



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**"Promoção do autocuidado nas famílias com crianças
e adolescentes com doença crónica"**

Maria Inês Morita Penetra Carvalho

2014

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**"Promoção do autocuidado nas famílias com crianças
e adolescentes com doença crónica"**

Maria Inês Morita Penetra Carvalho

Orientado por: Professor Doutor José Edmundo Sousa

2014

“Lembra-te que uma árvore com muita ramagem e poucas raízes é derrubada à primeira rajada de vento, e de que a linfa custa a correr numa árvore com muitas raízes e pouca ramagem. As raízes e os ramos devem crescer de igual modo, (...)só assim poderás dar sombra e abrigo, só assim, poderás cobrir-te de flores e de frutos.”

Susana Tamaro

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Edmundo Sousa, os meus agradecimentos pela orientação, disponibilidade constante e pela sua dedicação em todas as etapas deste percurso.

À Enfermeira Miriam Almeida, pelo seu apoio, motivação e confiança demonstrada em mim e neste projeto.

Ao Conselho de Administração do agrupamento de Centros de Saúde do ACES Almada Seixal, pelo consentimento para a realização deste projeto.

À Sra. Professora Isabel Malheiro e à Sra. Professora Zaida Charepe pelos seus conhecimentos que contribuíram para a evolução deste projeto.

À Fernanda, pela sua amizade, pela partilha e presença constante nos bons e maus momentos, pelo seu optimismo contagiante e por acreditar em mim mais do que eu.

Às minhas colegas de trabalho, Ana Jordão, Anabela Pessanha, Nélia Coelho, Sandra Pereira e Cesaltina Santos, pelo apoio e por escutarem as minhas angústias.

Aos meus pais e irmã pelo amor incondicional.

Ao Bruno pelo seu amor e paciência.

À D. Adelina, pois sem a sua ajuda este caminho não seria possível.

Às famílias que colaboraram neste projeto, pela sua disponibilidade e voto de confiança.

A todos, o meu sincero Obrigado!

RESUMO

A Promoção do Autocuidado nas famílias com Crianças e Adolescentes com Doença Crónica é um Projeto de Intervenção Comunitária que surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e foi implementado, no ACES Almada Seixal – USF CSI Seixal.

O cuidado centrado na família é parte integrante da prática de enfermagem e este projeto está enquadrado num contexto de trabalho em que está atribuído a cada enfermeiro uma lista de utentes, às quais são prestados cuidados, ao longo das várias etapas do ciclo de vida e em diferentes contextos.

As famílias de crianças e adolescentes com doença crónica fazem parte deste contexto e constituem uma população vulnerável, necessitando de um maior apoio do seu enfermeiro de família, pelo que consideramos benéfico para esta população o desenvolvimento da intervenção de enfermagem nesta área.

Utilizou-se neste percurso a metodologia de planeamento em saúde. No diagnóstico de situação identificou-se uma amostra de sete famílias, às quais foi aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e o FACES II.

Foi proposto como objetivo geral avaliar e intervir nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica inscritas na lista I da USF CSI Seixal. Para a sua concretização as estratégias de intervenção foram a implementação da Consulta de Enfermagem à Família bem como de um grupo de ajuda mútua para estas famílias.

Como resultados evidencia-se a mudança no juízo dos critérios de diagnóstico, identificados nas famílias. Foi também evidente a satisfação das famílias relativamente à participação nos grupos de ajuda mútua.

A realização deste projeto contribui para a valorização da intervenção do enfermeiro de família, nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica, nas suas várias vertentes, relacionadas com o apoio emocional, o suporte formativo e a articulação com os recursos da comunidade.

Palavras Chave: Autocuidado, Família, Crianças, Adolescentes, Doença Crónica.

ABSTRACT

The Promotion of Self Care in Families with Children and Adolescents with Chronic Disease is a Project of Community Intervention arising under the 4th Master Degree in Nursing in Specialisation in Community Nursing and was implemented in the ACES Almada Seixal - USF CSI Seixal .

The family-centered care is an integral part of nursing practice and this project is centered in a work context, in which is assigned a list of users to each nurse, to whom care is provided , throughout the various stages of the life cycle and in different contexts .

Families of children and adolescents with chronic disease are part of this context and constitute a vulnerable population requiring more support from their family nurse , so we find essential to this population the development of nursing intervention in this area .

We used the methodology of route planning in health in this projet. In the situation diagnosis, we identified a sample of seven families. It was applied to each one the Dynamic Model for Assessment and Family Intervention and FACES II .

It was proposed as a general objective, evaluate and intervene in families of children and adolescents with chronic disease enrolled in List I of USF CSI Seixal . To materialize this, the intervention strategies were the implementation of family nursing consultation as well as a self-help group for these families .

In the results obtained, it was evident the change in the judgment of diagnostic criteria , identified in families . It was also evident the satisfaction of families regarding participation in self-help groups .

The realization of this project contributes to the enhancement of family nurse intervention in families with children and adolescents with chronic disease , in its various aspects related to emotional support, training support and coordination with community resources .

Key words : Self Care , Family , Children , Adolescents , Chronic Disease .

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. A família como foco dos cuidados de enfermagem	13
1.2. A Saúde da Família – Vulnerabilidade e risco familiar	19
1.3. Intervenção de enfermagem de família nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica	21
1.4. A Enfermagem Comunitária na Promoção do Autocuidado – Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado	25
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	28
2.1. Contextualização do local de intervenção	28
2.2. Técnicas e Procedimentos de colheita de dados	29
2.3. População, população alvo e amostra	31
2.4. Apresentação e análise dos resultados	32
2.4.1. Caracterização da população	32
2.4.2. Caracterização da amostra	34
2.5. Diagnósticos de Enfermagem	35
3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	37
4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	39
5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	43
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL	45
7. AVALIAÇÃO	50
8. QUESTÕES ÉTICAS	52
9. CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	
ANEXO I - Classificação familiar segundo o estágio de desenvolvimento de Evelyn Duvall	
ANEXO II - Classificação Social Internacional de Graffar	
ANEXO III - Escala de risco familiar de Segóvia Dreyer	

ANEXO IV - Comprovativo de contato com o sistema de informação
ANEXO V - Comprovativo de contato com a Dra. Isabel Segóvia Dreyer
ANEXO VI - Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES) II
ANEXO VII - Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar
ANEXO VIII - Autorização da Professora Doutora Otília Monteiro Fernandes para utilização do FACES II
ANEXO IX – Pedido de autorização do ACES para aplicação dos instrumentos de colheita de dados
ANEXO X – Pedido de autorização do ACES para nomear o ACES Almada Seixal e a USF CSI Seixal
ANEXO XI: Itens relacionados com a coesão e adaptabilidade e cotações negativas e positivas a aplicar.
ANEXO XII: Scores e Interpretação do FACES I
ANEXO XIII: Grelha de análise

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Atividades
APÊNDICE II - Questionário de Colheita de Dados
APÊNDICE III - Gráfico nº 1: Classificação das famílias quanto à estrutura familiar
APÊNDICE IV - Gráfico nº 2: Classificação das famílias quanto à Classificação Social Internacional de Graffar
APÊNDICE V - Gráfico nº3: Número de elementos por família
APÊNDICE VI - Gráfico nº4: Classificação das famílias segundo o Estádio de Desenvolvimento de Evelyn Duvall
APÊNDICE VII - Gráfico nº 5: Distribuição da população alvo segundo o sexo e a idade
APÊNDICE VIII - Quadro 1: Caracterização sociodemográfica da amostra
APÊNDICE IX - Quadro 2: Diagnósticos de enfermagem identificados na dimensão estrutural

APÊNDICE X - Quadro 3: Diagnósticos de enfermagem identificados na dimensão de desenvolvimento

APÊNDICE XI - Quadro 4: Diagnósticos de enfermagem identificados na dimensão funcional

APÊNDICE XII – Quadro 5: Classificação das famílias quanto à Adaptabilidade familiar, Coesão familiar e tipo de família

APÊNDICE XIII - Descrição da Atividade 1

APÊNDICE XIV – Estudos de caso das famílias

APÊNDICE XV - Guia orientador da Consulta de Enfermagem à Família

APÊNDICE XVI - Descrição da Atividade 2

APÊNDICE XVII - Descrição da Atividade 3

APÊNDICE XVIII - Descrição da Atividade 4

APÊNDICE XIX - Planeamento da 1ª sessão de grupo de ajuda mútua

APÊNDICE XX - Planeamento da 2ª sessão de grupo de ajuda mútua

APÊNDICE XXI - Planeamento da 3ª sessão de grupo de ajuda mútua

APÊNDICE XXII – Convite às famílias para participação na 1ª sessão de grupo de ajuda mútua

APÊNDICE XXIII – Panfleto informativo sobre o projeto

APÊNDICE XXIV – Ficha de avaliação das sessões

APÊNDICE XXV – Descrição da Atividade 5

APÊNDICE XXVI – Descrição da Atividade 6

APÊNDICE XXVII – Planeamento da sessão de formação à equipa de enfermagem da USF CSI Seixal

APÊNDICE XXVIII – Quadro 10: Alteração do juízo de não demonstrado para demonstrado

APÊNDICE XXIX - Consentimento Informado

LISTA DE ABREVIATURAS

Pág.- Página

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APGAR - Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

APA – American Psychological Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

FACES - Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale

INE – Instituto Nacional de Estatística

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

LISTA DE SIGLAS

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

HGO – Hospital Garcia de Orta

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

USF CSI – Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIAMPE – Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança

INTRODUÇÃO

Este Projeto de Intervenção Comunitária surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e tem como tema a Promoção do Autocuidado nas famílias de Crianças e Adolescentes com Doença Crónica. Serão utilizadas na sua apresentação escrita as normas da *American Psychological Association (APA)*.

O cuidado centrado na família é parte integrante da prática de enfermagem, pois a evidência teórica, prática e de investigação, demonstra o significado da família no bem-estar e saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença (Wright e Leahey, 2002). Assim, a enfermagem de família é facilitadora da promoção do bem-estar e saúde familiares. Este projeto está enquadrado num contexto de trabalho em que está atribuído a cada enfermeiro uma lista de utentes, às quais prestamos cuidados, ao longo das várias etapas do ciclo de vida e em diferentes contextos.

As famílias de crianças e adolescentes com doença crónica fazem parte deste contexto e constituem uma população vulnerável, pelo que, as políticas de saúde e a construção dos planos e programas de saúde tem vindo a demonstrar a necessidade de intervir nesta área. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, de 2013, enfatiza esta problemática e um dos objetivos preconizados é o de “sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças” (DGS, 2013, p. 9). A Direção Geral de Saúde (DGS) faz referência à articulação da equipa multidisciplinar, de forma a promover a qualidade e continuidade da intervenção a crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica.

Relativamente à prevalência da doença crónica na criança e adolescente em Portugal, os dados existentes pertencem ao Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006. Existiam em Portugal, 386 036 crianças, com idade inferior a 15 anos,

com doença crónica, correspondendo a 23% da população. Na região de Lisboa e vale do Tejo 5,6% da população com a mesma idade tinha doença crónica. (INE, INSA, 2009)

Foram identificadas 17 crianças e adolescentes que apresentam doença crónica, pertencentes à lista I da Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados do Seixal (USF CSI Seixal). A percentagem de famílias com crianças e adolescentes com doença crónica, tendo em conta a população alvo é de 8,1%, superior à percentagem nacional. Considero assim, a minha intervenção nesta área importante pois estas famílias, pela sua vulnerabilidade e pela necessidade de encaminhamentos e disponibilização de recursos, necessitam de um maior apoio do seu enfermeiro de família. Seria benéfico para esta população o desenvolvimento da intervenção de enfermagem nesta área e a melhoria da articulação do enfermeiro de família com os recursos da comunidade.

Tendo como finalidade promover o autocuidado nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica inscritas na lista I da USF CSI Seixal é proposto como objetivo geral avaliar e Intervir nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica inscritas na lista I da USF CSI Seixal.

