM NÃO
Ajudante de saúde SIM NÃO
Outro SIM NÃO
Especificar: _____

- Se o prestador de cuidados não for membro da família:
Iltrado SIM· NÃO
Profissão _____
Contacto _____

Papel de Prestador de Cuidados

Refere Conhecimento do Papel:

23. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado

Higiene **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência

Sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho **Sim**

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)

Sim

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia **Sim**

24. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado

Vestuário **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir **Sim**

25. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado

Comer **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (SNG) **Não**

26.Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Beber **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado
Sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos **Sim**

27.Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Ir ao sanitário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos **Sim, a D. Rosa tem cuidado no manuseamento das fraldas e valoriza a hidratação local para prevenção de eritemas.**

28.Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Comportamento sono-repouso **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador. **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso
Sim

29.Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Actividade recreativa. **Sim**

30.Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado
Actividade física **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado. **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (virar, posicionar, movimentos articulares) **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos **Sim**

31. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico Sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso **Sim**

32. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância Sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés/integridade cutânea **Sim**

33. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos Sim

Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita **Sim**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos (por SNG) **Nao**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos **Nao**

Comportamentos de Adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente. **Sim**

A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente. **Não**

O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente. **Sim**

O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente **Sim**

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente. **Sim.**

O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância. **Sim**

Dimensão Funcional - Expressiva:

Relação Dinâmica

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Influência e Poder

- Membro com maior poder na família A neta Rosa Silva
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros SIM·x NÃO
Se NÃO, especificar _____

Alianças e Uniões

- Existem na família alianças entre alguns dos seus membros SIM·x NÃO
Se SIM, especificar (quem e tipo de alianças) A neta Rosa Silva refere que quando por algum motivo não pode ficar com a avó, ou a mãe ou a tia ficam a assumir o papel de prestadora de cuidados, o tio durante o dia é muito complicado mas durante a noite se ocorrer algum problema também assume o papel de prestador de cuidados.
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união SIM·x NÃO
Se NÃO, especificar _____

Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
Aplicação: D. Rosa Silva	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				x	

sugestões dos filhos são tidas em conta.					
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	

Scores:

Coesão 2

Desmembrada

Separada

Ligada

Muito Ligada

Adaptabilidade 3

Rígida

Estruturada

Flexível

Muito Flexível

Tipo de Família 5

Muito Equilibrada

Equilibrada

Meio-termo

Extrema

Funcionalidade da Família – percepção dos membros

Apgar Familiar de Smilkstein

Membro D. Rosa Silva Resultado 9

Pontos

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
11. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	<input checked="" type="checkbox"/>		
12. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	<input checked="" type="checkbox"/>		
13. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	<input checked="" type="checkbox"/>		
14. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição	<input checked="" type="checkbox"/>		

e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
15. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		x	
TOTAL:	9 Pontos		

**Anexo II- ficha artigo nº 1 “Enfrentamento de situações adversas e favoráveis
por pessoas idosas em condições crônicas de saúde”**

Artigo nº1	<p>“Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições de crônicas de saúde” de Trentini M.; Silva, S.; Valle, M.; Hammerschmidt, K. (2005)</p>	
Palavras-chave	Envelhecimento; doença crônica; saúde do idoso; enfermagem	
Desenho/ Metodologia	Artigo	
Objectivos	Investigar as situações adversas e favoráveis vivenciadas por pessoas idosas em condições crônicas de saúde, e as estratégias de enfrentamento.	
Resultados	<p>A doença crônica pode representar uma ameaça aos projectos de vida das pessoas que com ela têm de lidar, principalmente quando se trata de pessoas idosas.</p> <p>Segundo o artigo, um novo modelo de saúde para as condições crônicas de saúde deverá compreender uma estrutura que inclui uma parceria harmoniosa entre pacientes e familiares, equipas de assistência à saúde e instituições de apoio da comunidade pois quando há perfeita integração dessa tríade, os pacientes participam activamente no tratamento e prevenção das condições crônicas e dos seus sintomas.</p>	
Artigo n.º1	Nível Evidência: VI	Tipo de Estudo: Descritivo e analítico