Utilizou-se neste percurso de investigação a metodologia de planeamento em saúde, permitindo a identificação criteriosa dos problemas e a intervenção dirigida às necessidades da população (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990), sendo apresentadas as várias etapas desta metodologia e as atividades realizadas no cronograma de atividades (APÊNDICE I). Será apresentado um enquadramento teórico sobre a temática e o diagnóstico de situação, onde consta a contextualização do local, a seleção da população alvo e amostra, os instrumentos de colheita de dados utilizados, a apresentação e análise dos resultados, bem como os diagnósticos de enfermagem identificados. De seguida, será apresentada a definição de prioridades, a fixação de objetivos operacionais, a seleção de estratégias e a operacionalização seguida da avaliação do projeto de intervenção e das questões éticas tidas em consideração. É realizada uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista e por fim serão apresentadas as limitações do projeto, as recomendações para a prática e as conclusões.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A família como foco dos cuidados de enfermagem

Quando prestamos cuidados ao indivíduo, devemos sempre ter em conta o seu contexto familiar e para além de envolver a família na prestação de cuidados, devemos diagnosticar, planear e intervir na família como um todo, pois:

os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar; as unidades familiares são afectadas quando um ou mais membros têm problemas de saúde, sendo as famílias um factor importante no estado de saúde e bem estar dos indivíduos; as famílias afectam a saúde dos seus membros, e os acontecimentos e práticas de saúde de cada indivíduo afectam toda a família; a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando se dá maior ênfase à família, e não apenas ao indivíduo; a promoção, manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a sobrevivência da sociedade. (Hanson, 2005, p.4)

A mesma autora refere que uma família “refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos.” (Hanson, 2005, p.6) A família é o lugar onde “naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que nesse percurso, possamos ir tendo mais que uma família.” (Alarcão, 2002, p.37) Wright e Leahey (2009, p.67) definem família como “ um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, com o sentido de posse e a inclinação a participar na vida uns dos outros.” Assim, os indivíduos têm o compromisso de se relacionarem a longo prazo, de se organizarem e de se cuidarem mutuamente.

Na sua prática de cuidados, os enfermeiros de família “precisam de compreender o papel da família como instituição social” (Hanson, 2005, p.86), ou seja, considerar na sua prática as instituições da sociedade a que a família está ligada; o seu contexto histórico, social, cultural, económico, político e psicológico. Segundo Wright e Leahey (2009), a enfermagem de família emerge, como os cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família aos

problemas de saúde reais ou potenciais. A Ordem dos Enfermeiros refere neste sentido que,

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

Pelo que, cabe agora definir alguns conceitos relativos à avaliação familiar nomeadamente, a estrutura familiar, a função da família, o processo familiar e o funcionamento familiar.

Segundo autores como Hanson (2005), Stanhope e Lancaster (2011), a estrutura familiar tem sofrido alterações ao longo das últimas décadas, deixando de ser a chamada família tradicional e passando a adquirir diferentes estruturas. Entenda-se por estrutura familiar como “ o conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais.” (Hanson, 2005, p.86) Para a identificar, o enfermeiro tem de conhecer os indivíduos que a constituem, as relações entre eles e com os outros sistemas sociais.

Sendo difícil esta esquematização, as famílias podem ser caracterizadas quanto à sua estrutura em casal, homem e mulher, parceiros do mesmo sexo que podem ou não ser casados legalmente; famílias nucleares, sendo constituídas pelo casal com ou sem filhos, biológicos ou adotivos; famílias monoparentais, constituídas por um homem ou mulher com um ou mais filhos; famílias recombinadas, em que um dos membros do casal foi casado anteriormente, tendo filhos desse casamento (Gameiro, 2001); famílias alargadas, se forem constituídas por mais de três gerações; famílias unitárias, em que uma pessoa vive sozinha na mesma habitação. Existem outros tipos de família, indivíduos que partilham a mesma habitação, várias famílias que vivem em comunidade (Figueiredo, 2012, p.74).

Segundo Hanson (2005) a função familiar é uma consequência da estrutura familiar. Sendo um sistema social, para a família sobreviver e se desenvolver em sociedade deve satisfazer determinados pré requisitos funcionais: a adaptação; a realização de

objetivos; a integração; e a manutenção de padrões e controlo de tensão (Hanson, 2005, p.90). Inserida na sociedade, a família adquire outras funções. A função económica e reprodutiva da família, são aquelas que têm sofrido maiores alterações. A socialização dos filhos, constitui uma das principais funções da família tradicional, através da qual as crianças adquirem aptidões sociais e psicológicas para assumirem o seu lugar no mundo adulto.

Figueiredo (2012) enfatiza a função de saúde da família, uma vez que é o local onde os indivíduos aprendem os comportamentos de saúde, influenciando os seus comportamentos face aos processos de saúde e doença. É um espaço que pode precipitar ou proteger da doença e onde se recebe cuidados de saúde. A mesma autora refere ainda que é

no contexto familiar que, frequentemente, são tomadas decisões sobre as práticas de saúde, a família opera também como provedora dos mesmos, quer em contextos de promoção de saúde ou de situações de doença, mantendo-se como fonte primária de prestação e transmissão de cuidados de saúde. (Figueiredo, 2012, p.48).

Relativamente ao processo familiar, este, segundo Hanson (2005, p.94), “é a interação contínua entre os membros da família, através do qual, eles realizam as suas tarefas instrumentais e expressivas”, tornando-as únicas. Segundo esta autora, citando Nye (1976), dentro da família, cada posição comporta uma série de papéis, que podem ser agrupados em: papel de provedor, papel de dona de casa e prestadora de cuidados à criança, papel de socialização, papel sexual, papel terapêutico, papel recreativo, ou o papel de parente. Porém, o desempenho destes papéis nem sempre é competente, e podem existir várias fontes de dificuldades, como a incapacidade para definir a situação, a falta de conhecimento do papel, a falta de consenso no papel, o conflito no papel e a saturação do papel (Hanson, 2005). Figueiredo (2012) clarifica alguns destes conceitos, nomeadamente, o consenso familiar que se relaciona com “ a aceitação dos membros da família sobre as expectativas associadas ao papel”. (Figueiredo, 2012, p. 91) O conflito de papéis surge quando “ as expectativas ligadas ao desempenho dos papéis ou de papel são incompatíveis, muitas vezes pela sobrecarga de papéis familiares.” (Figueiredo, 2012, p. 91) A saturação do papel surge “quando o membro da família ou os

membros que desempenham o papel, não têm recursos de tempo ou energia para desempenhar eficazmente as tarefas inerentes ao mesmo (...).(Figueiredo, 2012, p. 91)

Este estabelecimento e negociação de papéis familiares exigem uma comunicação eficaz entre os membros da família. Dentro da família “a comunicação saudável é caracterizada por regras claras, mas flexíveis, que geram a comunicação verbal e não verbal ...” (Hanson, 2005, p.99).

No processo familiar estão então inseridos vários conceitos que devem ser tidos em conta na avaliação familiar, nomeadamente o exercício do poder, constituindo um processo dinâmico e multidimensional, influenciado pela estrutura da família e características dos indivíduos e grupos envolvidos; a tomada de decisão, influenciada pelo exercício do poder, sendo um esforço coletivo e de extrema importância na concretização dos objetivos familiares; a satisfação conjugal, que é facilmente influenciada pela divisão de tarefas domésticas, as restrições de tempo e o emprego; e as estratégias de *coping* utilizadas em situações de *stress*.

Um dos modelos que analisa o funcionamento familiar é o Modelo Circumplexo de Olson. Segundo Figueiredo (2012, p.21) citando (Olson & Gorall, 2003), constitui-se assim “como um modelo de avaliação familiar que interliga as componentes de teoria e da investigação com a prática clínica.” Para Olson (2000), o Modelo Circumplexo foca-se nas três dimensões centrais do sistema familiar, a coesão, a adaptabilidade e a comunicação familiares.

A coesão familiar é definida como o vínculo emocional que existe entre os membros da família, bem como, o nível de autonomia que os membros experienciam entre si no seio da família. Assim, “ o foco da dimensão coesão é como o sistema familiar equilibra a separação dos seus membros versus a união.” (Olson, 2000. p. 145) Para avaliar a coesão familiar este modelo integra conceitos como laços emocionais, limites familiares, coligações, tempo, espaço, amigos, decisões e interesses e lazer. A coesão pode ser classificada em quatro níveis. A desmembrada, corresponde ao nível mais baixo de coesão familiar e caracteriza-se por fracos vínculos familiares e elevada autonomia pessoal. Os dois níveis intermédios correspondem a modos de

coesão equilibrados, são eles a separada e a ligada. Estes dois níveis intermédios caracterizam-se pela capacidade que cada membro da família possui de se relacionar de forma equilibrada e independente. No extremo da coesão máxima situam-se as famílias muito ligadas, que se caracterizam por vínculos emocionais intensos e fraca autonomia individual. (Olson, 2000)

A adaptabilidade familiar está relacionada com a capacidade de mudança do sistema familiar, no âmbito da liderança, desempenho de papéis e regras. Segundo Olson (2000, p. 147), “ o foco da adaptabilidade é como o sistema equilibra a estabilidade versus a mudança.” A adaptabilidade está associada a conceitos tais como, a imposição, a liderança, a disciplina, a negociação, os papéis e regras. As famílias podem ser classificadas, em rígida, correspondendo ao nível de adaptabilidade mais baixa. Estas famílias possuem uma liderança autoritária, ausência de negociação, com regras e papeis bem definidos. Os níveis intermédios de adaptabilidade correspondem às famílias estruturadas, flexíveis, que se caracterizam pela ocorrência de uma liderança partilhada, com papéis e regras estáveis, mas alteráveis. As famílias cujo nível de adaptabilidade seja muito alto, são denominadas de muito flexíveis, em que não existe líder, os papéis e as regras não são estabelecidos, havendo ausência de controlo paterno. (Fernandes, 1995)

Através da combinação dos quatro níveis de coesão, com os quatro níveis de adaptabilidade, obtém-se quatro tipos de famílias, nomeadamente, muito equilibradas, equilibradas, meio-termo e extremas. (Fernandes, 1995)

A terceira dimensão, a comunicação familiar é considerada a dimensão facilitadora pois permite o movimento entre a coesão e a adaptabilidade. É através da mudança da comunicação familiar que se altera o seu tipo de coesão e adaptabilidade. (Olson, 2000). Segundo Figueiredo (2012, p.21),

as famílias equilibradas possuem e utilizam melhor os seus canais de comunicação do que as famílias extremas. Capacidades comunicacionais positivas, como por exemplo, empatia, escuta e apoio permite aos membros da família partilharem uns com os outros as suas necessidades e preferências, que se encontram em constante mudança. Por sua vez, capacidades comunicacionais negativas, como por exemplo, mensagens duplas e criticismos, minimizam a capacidade da família de partilhar os seus sentimentos.

O estudo realizado por Barbosa, Guimarães, & Viana (2007), procura demonstrar de que modo a doença crónica de um filho influencia a estrutura familiar contribuindo para a sua disfunção . Os autores fazem referência a vários estudos nesta área tiveram como inspiração o modelo circumplexo desenvolvido por Olson. Gustafsson et al. (1987) compara famílias de crianças asmáticas, com famílias de crianças diabéticas e famílias de crianças saudáveis. Verificam que as primeiras mostravam com mais frequência padrões de interação disfuncionais, dos tipos aglutinado, desagregado e caótico. Chaney e Paterson (1989) investigaram famílias com crianças com Artrite Crónica Juvenil. Concluíram que níveis de organização familiar extrema, estavam associados a aderência pobre ao tratamento. Viana (1992), utiliza a versão portuguesa de Curral et al., (1999) para investigar a estrutura de 28 famílias de crianças com Artrite Crónica Juvenil. Verifica que uma grande parte destas famílias se encontra nos extremos quanto à adaptabilidade e à coesão, eram aglutinadas ou desagregadas e caóticas ou rígidas. Poucas famílias se situavam nas categorias centrais da classificação do tipo de família, onde o funcionamento é considerado mais adequado no que respeita às dimensões adaptabilidade e coesão. (Barbosa, Guimarães & Viana, 2007, p. 120)

Um dos grandes vetores deste modelo está relacionado com a coesão e adaptabilidade familiares. No que diz respeito à coesão,

a aglutinação que traduz um grau elevado desenvolvimento mútuo, implica interdependência, intrusão e, deixa pressupor limites frágeis entre os subsistemas familiares. Quanto à adaptabilidade, o principal factor disfuncional é a rigidez, implica grande resistência à mudança e dificuldades em mudar regras e procedimentos quando mudam os contextos. No contexto de doença ou nas diferentes fases do ciclo de vida, as famílias rígidas vivem cronicamente em *stress* dado o défice de mecanismos homeostáticos. (Barbosa, Guimarães & Viana, 2007, p. 117)

Na conclusão deste estudo os autores referem que

se desenvolveu uma forte aliança entre o paciente e um dos progenitores ficando excluído o outro progenitor. A intimidade e vida social do casal ficou fortemente diminuída ou penalizada. A doença, em todos os casos, impôs-se na vida familiar e passou a constituir um mecanismo de evitamento de conflitos. A interacção conjugal é pobre e a responsabilidade é atribuída à doença. (Barbosa, Guimarães & Viana, 2007, p. 124)

1.2. A Saúde da Família – Vulnerabilidade e Risco Familiar

Apesar do foco da profissão de enfermagem ser cada vez mais a família e a saúde familiar, o significado deste conceito não é exato. A saúde familiar ” é um estado dinâmico de relativa mudança de bem estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema da família.” (Hanson, 2005, p.7) Ou seja, a saúde de um indivíduo afeta toda a função da família e a função da família afeta a saúde de um indivíduo (Stanhope e Lancaster, 2011, p.609). Segundo esta autora os riscos para a saúde de uma família surgem em três áreas principais: biológica, ambiental e comportamental. A existência de um fator de risco numa dessas áreas pode não ser o suficiente para ameaçar a saúde da família, mas um conjunto de vários riscos de duas ou mais categorias pode fazê-lo. (Stanhope e Lancaster, 2011)

A família, têm um papel importante no desenvolvimento de determinada doença, bem como na gestão do seu tratamento. Determinados padrões genéticos ou estilos de vida inerentes à família, podem predispor o indivíduo ao risco. As transições de vida, pelos quais as famílias vão passando, são também momentos de risco, sobre as quais a intervenção do enfermeiro pode ser fulcral, pois colocam-lhes novos problemas para resolver e novas tarefas para concretizar. O risco familiar está então relacionado com acontecimentos de vida, que podem ser classificados em normativos ou não normativos. Os acontecimentos de vida normativos, permitem à família antecipá-lo, fazendo planos, desenvolvendo novas competências, preparando-se para o acontecimento e para as suas consequências. Permite-lhes aumentar a capacidade de *coping*, diminuir o *stress* e os resultados negativos. Se o acontecimento é não normativo, ou inesperado, as famílias têm pouco tempo para se preparem e o resultado pode ser o aumento do stress, a crise, ou mesmo a disfuncionalidade. Stanhope e Lancaster. (2005, p.613)

Gameiro (1985, p. 10) faz também referência à importância do ciclo vital da família e à sua relação com o funcionamento familiar. Refere que “ este ciclo é constituído pelos momentos mais significativos da vida familiar, considerada no seu conjunto, no qual existem zonas de particular instabilidade, correspondentes a mudanças na

organização da família, por si só geradoras de desequilíbrios momentâneos a que a família tem de dar resposta, de modo a atingir uma nova organização.”

Segundo Stanhope e Lancaster (2005, p.616), “ a importância dos riscos sociais para a saúde da família tem ganho um reconhecimento crescente” O local onde a família vive, as condições socio económicas, o acesso aos cuidados de saúde, podem limitar a adesão a comportamentos e estilos de vida saudáveis. É importante o enfermeiro conhecer os recursos que a família tem e determinar se são suficientes para satisfazer as suas necessidades.

Relativamente ao risco comportamental, Stanhope e Lancaster (2005, p.618) refere que “ a família é a unidade básica na qual os comportamentos de saúde são desenvolvidos, organizados e realizados.” Assim, “as famílias são a principal fonte de factores que promovem ou inibem os estilos de vida positivos.” (Stanhope e Lancaster, 2005, p.618)

As famílias, devido à exposição aos fatores de risco biológico, ambiental e comportamental, constituem assim um grupo populacional vulnerável, que deve ser o foco da intervenção de enfermagem. Para Stanhope e Lancaster (2011, p.748), um grupo populacional vulnerável “é um subgrupo da população que tem maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde como resultado da exposição ao risco, ou de ter piores resultados desses problemas de saúde do que o resto da população”. Segundo Chesnay e Anderson (2012, p.4), vulnerabilidade significa suscetibilidade. Populações vulneráveis são aquelas que estão em risco de ter uma saúde física, psicológica e social inferior. Em termos de cuidados de saúde, possuem um risco aumentado de desenvolver problemas de saúde, em virtude do seu estatuto sociocultural, do acesso limitado aos recursos económicos, devido às suas características pessoais, tais como idade, género, etnia; aos conhecimentos adquiridos ao longo da vida e estilos de vida adotados e ao desenvolvimento de estratégias perante a doença. A prestação de cuidados de enfermagem a populações vulneráveis surge, pois o conceito de vulnerabilidade está intimamente ligado à saúde e aos seus problemas. A vulnerabilidade é dinâmica podendo ser contrariada através da aquisição dos recursos necessários para a superar e para promover a resiliência. (Stanhope e Lancaster, 2011)

1.3. Intervenção de enfermagem de família nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica

Segundo o INE, doença crónica é uma “doença que dura, ou se prevê venha a durar um tempo longo, habitualmente mais do que seis meses. Geralmente necessita intervenção médica para a sua cura ou controlo”(INE, 2011). Para Phipps (1995, p.225), doença crónica “ é um termo lato que engloba doenças de longa duração, que estão muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade. Cada doença crónica é única e tem um impacto diferente sobre o indivíduo, família e a comunidade.” Segundo a OMS (2002) as doenças crónicas são problemas de saúde que requerem um cuidado contínuo por um período de anos ou décadas. Considerando esta perspetiva, abarcam uma categoria extremamente vasta de problemas de saúde. São incluídas doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, certos transtornos mentais e alterações da estrutura. Apesar de aparentemente diferentes, todas se encaixam dentro da categoria de doença crónica (OMS, 2002). Barros (2003, p.135), refere que este conceito é flexível e em evolução, “ traduzindo de uma forma geral todas as condições de doença incurável ou de evolução muito prolongada”, que partilham várias características com um forte impacto na vivência da criança e das suas família, nomeadamente, o fato de serem indesejáveis, serem incontrolláveis ou só parcialmente controláveis, terem consequências imprevisíveis, envolverem separações temporárias ou perdas permanentes, envolverem diminuições das opções sociais, ocupacionais, escolares, recreativas e profissionais, poderem envolver risco de vida. Para a mesma autora a doença crónica na criança altera a sua vivência e da sua família de duas formas: “obriga a experiências aversivas que a criança tem de enfrentar e impede ou limita as experiências de vida normativas, desejáveis e facilitadoras do desenvolvimento que a doença não permite ou restringe.” (Barros, 2003, p.137)

As famílias de crianças e adolescentes com doença crónica, perturbação do desenvolvimento ou deficiência, possuem vários fatores de risco, que as tornam vulneráveis. A sua função, estrutura e processos familiares, podem ficar comprometidos durante as fases do seu desenvolvimento. Segundo Wong (1997, p.

468), a abordagem destas crianças e suas famílias não se deve centrar na patologia ou na incapacidade, mas sim no desenvolvimento, capacidades e pontos positivos. Assim, deve-se considerar o desenvolvimento familiar. O ciclo vital da família reflete as idades e as necessidades dos seus membros. Uma criança ou adolescente com doença crónica, tem necessidades especiais e vai provocar situações de *stress* na família ou crises significativas, às quais a família vai ter de se adaptar.

Ter na família uma criança ou adolescente com doença crónica

impõe modificações na vida do doente e da família, exigindo readaptações frente à nova situação e estratégias para a combater. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença e, além disso, da fase em que a família se encontra e as estruturas disponíveis para satisfazer as suas necessidades e readquirir o equilíbrio. (Ribas & Ferraz, 2010, p.192)

A OMS (2003), citado por Carvalho & Reinho (2009) refere que o papel do enfermeiro de saúde familiar abrange para além do indivíduo que vive no seio de uma família, todas as pessoas da comunidade. Neste âmbito “a intervenção de enfermagem visa essencialmente promover um ambiente familiar saudável, diminuindo o *stress* parental, melhorar a competência parental e o funcionamento familiar, para que a unidade familiar dê melhor resposta às necessidades socio emocionais da criança.” (Carvalho & Reinho, 2009, p.145)

As famílias de crianças e adolescentes com doença crónica conhecem a reação dos seus filhos à doença e entendem as capacidades de desenvolvimento dos seus filhos. Tendo em conta as características específicas da família, as manifestações da doença, o estágio de desenvolvimento e as exigências impostas às relações, o enfermeiro, tem como intervenções: perceber o modo como as experiências anteriores da família, as expectativas da doença e o envolvimento da família, estão a afetar a doença; perceber se a família está a reagir ao diagnóstico de uma nova doença ou já tem experiência em cuidar da criança; ajudar as famílias a promover a saúde, através das constantes necessidades dos membros da família; ajudar as famílias a adaptarem-se às limitações do desenvolvimento da criança. (Hanson, 2005)

As famílias com crianças e adolescentes devem promover a saúde dos seus membros praticando comportamentos saudáveis, desenvolvendo o seu próprio bem-estar físico, mental e social. O papel dos pais enquanto principais prestadores de cuidados deve ser valorizado e reforçado, devendo ser capacitados para a promoção da saúde das suas famílias. Tal como referido pela DGS (2013, p.6),

são aspetos prioritários a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados.

Assim, a prestação de cuidados a estas famílias deve basear-se “ numa abordagem multidisciplinar e transversal a várias áreas, incluindo a saúde, o serviço social e a educação, ao nível de cuidados hospitalares e da comunidade, a intervenção de cuidados altamente tecnológicos ou de suporte.” (Ribas & Ferraz, 2010, p.192) As necessidades de uma família com uma criança cronicamente doente não são as esperadas numa família sem doença. Surgem questões relacionadas com

a educação, a vida social, os cuidados aos irmãos, o relacionamento do casal, a organização espacial da casa ou os horários têm de ser reorganizadas em torno das necessidades da criança, esvaziando por vezes os restantes elementos da família do seu espaço e tempo privados. (Ribas & Ferraz, 2010, p.192)

Neste sentido podemos referir que estas famílias necessitam de uma rede social, que fornece apoio e suporte social. O apoio social pode ser de âmbito informativo, espiritual e emocional, material e valorativo (quando se pretende valorizar e reforçar o esforço da família) (Charepe, 2011). Esta rede pode ser formal ou informal e é constituída pela família alargada, amigos, relações comunitárias, relações com o sistema de saúde e agências sociais e relações de trabalho ou de estudo. Charepe (2009), cita Sluzki (2003) nomeando as funções da rede social. São elas a companhia social, o apoio social, o apoio emocional, o guia cognitivo e conselhos, a regulação Social, a ajuda material e de serviços e o acesso a novos contactos.

Para além, da intervenção do enfermeiro de família nos processos familiares de adaptação à situação de doença crónica, a articulação com a comunidade surge também como uma estratégia importante da intervenção de enfermagem. A

reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde veio trazer benefícios na prestação de cuidados a estas famílias, pois para além do melhor acesso ao enfermeiro de família, pertencente às USF's, estas famílias podem beneficiar com a articulação existente com as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC's) e com as Unidades Assistenciais de Recursos Partilhados (URAP), disponibilizando as equipas multidisciplinares referidas anteriormente por vários autores.