Anexo III- ficha artigo nº2 **“Healthcare providers’ perspectives: Estimating the impact of chronicity”**

Artigo nº2	“Healthcare providers’ perspectives: Estimating the impacto of chronicity“, Falkenstern, S.; Loeb, S.; Gueldner, S; Penrod, J; Poon, L (2005)	
Palavras-chave	Condições crónicas de saúde, prestadores de cuidados de saúde, impacto, idosos.	
Desenho/ Metodologia	Artigo	
Objectivos	Comparação do impacto da condição de saúde crónica dos idosos, em meio rural ou urbano, com a estimativa da duração dos cuidados em prática clínica dos prestadores de cuidados de saúde.	
Resultados	Profissionais de enfermagem, como prestadores de cuidados primários, devem compreender melhor o impacto das condições de doença crónica na vida diária dos idosos a fim de proporcionar cuidados eficazes baseados em evidências de saúde. Este estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas para descobrir a razão dos idosos e os profissionais de saúde terem diferentes perspectivas sobre o impacto das condições crónica de saúde no dia-a-dia dos idosos.	
Artigo n.º2	Nível Evidência: VI	Tipo de Estudo: Descritivo exploratório com abordagem qualitativa

Anexo nº IV – ficha artigo nº 1 **“Idosos com necessidades de cuidado domiciliar”**

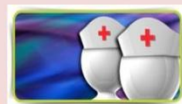
Artigo nº 1	"Idosos com necessidades de cuidado domiciliar" de Martins, J.; Silva, R.; Nascimento, E.; Coelho, F.; Schweitzer, G.; Silva, R.; Erdmann, A. (2006)	
Palavras-chave	Serviço de assistência domiciliar; perfil epidemiológico; saúde do idoso; serviço de saúde para o idoso.	
Desenho/ Metodologia	Artigo	
Objectivos	Identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos Residentes na grande Florianópolis cadastrados em uma unidade local de saúde.	
Resultados	<p>Segundo o artigo, é importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o sistema de saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas.</p> <p>No entanto, essas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional e não na pessoa. Tais práticas requerem que o idoso e a sua família sejam protagonistas do processo de saúde-doença e participem activamente do movimento de construção e de efectivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver e envelhecer com qualidade.</p>	
Artigo n.º1	Nível Evidência: VI	Tipo de Estudo: Descritivo exploratório com abordagem quantitativa

Anexo nº V – Poster alusivo ao enfermeiro família

SABIA QUE TEM UM ENFERMEIRO DE FAMÍLIA?



O Enfermeiro de família é um enfermeiro que tem diversas famílias sob sua responsabilidade, com as quais pretende trabalhar e fornecer informação de saúde relevante de forma a ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.



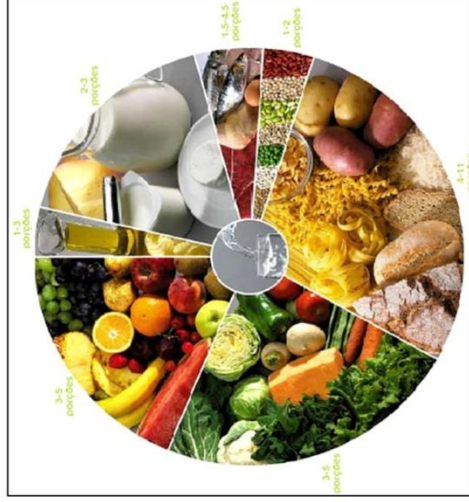
FUNÇÕES:

- Contribui nas actividades de promoção da saúde e prevenção da doença e tratamentos;
- Ajuda os indivíduos e as famílias a assumir a doença e a incapacidade crónica e utiliza uma grande parte do seu tempo junto dos doentes e famílias, no domicílio destes;
- Faz aconselhamentos sobre os modos de vida e factores de risco ligados a comportamentos e ajuda as famílias em questões ligadas à saúde;
- Favorece a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início;
- Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis;
- Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente;