Outro recurso da comunidade importante, neste âmbito, referenciado por vários autores são os grupos de ajuda mútua. Segundo Barros (2009, p. 166) “os grupos de apoio, constituídos por pais que partilham a mesma experiência e que podem trocar informação e expressar sentimentos complexos num contexto de aceitação e empatia, (...) têm-se mostrado relativamente eficazes e bem aceites”, pois promovem o suporte social através da identificação a criação de recursos na comunidade. São definidos por Charepe (2009, p. 82), referindo que “os grupos de ajuda mútua implicam uma estrutura de funcionamento constituída por pessoas motivadas em partilharem um determinado problema, necessidade e/ou limitação comum, sendo potenciadas as capacidades individuais e a procura de recursos com vista à mudança a respeito do partilhado”.

Charepe (2011, p.77) refere que estes grupos surgem como uma estratégia alternativa de suporte às famílias com crianças com doença crónica e que “vários autores propõem a participação dos mesmos em grupos de apoio ou grupos de ajuda mútua, de modo a poder-se promover a compreensão face à doença crónica dos seus filhos, através do envolvimento com outros pais detentores de idênticas vivências”. A participação das famílias nestes grupos de ajuda mútua promove a partilha de ideias, preocupações, angústias, projetando uma esperança mais realista no futuro e um sentimento mais positivo no desempenho do papel parental.

1.4. A Enfermagem Comunitária na Promoção do Autocuidado – Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado

Na sua Teoria do Autocuidado, Dorothea Orem, engloba atividades que o indivíduo precisa de desenvolver para manter o bem-estar e tornar-se agente do auto cuidado. A Teoria do Défice de Autocuidado reporta-se às ações que outro indivíduo realiza quando o próprio não é capaz de satisfazer os requisitos de auto cuidado. Posteriormente surge a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza a enfermagem. Assim, segundo Figueiredo (2012, p. 13), a adaptação do Modelo de Orem à família “centra-se nas competências dos indivíduos e da família para desenvolverem comportamentos que permitam o desenvolvimento adequado enquanto sistema, individual ou familiar.”

As famílias de crianças e adolescentes com doença crónica evoluem e desenvolvem-se ao longo das várias etapas do ciclo vital da família. Porém a realização das tarefas de desenvolvimento implica aprendizagens e utilização de recursos diferentes, das outras famílias. O enfermeiro de família deve intervir na promoção do autocuidado destas famílias durante o ciclo de vida e em todas as vertentes.

Na teoria dos sistemas de enfermagem são definidos três sistemas: o sistema de enfermagem totalmente compensatório, o sistema de enfermagem parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. É precisamente no sistema de enfermagem de apoio e educação que se enquadra a prestação de cuidados de enfermagem de família dirigidos à promoção do autocuidado nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica.

Neste sentido é também importante ter presente a definição de autocuidado que é referida por Orem (1993, p.213) como:

a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de

preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem estar pessoal.

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, constitui uma base fundamental para a prática de enfermagem neste âmbito. Através da teoria do déficit de auto cuidado de Orem, são identificados défices de autocuidado num ou mais requisitos universais do autocuidado, nos requisitos de autocuidado de desenvolvimento e nos requisitos de autocuidado de desvio de saúde.

A atuação de enfermagem consiste na competência da enfermeira em estabelecer uma relação interpessoal; competência para agir, saber e cuidar as famílias nessas relações e satisfazer as suas necessidades de autocuidado terapêutico; bem como regular o desenvolvimento ou exercício da sua atividade de autocuidado (Orem, 1993). A intervenção de enfermagem no âmbito das famílias com crianças e adolescentes com doença crónica apoia-se nesta capacidade para avaliar e detetar famílias em risco.

O fato de contarmos diretamente com as famílias no local onde vivem facilita e privilegia a nossa intervenção. Os métodos de ajuda definidos por Orem vão ao encontro da prática de enfermagem de família. São uma série de ações que irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das crianças. A nossa intervenção consiste em atuar ou fazer por outrem, orientar e dirigir; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; ensinar. (Orem, 1993)

De fato, a intervenção comunitária do enfermeiro de família na promoção do autocuidado, passa por todas estas ações, direcionadas de forma individualizada para cada família, no decorrer do seu ciclo vital e tendo em conta os vários acontecimentos de vida de cada família. Também Figueiredo (2012, p.13), refere a importância do Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem e a sua utilização nos vários processos de vida da família, pois tem em consideração “as transições subjacentes aos processos de desenvolvimento individual ou que decorrem de alterações do bem-estar associadas a situações de doença aguda ou crónica (...)”.

A família constitui, parte integrante, na agência de autocuidado ou agência de autocuidado dependente, que Orem (1993, p.163) refere como sendo a capacidade humana dos indivíduos realizarem ações com o objetivo de cuidar de si mesmos e de outros. As famílias de crianças com doença crônica são agentes de autocuidado em todos os requisitos de autocuidado, tendo uma evolução diferente das suas capacidades individuais e enquanto família. No modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar, Figueiredo (2012, p. 92) refere que “ é a família que se torna agente do autocuidado, pela maior ou menor consensualização sobre a forma como dará resposta a esta necessidade.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.28), o diagnóstico de situação deve

(...) ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido.

Este capítulo inicia-se com a contextualização da intervenção, na USF CSI Seixal; de seguida descrevemos os procedimentos de colheita de dados e os instrumentos utilizados; definimos a população, população alvo e amostra; e na apresentação e análise dos resultados realizamos a caracterização da população e da amostra.

2.1. Contextualização do local de intervenção

O Concelho de Seixal, encontra-se situado na Península de Setúbal e é constituído por seis freguesias: Aldeia de Paio Pires, Amora, Corroios, Fernão Ferro e Seixal. Tem uma área geográfica de 94 Km² e em 2011, 158 269 habitantes, correspondendo a 62 261 famílias, segundo dados do CENSUS 2011. A taxa de natalidade em 2011 era de 10,8 nados vivos por cada 1000 habitantes. Sendo a taxa de mortalidade de 7,2 por 1000 habitantes. A taxa de mortalidade Infantil era de 1,7 por 1000 habitantes. Os grupos etários com maior número de habitantes são entre os 30 e os 44 anos de idade.

A USF CSI Seixal integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada Seixal e fica situada na Freguesia do Seixal. A equipa multidisciplinar é constituída neste momento por oito enfermeiros, oito médicos e cinco assistentes administrativas. Relativamente à equipa de enfermagem, a sua metodologia de trabalho integra o conceito de enfermagem de família, sendo que a cada enfermeiro está atribuída uma lista de utentes.

Na USF CSI Seixal, no dia 8 de Março de 2013, estavam inscritos 14 826 utentes, correspondendo a 5 950 famílias e na lista I desta USF 785 famílias.

2.2. Técnicas e Procedimentos de colheita de dados

Utilizando vários instrumentos de recolha de dados, disponíveis no Sistema de Informação, *Medicine One*, realizou-se uma caracterização da população relativamente à estrutura familiar, ao Estádio de Desenvolvimento segundo Evelyn Duvall (Anexo I), à Classificação Internacional Social de Graffar, adaptada à população portuguesa (Anexo II) e à Escala de Risco Familiar de Segóvia Dreyer (Anexo III). Foi realizada a 499 famílias entre 1 de Abril de 2013 e 31 de Maio de 2013. Todos os instrumentos encontram-se validados para a população portuguesa e são comumente aplicados no âmbito da avaliação familiar, exceto a Escala de Risco Familiar de Segóvia Dreyer.

Relativamente à Escala de Risco Familiar de Segóvia Dreyer, esta permite selecionar os fatores de risco da família e classificá-la quanto ao risco em baixo, médio ou alto. Porém, apesar de estar disponível no processo familiar do utente, não está validada para a população portuguesa. No âmbito, da procura de conhecimento sobre esta escala foram efetuadas várias diligências, nomeadamente, a pesquisa bibliográfica em todas as bases de dados disponíveis através da Ebsco e B On; as entrevistas informais a peritos na área e os contactos efetuados com o sistema de informação *Medicine One* (ANEXO IV). Foi contactada a autora, que referiu não ter construído esta escala. Esta é uma escala antiga e os problemas de saúde das famílias vão sendo diferentes. É uma escala só aplicável a famílias com crianças e os termos utilizados suscitam dúvidas aquando da sua aplicação (ANEXO V). Não havendo validação desta escala, foi necessário redefinir a população alvo e amostra e também os instrumentos de colheita de dados. Foi utilizado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e o FACES II.

Quanto à estrutura familiar as famílias foram caracterizadas tendo em conta a terminologia apresentada no enquadramento teórico.

A família pode também ser classificada segundo o seu estágio de desenvolvimento. Duvall (1985), “introduz a noção de tarefas de desenvolvimento do todo familiar, considera precisamente a presença de crianças e a idade do filho mais velho como critério adequado para a sua delimitação.” (Relvas, 2000, p.18) Esta teoria do desenvolvimento familiar inclui dois conceitos básicos: o ciclo de vida, que divide as experiências familiares em vários estádios durante a vida e descreve mudanças na estrutura familiar e regras durante cada estágio; e as tarefas de desenvolvimento, que são as responsabilidades de crescimento que surgem nas diferentes fases da vida da família.

Esta classificação aplica-se à família nuclear, desde a sua formação e evolução a partir do nascimento do primeiro filho. Apesar do nascimento de outros filhos originar processos de reestruturação para integrar o novo elemento, é com o primeiro que as transições são vivenciadas como marco de desenvolvimento (Figueiredo, 2012, p.52).

A Classificação Internacional Social de Graffar foi selecionada por ser muito utilizada na população portuguesa e ser de fácil aplicação. O método utilizado por Graffar baseia-se no estudo de um conjunto de cinco critérios sociais, tais como a profissão, nível de Instrução, fontes de rendimentos familiares, conforto de alojamento, aspeto do bairro onde habita. Após a sua classificação, o somatório coloca as famílias numa posição social. Assim, “possibilita a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos fatores de *stress* familiares que possam estar associados aos aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda do contexto residencial.” (Figueiredo, 2012, p.75)

A *Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale* (FACES) II, desenvolvida por Olson, Joyce, Portner e Bell, foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Fernandes (1995). Segundo Fernandes (1995, p.1)

a FACES foi concebida de modo a poder avaliar a dinâmica familiar, pelo que os itens, focalizam, apenas, as características do sistema (família), considerado como sendo composto por todos os membros da família atualmente residentes na mesma casa; e são adequados a famílias em todas as etapas do seu ciclo de vida.

A FACES II é um instrumento de colheita de dados que utiliza uma escala tipo likert, de frequência ascendente. Todos ou a maior parte dos seus membros (com mais de 12 anos e que saibam ler) devem responder, de modo a poder capturar-se a complexidade desse sistema familiar. Esta escala é composta por trinta itens, 16 itens pertencem à dimensão de Coesão e 14 à de Adaptabilidade (Fernandes, 1995).

O MDAIF é, desde 7 de Dezembro de 2011, o referencial teórico em Enfermagem de saúde Familiar adotado pela Ordem dos Enfermeiros (Anexo VII), para a prática de prestação de cuidados de enfermagem, aquando da intervenção nas famílias. É um referencial teórico e operativo, que pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, no contexto de Cuidados de Saúde Primários (Figueiredo, 2012). O questionário orientador da entrevista à família foi assim, baseado no questionário apresentado neste modelo e adaptado a cada família consoante o estágio de desenvolvimento e os aspetos mais relevantes (APÊNDICE II).

2.3. População, população alvo e amostra

A população deste projeto de intervenção são todas as famílias inscritas na Lista I da USF CSI Seixal, que a 8 de março de 2013 era 785 famílias correspondendo a 1874 utentes. Foi realizada a caracterização sociodemográfica desta população, sendo incluídas nesta fase, todas as famílias em que pelo menos um elemento tenha recorrido à USF entre 1 de Abril de 2013 a 31 de Maio de 2013. Foram caracterizadas 499 famílias. Foi identificada a nossa população alvo como todas as famílias inscritas na Lista I da USF CSI Seixal com crianças e adolescentes com menos de 20 anos de idade, correspondendo a 184 famílias. Para selecionar a amostra foi tido em conta a relevância da problemática, das crianças com doença crónica, referenciada no Programa de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), dando um enfoque especial à intervenção nestas famílias ao nível dos Cuidados de Saúde

Primários. Através da consulta dos processos clínicos destas famílias, aleado ao conhecimento que a caracterização sociodemográfica nos proporcionou, identificaram-se quinze famílias de crianças e adolescentes com doença crónica, correspondendo a dezassete crianças, que constituem a nossa amostra. Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão e inclusão.

Critérios de exclusão:

- famílias a viver no estrangeiro ou fora da área de abrangência do Centro de Saúde;
- famílias em que nenhum membro tenha frequentado a USF nos últimos três anos.

Critério de inclusão:

- famílias que possuam pelo menos um elemento com menos de 20 anos com doença crónica. Ou seja, que tenha diagnosticada uma doença que dura ou se prevê durar um tempo prolongado e que necessite de acompanhamento de saúde e tratamento contínuo (INE, 2011; Phipps, 1995; OMS, 2002).

Foram excluídas 6 famílias por apresentarem critérios de exclusão, uma por não se mostrar disponível para a participação no estudo e outra não foi possível contactar telefonicamente nem estava presente no domicílio aquando da realização de visita domiciliária. Pelo que a nossa amostra são 7 famílias com crianças e adolescentes com doença crónica.

2.4. Apresentação e análise dos resultados

2.4.1. Caracterização da população

A caracterização da população será efetuada a um número total de 499 famílias, quanto à estrutura familiar, ao estágio de desenvolvimento segundo Duvall, à Classificação Social Internacional de Graffar, ao número de elementos por família por fim quanto ao sexo e idade.

Quanto à estrutura familiar, podemos verificar, através do Gráfico 1 (APÊNDICE III), que o maior número de famílias inscritas na lista I da USF CSI Seixal, são famílias nucleares. Constatamos também que existe um número bastante significativo de famílias monoparentais lideradas pela mulher e de famílias unitárias.

No Gráfico 2 (APÊNDICE IV), que demonstra a classificação das famílias segundo a Classificação Social Internacional de Graffar, verifica-se que o maior número de famílias, pertencem à classe média, seguindo-se também as famílias pertencentes à classe média alta, com um valor significativo.

No Gráfico 3 (APÊNDICE V), podemos constatar que, o número de elementos por família varia entre um e sete elementos. As famílias com dois elementos correspondem à maioria (179 famílias), seguindo-se as famílias com três e quatro elementos. As famílias com cinco elementos ou mais são a minoria.

No gráfico 4 (APÊNDICE VI), podemos observar que destas 499 famílias, 142 encontram-se no último estágio de desenvolvimento segundo Duvall, o dos progenitores na terceira idade. Existe também um número considerável de famílias com adultos jovens ainda em casa dos pais, sendo 92 famílias. As famílias com filhos em idade pré-escolar ou com filhos pequenos são em menor número, bem como os casais sem filhos. Consta neste gráfico um grupo de indivíduos que vivem sozinhos e não têm filhos, que não se enquadrando em nenhum dos estádios de desenvolvimento aparecem também representados neste gráfico.

No gráfico 5 (APÊNDICE VII) observamos a distribuição da população segundo o sexo e os vários grupos etários. Estes grupos etários foram calculados através da Fórmula de Struges. Podemos verificar que nas 499 famílias, existem 665 mulheres e 628 homens. Verifica-se uma distribuição uniforme ao longo dos anos, exceto nos grupos etários entre os 25 e os 56 anos, em que o número de mulheres é superior. Relativamente às faixas etárias mais elevadas, a partir dos 65 anos, o número de homens é sempre superior, bem como entre os zero e os oito anos.

2.4.2. Caracterização da amostra

Foi realizada a avaliação familiar a sete famílias pertencentes à amostra. Podemos verificar através do quadro 1 (APÊNDICE VIII), que a amostra é constituída na sua maioria por famílias nucleares. Existe uma família alargada e uma família monoparental. Quanto ao número de elementos as famílias nucleares são constituídas por três e quatro elementos; a família monoparental por dois elementos e a família alargada por cinco. O progenitor com idade superior é do sexo masculino e tem sessenta anos. Os pais de idade inferior têm ambos 29 anos. Assim a média de idades dos adultos pertencentes a estas famílias é de 42,5 anos de idade. As crianças apresentam uma média de idades de 8,2 anos de idade, tendo o adolescente mais velho 17 anos e a criança mais nova 5 meses. Relativamente à escolaridade dos pais, 31% tem grau académico de licenciatura e a mesma percentagem tem entre 4 a 9 anos de escolaridade. Dois, têm menos que quatro anos de escolaridade e também dois têm entre os nove e os doze anos de escolaridade.

Classificámos também, as famílias segundo o estágio de desenvolvimento de Duvall. Assim, três são famílias com filhos adolescentes e três constituem famílias com filhos em idade escolar. Apenas uma das famílias tem filhos pequenos.

Relativamente às patologias diagnosticadas, nas crianças e adolescentes pertencentes a estas famílias, uma criança tem Síndrome de Asperger, duas têm hiperatividade, uma tem Síndrome de Turner, duas têm Epilepsia, uma tem Atraso Cognitivo, uma apresenta Anomalia Cromossomática, uma tem diagnóstico de Agenesia do Corpo Caloso e Microcefalia e duas crianças não têm nenhuma patologia crónica. Os elementos adultos pertencentes a estas famílias são treze. Oito não têm nenhuma patologia diagnosticada. Dos elementos do sexo feminino, três têm Hipertensão Arterial, tendo todas idade superior a 55 anos. Quatro mulheres têm diagnóstico de depressão.

No que diz respeito ao Plano Nacional de Vacinação, apenas dois elementos adultos, não o têm atualizado. Relativamente à vigilância de saúde, oito das onze crianças não têm a consulta de vigilância de saúde infantil atualizada. Nos

elementos adultos do sexo feminino, verifica-se que das sete, quatro não têm a consulta de planeamento familiar atualizada.

2.5. Diagnósticos de Enfermagem

Na dimensão estrutural foi identificado como diagnóstico de enfermagem, comum a duas famílias, o rendimento familiar insuficiente, como podemos verificar no quadro 2 (APÊNDICE IX).

Tal como demonstra o quadro 3 (APÊNDICE X), na dimensão de desenvolvimento, foi identificado o diagnóstico de enfermagem de papel parental não adequado nas sete famílias, devido a conhecimento do papel não demonstrado, e/ou comportamento de adesão não demonstrado. Salientam-se critérios de diagnóstico, relacionados com vigilância de saúde, padrão alimentar, higiene oral, sono e repouso, prevenção de acidentes e padrão de exercício físico. Estes critérios de diagnóstico estão relacionados com o requisito de autocuidado universal de promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos. No que diz respeito aos requisitos de auto cuidado de desenvolvimento, foi identificado um critério de diagnóstico relacionado com as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência. No requisito universal de auto cuidado de manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação humana, identificaram-se alterações nos critérios relacionados com a socialização e autonomia da criança e adolescente, nas atividades de lazer e nas regras estruturantes adequadas.

Na dimensão funcional, como verificado no quadro 4 (APÊNDICE XI), foi identificado como diagnóstico de enfermagem, papel do prestador de cuidados não adequado, em duas famílias, devido a consenso do papel não demonstrado, conflito de papel demonstrado e saturação do papel demonstrado, bem como papel do prestador de cuidados não demonstrado relativamente a higiene oral, sono e repouso, atividades de lazer, atividade física e estímulo da independência.

A aplicação do FACES II, permite avaliar a coesão e adaptabilidade das famílias e classificá-las quanto ao tipo de família, como podemos verificar no ANEXO XII. O quadro 5 (Apêndice XII) permite visualizar esta classificação e podemos verificar que quanto à coesão todas as famílias foram classificadas como desmembradas. Relativamente à adaptabilidade as famílias dois e três são flexíveis e as famílias quatro, cinco, seis e sete são estruturadas. A família um é classificada como rígida quanto à adaptabilidade. Após o cálculo do tipo de família, observamos que as famílias um, cinco e seis são extremas e as famílias dois, três, quatro e sete são consideradas como meio-termo. Foi assim identificado um segundo diagnóstico de enfermagem na dimensão funcional, o processo familiar disfuncional, devido a comunicação familiar não eficaz e classificação como família extrema segundo o FACES II. Os diagnósticos identificados nesta dimensão estão relacionados com o requisito auto cuidado universal de promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos.

3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades, é a segunda etapa do processo de planejamento em saúde e segundo Tavares (1990, p. 83) “ trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão.” Tendo em conta que este processo de planejamento visa a intervenção em problemas pertinentes, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados, é necessário determinar os problemas que se devem solucionar primeiro (Tavares, 1990).

Nesta fase,

para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. A escolha dos critérios e a sua valorização ou peso relativo são uma tarefa importante porque dela resultará a lista final de prioridades. (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 64)

Neste projeto, foi aplicada a grelha de análise, permitindo determinar prioridades através dos seguintes critérios: importância do problema; relação entre o problema e os fatores de risco; capacidade técnica de intervir; exequibilidade do projeto e da intervenção (Tavares, 1990). Atribuiu-se sequencialmente uma classificação de (+) ou (-), aos diversos critérios, para cada um dos diagnósticos (ANEXO XIII).

Este método de priorização foi aplicado por três enfermeiras peritas nesta área, tendo em conta a definição de enfermeira perita de Benner (2001). Segundo esta autora a enfermeira perita apreende as situações de uma perspetiva global mas nunca exclui uma série de possibilidades alternativas. Deste modo a perita afasta da sua prática o método analítico agindo de modo intuitivo. A enfermeira perita tem um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde são evidenciadas as suas competências. (Benner, 2001, p.57). Assim, a sua colaboração nesta etapa tem uma importância fulcral e determinante para o seu desenvolvimento. Benner (2001, p.60), também evidencia este aspeto referindo que “ as peritas podem ser consultadas pelas outras enfermeiras. Podem ser particularmente eficazes quando se trata de pedir uma avaliação (...)”.

O quadro seguinte representa os resultados da consulta de peritos relativamente à definição de prioridades neste estudo.

Quadro nº 6 – Pontuação atribuída pelas enfermeiras peritas a cada diagnóstico de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Pontuação atribuída pela Perito 1	Pontuação atribuída pela Perita 2	Pontuação atribuída pela Perita 3
Rendimento Familiar Insuficiente	4	8	6
Papel parental não Adequado	2	5	1
Papel do Prestador de Cuidados não adequado	1	16	9
Processo Familiar Disfuncional	2	6	6

Podemos verificar, que a perita 1, considerou prioritário, o papel do prestador de cuidados não adequado. A perita 2 considerou o papel parental não adequado como prioritário, tal como a perita 3. Assim, considera-se o papel parental não adequado como prioritário, na promoção do autocuidado nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica.

4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Na terceira etapa do processo de planeamento devem ser formulados os objetivos. Os objetivos correspondem “aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo.” (Tavares, 1990, p. 113) Nesta etapa do processo de planeamento em saúde é necessário percorrer quatro fases, selecionar os indicadores dos problemas prioritários, determinar a tendência dos problemas prioritários, fixar os objetivos a atingir e traduzir os objetivos em metas. (Tavares, 1990, p.120)

Na formulação dos objetivos considerámos Tavares (1990), que refere que os objetivos devem conter: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população-alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido. Tendo em conta que na etapa anterior, foi determinado como prioritário o Papel parental não adequado foram formulados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Avaliar e Intervir nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica inscritas na lista I da USF CSI Seixal, de 1 de Outubro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.

Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demograficamente as famílias inscritas na lista I da USF CSI Seixal;
- Identificar as famílias de crianças com doença crónica inscritas na lista I da USF CSI Seixal;
- Avaliar as famílias pertencentes à amostra;
- Intervir nas famílias pertencentes à amostra;
- Aumentar os conhecimentos relativamente ao papel parental nos critérios de diagnóstico não demonstrados, nas famílias pertencentes à amostra;

- Aumentar comportamentos de adesão relativamente ao papel parental nos critérios de diagnóstico não demonstrados, nas famílias pertencentes à amostra;
- Promover a alteração do juízo relativamente à saturação, conflito e consenso do papel parental, nas famílias pertencentes à amostra.

Metas

- Que 60% das famílias inscritas na lista I da USF CSI Seixal, sejam caracterizadas socio demograficamente;
- Que sejam identificadas as famílias de crianças com doença crónica inscritas na lista I da USF CSI Seixal;
- Que sejam avaliadas 100 % das famílias de crianças com doença crónica, pertencentes à amostra, de 1 de Outubro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.
- Que se intervenha em 100 % das famílias de crianças com doença crónica, pertencentes à amostra, de 1 de Outubro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.
- Que 70 % dos critérios de diagnóstico relativos aos conhecimentos do papel parental, alterem o juízo para demonstrado, de 1 de Outubro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.
- Que 40 % dos critérios de diagnóstico relativos aos comportamentos de adesão do papel parental, alterem o juízo para demonstrado, de 1 de Outubro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.
- Que 10 % dos critérios de diagnóstico, saturação, conflito e consenso do papel parental alterem o juízo, durante o ano de 2015.

Segundo Tavares (1990, p. 120), “ um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação. No âmbito do planeamento de projetos em saúde são de considerar dois principais tipos de indicadores: indicadores de resultado ou de impacto e indicadores de atividade ou de execução.” Os indicadores de resultado medem as alterações verificadas num problema. Os indicadores de atividade medem a atividade desenvolvida pelos serviços.

Foram definidos os seguintes indicadores de atividade ou de execução:

Quadro nº 7: Indicadores de Atividade

% de famílias caracterizadas socio demograficamente, pertencentes à lista I da USF CSI Seixal.	
Numerador	Nº de famílias caracterizadas socio demograficamente, pertencentes à lista I da USF CSI Seixal
Denominador	Nº de famílias pertencentes à lista I da USF CSI Seixal
Resultado	Permite determinar a % de famílias que foram caracterizadas socio demograficamente.
% de famílias de crianças e adolescentes com doença crónica que foram avaliadas	
Numerador	Nº de famílias com crianças e adolescentes com doença crónica avaliadas
Denominador	Nº de famílias com crianças e adolescentes com doença crónica pertencentes à amostra
Resultado	Permite determinar a % de famílias pertencentes à amostra que foram avaliadas
% de famílias de crianças e adolescentes com doença crónica que foram alvo de intervenção, na Consulta de Enfermagem à Família	
Numerador	Nº de famílias com crianças e adolescentes com doença crónica que foram alvo de intervenção, na Consulta de Enfermagem à Família
Denominador	Nº de famílias com crianças e adolescentes com doença crónica pertencentes à amostra
Resultado	Permite determinar a % de famílias pertencentes à amostra que foram alvo de intervenção
% de famílias que participaram nas sessões de grupo de ajuda mútua	
Numerador	nº de famílias participantes na 1ª sessão + nº de famílias participantes na 2ª sessão + nº de famílias participantes na 3ª sessão
Denominador	Nº de famílias x 3
Resultado	Permite determinar a % de famílias que constituem a amostra que participaram nas sessões de grupo de ajuda mútua
% de participantes nas sessões que demonstraram que as sessões satisfizeram as suas expetativas	
Numerador	Nº de famílias participantes que referem que a sessão satisfiz as suas expetativas
Denominador	Nº de famílias participantes na sessão
Resultado	Permite determinar a % de famílias participantes que considerou que a sessão satisfiz as suas expetativas

Relativamente aos indicadores de resultado, foram definidos os seguintes:

Quadro nº 8: Indicadores de Resultado

% de critérios de diagnóstico relativos aos conhecimentos do papel parental, que alteraram o juízo de não demonstrado para demonstrado, por família.	
Numerador	Nº de critérios de diagnóstico, relativos aos conhecimentos do papel parental que alteraram o juízo por família
Denominador	Nº total de critérios de diagnóstico
Resultado	Permite determinar a percentagem de critérios de diagnóstico que alteraram o juízo para demonstrado, relativos aos conhecimentos do papel parental.
% de critérios de diagnóstico relativos aos comportamentos de adesão no papel parental, que alteraram o juízo de não demonstrado para demonstrado, por família.	
Numerador	Nº de critérios de diagnóstico, relativos aos comportamentos do papel parental que alteraram o juízo por família
Denominador	Nº total de critérios de diagnóstico
Resultado	Permite determinar a percentagem de critérios de diagnóstico que alteraram o juízo para demonstrado, relativos aos comportamentos do papel parental.
% de critérios de diagnóstico relativos à saturação, conflito e consenso do papel parental, que alteraram o juízo, por família.	
Numerador	Nº de critérios de diagnóstico que alteraram o juízo por família
Denominador	Nº total de critérios de diagnóstico
Resultado	Permite determinar a percentagem de critérios de diagnóstico que alteraram o juízo para demonstrado.

5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Nesta etapa do processo de planeamento em saúde, pretende-se “conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Tavares, 1993, p.87). Tendo em conta o objetivo geral proposto, a implementação da Consulta de Enfermagem à Família é uma estratégia que reúne contributos do MDAIF, bem como, de outros instrumentos de avaliação familiar. Esta consulta permite a prestação de cuidados á família como um todo bem como aos seus membros individualmente, em todas as fases do ciclo de vida da família. Iniciamos esta consulta pelas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica, mas a sua organização e conteúdo permite o alargamento a todas as famílias inscritas na USF. A realização desta consulta de enfermagem à família, vai permitir intervir em todos os requisitos de autocuidado identificados por Orem.

A CIPE versão 2, contribui também para o desenvolvimento desta estratégia pois os diagnósticos formulados centram-se na família como cliente e utilizam a nomenclatura CIPE. A intervenção familiar neste projeto, centra-se em várias ações, que constituem um processo intencional, aplicado a um cliente ou desempenhado por um cliente. Constituem ações de enfermagem utilizadas nesta consulta de enfermagem aconselhar, apoiar, encorajar, ensinar, motivar, negociar, orientar, promover, referenciar.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, “assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos e comunidade) (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1). Neste projeto de intervenção comunitária a intervenção centrada no grupo passa pela realização de sessões de grupo de ajuda mútua, baseadas nos conceitos, organização e dinâmicas dos grupos de ajuda mútua. Assim, a organização destas sessões de ajuda mútua, terão como base contributos do Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança (Charepe, 2011). Segundo Charepe (2011, p.13), os grupos de ajuda mútua,

promovem o suporte social às famílias com crianças com doença crónica, pois “as práticas e princípios de funcionamento destes grupos identificam e criam recursos na comunidade, de modo a apoiar os seus membros (...)”. Permitem a partilha de experiências entre famílias que têm algo em comum, as suas vivências, preocupações e angústias.

A identificação das instituições da comunidade que poderão ser um suporte e apoio às famílias com crianças com doença crónica, é também parte integrante da estratégia de intervenção. A articulação com estas instituições públicas e instituições privadas de solidariedade social vai ser fundamental na intervenção familiar.

Um dos sistemas de enfermagem que Orem (1993) define é o sistema de apoio e educação. Neste projeto este sistema é utilizado tanto na intervenção individual a cada família como na intervenção em grupo. A identificação e articulação com instituições da comunidade constitui um recurso importante neste sistema de enfermagem. Segundo Orem (1993, p.325), o terceiro sistema é para as situações em que o paciente é capaz de realizar ou pode e deveria aprender a realizar as medidas de autocuidado terapêutico interna ou externamente orientado. Este é o único sistema de enfermagem em que os requisitos de ajuda do paciente estão limitados à tomada de decisões, controlo da conduta e aquisição de conhecimentos e habilidades.

Assim, a estratégia de intervenção neste âmbito, tem por base uma intervenção individualizada a cada família e aos seus membros individualmente, intervenção no grupo, e articulação com as instituições da comunidade.

6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Tavares (1993), refere que nesta etapa deverão ser especificadas as atividades constituintes do projeto, em função dos objetivos operacionais estabelecidos. Cada atividade deve ser descrita tendo em conta vários parâmetros, nomeadamente: a atividade, os participantes, a data, o local, a descrição, os objetivos e a avaliação. A partir das estratégias selecionadas foram realizadas várias atividades que passo a referenciar e que se encontram descritas desta forma em anexo.

- Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar

Foi realizada a Apresentação do projeto “ Promoção do autocuidado nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica” à equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal, no dia 9 de Outubro de 2013 (APÊNDICE XIII), na Sala de Formação do Centro de Saúde do Seixal, pelas 14h. Esta atividade permitiu dar conhecimento á equipa multiprofissional do trabalho desenvolvido no âmbito deste projeto, bem como do que está planeado, proporcionando partilha de conhecimentos e experiências. Contribuindo assim, para o envolvimento e motivação da equipa de enfermagem.

- Implementação da Consulta de Enfermagem à Família

A Implementação da Consulta de Enfermagem à Família na USF CSI Seixal decorreu de 25 de Novembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014. Foi realizada às famílias com crianças e adolescentes com doença crónica pertencentes à lista I da USF CSI Seixal. A avaliação familiar realizada a cada família foi organizada num estudo de caso para cada família, seguida de um plano de cuidados onde consta a intervenção e avaliação realizada (APÊNDICE XIV). A sua implementação envolveu a realização de um documento de colheita de dados, baseado no MDAIF, que foi aplicado à população pertencente à amostra e que ainda durante este estágio abrangeu outras famílias de outras listas de utentes.

Foi construído um Guia Orientador da Consulta de Enfermagem à Família (APÊNDICE XV), que estará disponível a toda a equipa de enfermagem, dando continuidade à sessão de formação que será realizada sobre a organização e funcionamento desta consulta, bem como sobre o MDAIF e instrumentos de avaliação familiar.

Este guia orientador começa por apresentar a caracterização da consulta de enfermagem à família quanto à sua organização e funcionamento. De seguida orienta a colheita de dados realizada na avaliação familiar clarificando conceitos relativos ao MDAIF, bem como a outros instrumentos de avaliação familiar. Desenvolve os diagnósticos e as intervenções de enfermagem na família utilizando a nomenclatura CIPE. São também apresentados, como anexos deste guia, o documento de referência à Consulta de Enfermagem à Família, o Organograma desta Consulta, o Documento de colheita de dados utilizado e o Guia de recursos na comunidade para famílias com crianças e adolescentes com doença crónica.

- Consulta de peritos

A consulta de peritos foi uma atividade realizada no decorrer deste projeto, cuja partilha de conhecimentos e experiências contribuiu para o desenvolvimento das estratégias e atividades.

A primeira entrevista, foi realizada à Professora Isabel Malheiro (APÊNDICE XVI), que implementou a Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento no HGO, uns dos principais recursos da comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica. Através desta entrevista conclui que se enquadra no desenvolvimento deste projeto um estágio de observação no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, que me permita aprofundar conhecimentos sobre o funcionamento, organização e cuidados prestados às famílias.

Foi também realizada uma entrevista à Professora Zaida Charepe (APÊNDICE XVII), que desenvolveu o Modelo de intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança. Esta entrevista permitiu-me tomar conhecimento que estes grupos de ajuda mútua

trazem benefícios para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica, pois fornecem suporte e apoio social e promovem a partilha de experiências. Conclui que as propostas de intervenção, introdutórias, formativas e promotoras de esperança, bem como as dinâmicas apresentadas, poderão ser transpostas para este projeto de intervenção comunitária.

- Estágio de Observação no Centro de Desenvolvimento Torrado da Silva

O estágio decorreu nos dias 4,5 e 6 de Dezembro (APÊNDICE XVIII) e foram propostos como objetivos, aumentar conhecimentos sobre a organização e funcionamento do CDC, bem como aumentar conhecimentos sobre a avaliação e intervenção realizada à família com crianças e adolescentes com doença crónica no CDC.