PROCURE-O SEMPRE QUE NECESSÁRIO NESTA USF

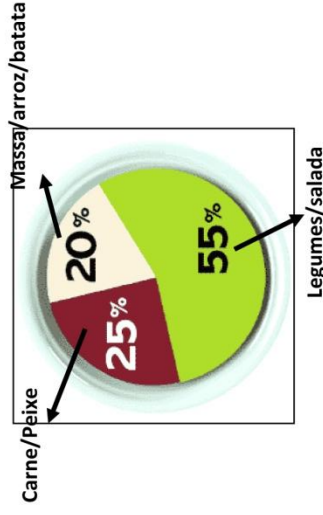
Anexo nº VI- Folheto informativo referente à hipertensão

RODA DOS ALIMENTOS



- Deve fazer uma alimentação variada, ingerindo
- com mais frequência os alimentos pertencentes
- aos grupos de maior dimensão da roda dos ali-
- mentos.

COMPOSIÇÃO DO PRATO



- Organize o seu prato de acordo com o esquema
- acima indicado. Deste modo, poderá ingerir os
- vários alimentos de acordo com as quantidades
- recomendadas.

Adopte as medidas indicadas!
Faça-o pelo seu coração!

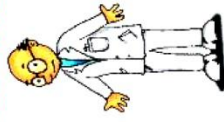
Panfleto elaborado por:
- Mestranda Ângela Sousa
(Escola Superior de Saúde de Enfermagem de Santarém)

USF Almeida Garrett

"Dar Vida ao Coração"

Santarém

HIPERTENSÃO



O que é isso?

- Ocorre quando a pressão exercida pelo sangue na parede das artérias é muito forte ficando acima dos limites normais da pressão arterial.
- Assim, o coração tem que fazer um maior esforço para conseguir bombear o sangue para todo o corpo
- A causa mais comum deve-se ao depósito de resíduos na parede das artérias (principalmente gorduras, denominados placas de ateroma, sendo esta uma consequência directa de níveis sanguíneos de colesterol elevados).

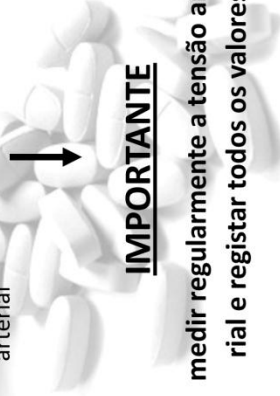
Provoca um estreitamento do lúmen das artérias por onde circula o sangue, aumentando assim a pressão necessária para fazê-lo circular por todo o organismo.

QUAL O VALOR IDEAL DE TENSÃO ARTERIAL?

Máxima 120 e Mínima 80

→ Tratamento Farmacológico:

- Medicação prescrita pelo médico;
- Deve ser contínua e tomada devidamente, respeitando as quantidades e horários:
- Se o tratamento for interrompido, a tensão voltará a subir!
- Deve ser vigiado e ajustado pelo médico através do controlo dos valores da tensão arterial



IMPORTANTE

medir regularmente a tensão arterial e registar todos os valores!

→ Tratamento Não Farmacológico:

✓ Fazer exercício físico (dedique cerca de 30min por dia a uma actividade física);



✓ Manter um peso adequado (verifique ainda se o seu Índice de Massa Corporal e perímetro abdominal são adequados);



- IMC saudável entre 20 e 24 (verifique o seu IMC na sua farmácia)

- Perímetro Abdominal:

Mulher - 88cm/Homem: 102 cm

✓ Não fumar (provoca um aumento da tensão arterial);

✓ Moderar o consumo de bebidas alcoólicas e café- (Bastam 2,5 dl de uma bebida alcoólica ou um café por dia para causar uma subida significativa da tensão arterial);

✓ Evitar situações de stress;

✓ Fazer uma alimentação saudável

- Diminuir a quantidade de sal nos alimentos;

- Evitar alimentos com alto teor de gordura (fritos, refogados, carnes gordas), substituindo ainda a gordura animal por vegetal (cozinhe com azeite)

- Faça 6 refeições diárias reduzidas (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia)

- Ingerir cerca de 1,5L a 2L de água por dia