Este estágio de observação trouxe-me bastantes contributos no que diz respeito à organização das consultas de enfermagem. Tendo em conta que uma das estratégias do meu projeto de intervenção comunitária é a implementação da consulta de enfermagem á família, fiz algumas aprendizagens que pretendo desenvolver no meu local de intervenção relativas à: colheita de dados, organização dos ficheiros, organização do processo da família, registos de enfermagem e preparação antecipada da consulta.

Constituiu uma experiência muito gratificante e trouxe contributos importantes quer para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, quer para a minha prática profissional enquanto enfermeira de família. A equipa de enfermagem do CDC, mostrou-se muito disponível para promover a minha aprendizagem no âmbito dos objetivos propostos e contribuiu de forma positiva para a minha aquisição de conhecimentos e de forma bastante enriquecedora na transmissão de experiências e situações vividas. Para a equipa de enfermagem do CDC a minha presença foi um importante meio para favorecer a articulação entre as duas instituições, o CDC e a USF CSI Seixal e conseqüentemente promover a qualidade dos cuidados.

- Realização de sessões de Grupo de Ajuda Mútua

No que diz respeito à realização de sessões de grupo de ajuda mútua às famílias com crianças e adolescentes inscritas na lista I da USF CSI Seixal, realizaram-se durante este estágio três sessões de grupo de ajuda mútua, nos dias:

11 de Dezembro de 2013 às 18 horas – “A Família com crianças e adolescentes com doença Crónica” (APÊNDICE XIX);

8 de Janeiro de 2014 às 18 horas – “Recursos da comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica” (APÊNDICE XX);

29 de Janeiro de 2014 às 18 horas – “Promoção da Esperança”(APÊNDICE XXI)

Encontram-se em anexo o planeamento de cada uma das sessões. Neste âmbito foram realizados vários documentos de apoio, nomeadamente, um convite às famílias para a participação nas sessões de grupo de ajuda mútua (APÊNDICE XXII), um panfleto informativo sobre o projeto (APÊNDICE XXIII) e a ficha de avaliação das sessões (APÊNDICE XXIII). Foram realizados diapositivos como recursos e documentos com o conteúdo teórico de cada sessão.

Estas sessões constituíram momentos formativos, que não sendo muito extensos permitiram a partilha de opiniões e conhecimentos sobre as várias temáticas apresentadas. Os pais começaram por se apresentar a si e à sua família e falaram sobre a razão por que estavam presentes, a doença crónica dos seus filhos e a forma como a situação de cada um tem evoluído. As temáticas apresentadas constituíram uma ponto de partida para que comesçassem a interagir e a partilhar opiniões. Mostraram-se satisfeitos pois estes momentos proporcionaram a interação, a partilha de experiências e dificuldades. O grupo teve também tendência para ajudar alguns membros a solucionar problemas que foram partilhados na altura. Realizaram-se várias dinâmicas e construção de cartazes em grupo.

- Articulação com a UCC (APÊNDICE XXV)

A articulação com a UCC relativamente às famílias de crianças e adolescentes com doença crónica inscritas na lista I da USF CSI Seixal foi também uma atividade

integrante deste projeto. Realizaram-se reuniões mensais, com a presença de enfermeiros de todas as unidades funcionais e professores ensino especial representantes de todos os agrupamentos de escolas. Neste sentido realiza-se articulação entre as várias instituições no âmbito de vários projetos dinamizados pela UCC nomeadamente a Saúde mental na Infância e Adolescência, o Programa de Intervenção Integrada na Área da Criança/Jovem com necessidades especiais, e o Projeto integrado de Intervenção Precoce do Seixal.

- Identificação de todas as crianças com doença crónica inscritas na USF CSI Seixal. (APÊNDICE XXVI)

Esta identificação permite o alargamento das atividades a todas as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica e o planeamento de intervenções futuras.

- Realização de um plano de formação subordinado ao tema “Avaliação e Intervenção familiar” dirigido à equipa de enfermagem da USF CSI Seixal. (APÊNDICE XXVII)

Foi realizado um diagnóstico de situação relativamente aos conhecimentos da equipa de enfermagem sobre esta temática, através da aplicação de um questionário. Constatámos que todos os membros da equipa consideram benéfico a realização de uma formação sobre avaliação e intervenção familiar. Quanto aos conhecimentos sobre avaliação familiar quatro enfermeiras, de um total de sete, consideram como insuficientes os seus conhecimentos sobre avaliação e intervenção familiar, bem como sobre o MDAIF. Relativamente aos instrumentos de colheita de dados que conhecem três referem não conhecer nenhum e 2 conhecem vários instrumentos e uma conhece um instrumento. Sete enfermeiras conhecem o Modelo de Calgary e quatro o MDAIF.

Neste sentido, foi construído um plano de formação sobre esta temática, que inserido no plano de formação interno da USF CSI Seixal, dará resposta às necessidades da equipa relativamente aos conhecimentos sobre avaliação e intervenção familiar.

7. AVALIAÇÃO

Nesta fase de avaliação, pretende-se avaliar as estratégias e atividades implementadas através dos objetivos e indicadores propostos.

A avaliação familiar foi registada num estudo de caso individual para cada família. A intervenção realizada e sua respetiva avaliação foi realizada de forma contínua e registada num plano de cuidados.

No que diz respeito aos indicadores propostos, podemos verificar no quadro nº 9, que foram caracterizadas socio demograficamente 63% das famílias, superando o valor proposto de 60%. Relativamente ao segundo e terceiro indicador verificamos que atingimos a meta proposta, pois foi realizada avaliação e intervenção em 100 % das famílias pertencentes à amostra, através da implementação da consulta de enfermagem à família. No que diz respeito à participação das famílias nos grupos de ajuda mútua, 67% das famílias estiveram presentes nas sessões dinamizadas . Na primeira e segunda sessão participaram quatro das setes famílias (57% da amostra) e na terceira sessão participaram vários membros pertencentes a cinco famílias. 100% demonstraram satisfação relativamente às suas expectativas para as sessões. Através dos indicadores de resultado foram avaliados os conhecimentos e os comportamentos de adesão relativamente ao papel parental. No que diz respeito aos conhecimentos do papel parental todas as famílias apresentaram alteração do juízo de não demonstrado para demonstrado, em 100% dos critérios de diagnóstico. Relativamente aos comportamentos de adesão, os valores percentuais varia entre os 16% da família 1 e os 100% da família 4. foi realizada a média dos valores percentuais de cada família, concluindo que 52% dos critérios de diagnóstico, relativos aos comportamentos de adesão alteraram o juízo de não demonstrado para demonstrado. O quadro nº 10 (APÊNDICE XXIII), mostra mais detalhadamente quais os critérios de diagnóstico que passaram de não demonstrado, para demonstrado, a partir do qual foi realizado o cálculo da percentagem. Podemos verificar através destes dois últimos indicadores que houve resultados bastantes positivos no que diz respeito à aquisição de conhecimentos. No que diz respeito aquisição de

comportamentos de adesão, apesar do valor percentual ser inferior, foi também um resultado acima do valor proposto.

Os objetivos específicos propostos, foram todos atingidos, pois foi realizada uma caracterização sociodemográfica de um grande número de famílias pertencentes a esta lista de utentes. Foram identificadas as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica. As famílias pertencentes à amostra foram avaliadas e foram alvo de intervenção. Foi possível aumentar os conhecimentos das famílias relativamente ao papel parental e também aumentar significativamente os comportamentos de adesão relativamente ao papel parental.

Quadro nº 9: Avaliação dos indicadores propostos

Indicadores de atividade	Valor proposto	Valor atingido
% de famílias caracterizadas socio demograficamente, pertencentes à lista I da USF CSI Seixal.	60 %	63%
% de famílias de crianças e adolescentes com doença crónica que foram avaliadas	100 %	100%
% de famílias de crianças e adolescentes com doença crónica que foram alvo de intervenção, na Consulta de Enfermagem à Família	100 %	100%
% de famílias que participaram nas sessões de grupo de ajuda mútua	50 %	57%+57% +71%
% de participantes nas sessões que demonstraram que as sessões satisfizeram as suas expetativas	100%	100%
Indicadores de resultado	Valor Proposto	Valor Atingido
% de critérios de diagnóstico relativos aos conhecimentos do papel parental, que alteraram o juízo de não demonstrado para demonstrado, por família.	70 %	F1 – 100% F2 – 100% F3 – 100% F4 – 100% F5 – 100% F6 – 100% F7 – 100%
% de critérios de diagnóstico relativos aos comportamentos de adesão no papel parental, que alteraram o juízo de não demonstrado para demonstrado, por família.	40%	F1 – 16 % F2 – 25 % F3 – 75 % F4 – 100 % F5 – 20 % F6 – 75 % F7 – 50 %
% de critérios de diagnóstico relativos à saturação, conflito e consenso do papel parental, que alteraram o juízo, por família. (Indicador relativo ao objetivo proposto a longo prazo)	10%	F1 – 0% F2 – 0% F3 – 0% F4 – 0% F5 – 33% F6 – 0% F7 – 0%

8. QUESTÕES ÉTICAS

Na fase de colheita de dados para a caracterização sociodemográfica foi garantida a confidencialidade dos dados, uma vez que estes foram mantidos no processo clínico do utente, fazendo parte integrante deste. Foi confirmada a validade das escalas utilizadas, bem como pedida a autorização para a sua aplicação, aos respetivos autores. (ANEXO VIII)

Na fase de diagnóstico de situação, através do consentimento informado (APÊNDICE XXIX), foram explicados os objetivos e métodos do estudo, foram esclarecidos sobre a segunda fase de realização do presente estudo, bem como dos benefícios da participação no mesmo. Foram também informados que os dados colhidos apenas serão utilizados para o presente estudo, não sendo revelada a identidade.

Na fase de definição de prioridades, foi realizada a consulta de vários enfermeiros peritos para aplicar o método de priorização selecionado.

Não se registam conflitos de interesse por parte da mestranda.

Foi pedida autorização ao ACES para aplicação dos instrumentos de colheita de dados (ANEXO IX), bem como, para mencionar o nome da instituição no atual projeto (ANEXO X).

9. CONCLUSÃO

Na conclusão deste projeto de intervenção comunitária, iremos abordar alguns aspectos que são fundamentais referenciar nesta etapa do processo de investigação e aprendizagem. Assim, a conclusão estará organizada nas seguintes temáticas: reflexão sobre o desenvolvimento de competências enfermeiro especialista, limitações do projeto, recomendações para a prática, formação e investigação e no fim apresentaremos algumas considerações finais sobre o decorrer de todo o projeto.

Reflexão sobre o desenvolvimento de competências enfermeiro especialista

O desenvolvimento deste projeto e de todo este percurso acadêmico, contribuíram para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e também de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.

A utilização da metodologia de planeamento em saúde e o enquadramento teórico baseado na Teoria de autocuidado de Dorothea Orem, permitiram a articulação de conceitos e a tomada de consciência da sua aplicação na prática de cuidados. Sendo o foco de intervenção deste projeto, a família, a utilização do MDAIF, preconizado pelo Ordem dos enfermeiros para a prática de enfermagem de família foi fundamental para a aquisição e desenvolvimento destas competências. A utilização de estratégias baseadas na evidência científica, como os grupos de ajuda mútua, baseados no MIAMPE, bem como a realização de consulta a peritos e a aposta no aumento de conhecimentos sobre as instituições da comunidade favoreceram também o desenvolvimento destas competências.

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista o desenvolvimento deste projeto e todas as questões éticas e legais utilizadas,

permitiram a tomada de consciência e o desenvolvimento de uma prática profissional ética, respeitando os direitos dos humanos e as responsabilidades profissionais.

As estratégias implementadas neste projeto de intervenção, nomeadamente a consulta de enfermagem à família, os grupos de ajuda mútua e a constante articulação multiprofissional e com as instituições da comunidade, favoreceram o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pois foi concebido um projeto que visa melhorar a qualidade dos cuidados prestados às famílias com crianças e adolescentes com doença crónica. A mestranda teve um papel dinamizador e de suporte das estratégias implementadas.

No domínio das aprendizagens profissionais, a pesquisa bibliográfica sobre as várias temáticas desenvolvidas, a utilização da metodologia de planeamento em saúde, a base teórica de Dorothea Orem e a utilização do MDAIF e do MIAMPE, permitiram aprofundar conhecimentos de modo a basear a tomada de decisão clínica na sua prática de cuidados.

No domínio da gestão de cuidados, as competências foram desenvolvidas no âmbito do projeto de intervenção comunitária implementado e durante o estágio, a observação e a orientação da enfermeira coordenadora da USF, permitiram o desenvolvimento de competências neste domínio.

Junto com o perfil de competências comuns, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública integra as competências específicas. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública,

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

De fato, o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária permitiu dar resposta, ao que está preconizado pela ordem dos enfermeiros, pois a mestranda, estabeleceu com base na metodologia de planeamento em saúde, a avaliação do

estado de saúde de uma comunidade. Fez uma avaliação sociodemográfica abrangente da sua lista de utentes e fez uma avaliação aprofundada das famílias pertencentes à amostra, elaborando o diagnóstico de saúde. Estabeleceu prioridades, utilizando uma metodologia adequada e consultando peritos para a aplicação do método de priorização, definindo como diagnóstico de enfermagem prioritário o papel parental não adequado. Formulou objetivos e estabeleceu estratégias que permitiram aumentar os conhecimentos e os comportamentos de adesão relativamente ao papel parental. Construiu assim, um projeto dirigido às famílias com crianças e adolescentes com doença crónica, que permitiu uma intervenção individual a cada família, dirigida para as suas próprias necessidades de autocuidado e uma intervenção dirigida para o grupo, os grupos de ajuda mútua. A articulação multiprofissional e com as instituições da comunidade é contínua e de extrema importância na consecução deste projeto. A avaliação foi realizada com base nos indicadores de actividade e de resultado propostos, concluindo que os objetivos específicos foram todos concretizados.

Contribui para a capacitação do grupo e comunidades no âmbito do problema prioritário identificado, o papel parental, uma vez que o projeto dinamizado pode abranger todas as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica. A consulta de enfermagem à família foi ainda durante este estágio alargada a outras famílias e os grupos de ajuda mútua podem ser frequentados no futuro por todas as famílias que demonstrem interesse. Prestando cuidados à família e aos seus membros individualmente, a mestranda deu resposta aos programas de saúde e aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O enfermeiro de família, “ ... assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1) Assim, a mestrando desenvolveu também competências no âmbito da enfermagem de saúde familiar, uma vez que cuida da família como unidade de cuidados, reconhecendo a complexidade do sistema familiar, a sua estrutura, as suas dinâmicas internas, as relações entre os seus membros e a forma como se relaciona com a comunidade. Teve em conta o estádios de desenvolvimento em que a família

se encontra e as tarefas desenvolvimentais inerentes, bem como as transições normativas a que as famílias estão sujeitas durante o ciclo vital. Desenvolveu um plano de cuidados para cada família, estabelecendo prioridades para cada família e estimulando a participação dos seus membros. Adquiriu também a segunda competência específica da enfermagem de saúde familiar, pois prestou cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, pois realizou a avaliação das famílias em vários contextos nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, que lhe permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem e intervir nas situações de maior complexidade para a família e avaliando as mudanças no funcionamento familiar.

Limitações do projeto

Na fase de diagnóstico, a abordagem inicial centrava-se na avaliação do nível de risco das famílias inscritas na lista I da USF CSI Seixal, bem como na sua caracterização sociodemográfica. Pretendia-se avaliar um elevado número de famílias, através da utilização dos instrumentos de colheita de dados disponíveis no Sistema de Informação. Esta abordagem iria favorecer a continuidade da avaliação do nível de risco familiar e o alargamento a toda a equipa multidisciplinar e a todas as famílias inscritas na USF. Porém, a sua existência no Sistema de Informação utilizado em instituições de saúde pertencentes ao Sistema nacional de Saúde, não é por si só pressuposto da validade destes instrumentos. Após ter sido investigada a validade da Escala de Avaliação do Risco Familiar e de não ter sido confirmada, foi inviabilizado parte do desenho do estudo. Foi então necessário redefinir os objetivos, a população alvo e a amostra, bem como os instrumentos de colheita de dados.

Na fase de determinação de prioridades, a aplicação do método de priorização pela mestranda poderia influenciar o resultado e a sua tomada de decisão, pelo que para dar eliminar esta tendência, o método de priorização foi aplicado por três enfermeiras peritas.

Na fase de fixação de objetivos, o objetivo relativo à saturação, consenso e conflito do papel parental não é possível ser atingido durante o tempo de realização deste estágio, pelo que foi proposto a longo prazo.

Na fase de operacionalização, uma condicionante importante para a realização das actividades foi a disponibilidade das famílias. Foi necessário muita flexibilidade da investigadora, para fazer face a esta condicionante, no que diz respeito ao espaço temporal e ao contexto de realização da intervenção

Recomendações para a prática, formação e investigação

A implementação da consulta de enfermagem e dos grupos de ajuda mútua, permitiram a intervenção na família, aos seus membros individualmente, a grupos e pode ser alargado a toda a comunidade.

A implementação da consulta de enfermagem à família baseada no MDAIF, permitindo a identificação de diagnósticos de enfermagem à família e a intervenção centrada na família como um todo permitiu à equipa ter uma visão da abordagem à família como cliente. A abordagem individual a cada família foi importante neste contexto, pois permitiu direccionar a intervenção para as necessidades de autocuidado de cada família, consoante os requisitos de autocuidado identificados. A implementação dos grupos de ajuda mútua, é uma intervenção inovadora para a equipa de enfermagem. Demonstra que existem diferentes caminhos para intervir junto das famílias. Este projeto veio ainda reforçar a importância de conhecer os recursos da comunidade e de os utilizar quando necessário. O enfermeiro de família facilita a continuidade dos cuidados. É dinamizador e facilitador da articulação entre todos os intervenientes.

No que diz respeito às recomendações para a formação, foi visível nesta equipa de enfermagem, durante o decorrer deste projeto, a necessidade de formação sobre avaliação e intervenção familiar. Esta formação está em fase de planeamento.

Relativamente às recomendações para a investigação é importante a aplicação de instrumentos de avaliação familiar validados para a população portuguesa, de modo a poderem constituir um suporte de futuros trabalhos de investigação. A aplicação destes instrumentos de forma sistemática, registada informaticamente e a um grande número de famílias pode constituir um importante trabalho de investigação na área da enfermagem de família.

Considerações Finais

A intervenção da enfermagem na família, constitui um importante recurso da saúde pública, pois é inserido na família que o indivíduo aprende, adota comportamentos que influenciam a saúde e se socializa. Nas famílias com crianças e adolescentes com doença crônica, a família constitui o agente de autocuidado e é necessário ter em conta que estão inseridas na comunidade e necessitam de utilizar os seus recursos, para dar resposta às necessidades de autocuidado.

A Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, veio dar um apoio importante à intervenção na família pois esta constitui a agência de autocuidado, centrando-se na capacidade da família de dar resposta aos requisitos de autocuidado e desenvolver competências de autocuidado. O MDAIF, trouxe contributos importantes na avaliação destas famílias nas suas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional e facilitou a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

As questões éticas, foram sempre uma preocupação constante no decorrer deste percurso de investigação, influenciando positivamente a sua construção e evolução. A pesquisa bibliográfica realizada sobre os instrumentos de colheita de dados e sobre a sua validação, influenciaram a evolução deste percurso e proporcionaram na fase de diagnóstico de situação a redefinição da amostra e dos instrumentos utilizados, não deixando de utilizar os contributos dos dados colhidos anteriormente.

A disponibilidade das famílias aquando da colheita de dados, favoreceu a construção do diagnóstico de saúde e a identificação dos diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico de saúde centrou-se na caracterização da população e na caracterização da amostra segundo as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Foram também recolhidos dados relativos às patologias diagnosticadas, ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e das Consultas de Vigilância de Saúde.

Os diagnósticos de enfermagem identificados foram pouco frequentes, no âmbito da dimensão estrutural. Porém na dimensão de desenvolvimento o papel parental não demonstrado é comum a todas as famílias, variando entre si os critérios de

diagnóstico. Também na dimensão funcional foram identificados dois diagnósticos de enfermagem menos frequentes nas famílias, o papel do prestador de cuidados não adequado e o processo familiar disfuncional.

A aplicação do método de priorização, foi suportada pela consulta a enfermeiras peritas, valorizando assim, os resultados obtidos. Após a aplicação do método de priorização, o papel parental não adequado foi o diagnóstico no qual se pretendeu intervir. Foram traçados objetivos específicos, metas e indicadores dirigidos para a sua resolução.

As estratégias implementadas basearam-se na evidência científica, nomeadamente o MDAIF, que trouxe bastantes contributos para a implementação da Consulta de Enfermagem à Família e o MIAMPE, no qual baseámos a implementação dos grupos de ajuda mútua. Nesta fase de definição das estratégias a implementar, a consulta de peritos constituiu uma actividade importante, pois a partilha de conhecimentos e experiências enriqueceu o planeamento das intervenções de enfermagem.

A avaliação das intervenções realizadas foi positiva, pois os objetivos propostos foram atingidos e os indicadores avaliados superaram os valores que propusemos inicialmente. A disponibilidade das famílias para a participação neste estudo, a forma como demonstraram as suas vivências e preocupações, bem como a aquisição de conhecimentos demonstrada e a mudança nos comportamentos de adesão, foram momentos gratificantes que retratam a importância da intervenção do enfermeiro de família.

Encontramos neste projeto também a possibilidade de lhe dar continuidade após terminar este percurso académico. Pode ser alargado a todas as famílias da USF, no que diz respeito às consultas de enfermagem à família, tendo em conta que implicará no futuro a formação de toda a equipa de enfermagem, relativamente à temática da avaliação e intervenção familiar, bem como à aplicação de outros instrumentos de colheita de dados. É também possível o alargamento a todas as famílias da comunidade, no que diz respeito à participação nos grupos de ajuda mútua, sendo necessário um trabalho mais acentuado ao nível da divulgação à

comunidade e aos profissionais de outras unidades. A articulação com as instituições da comunidade é contínua, permanente e está em constante atualização. É também uma vertente deste projeto que no futuro pode trazer mais contributos e um recurso importante na intervenção a esta população.

Consideramos assim, ter atingido os objetivos propostos inicialmente, pois realizámos uma caracterização sociodemográfica de um elevado número de famílias; identificámos as famílias de crianças e adolescentes com doença crónica; avaliámos estas famílias através da aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, utilizando também outros instrumentos de colheita de dados que permitem aprofundar esta avaliação; intervimos nestas famílias através das atividades descritas, nas necessidades de autocuidado identificadas; e proporcionámos o aumento de conhecimentos e comportamentos de adesão no papel parental, dando resposta às suas necessidades de autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, D.G., Ward, H. & Hatton, D. (2011). Riscos de Saúde da Família. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*. (Capítulo 24. p.604-630). 7ª edição. Lusodidacta. Lisboa.
- Barbosa, M., Guimarães, J. & Viana, V. (2007). Doença crónica na criança: Factores familiares e qualidade de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 8. (1). p. 115-125.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspetiva Desenvolvimentalista. Manuais Universitários*. 2ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. 2º edição. Coimbra. Quarteto.
- Charepe, Z. (2011). *O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica : construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa*. Dissertação de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Chesnay, M. & Anderson, B. (2012). *Caring for the Vulnerable – Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research*. 3ª edição. Burlington:James & Bartlet Learning.
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Lusociência. Loures.
- Currall, M., Dourado, F., Torres, A., Barros, H., Palha, A. & Almeida, L. (1999). Coesão e Adaptabilidade Familiar numa amostra portuguesa: um estudo com FACES III. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 20. (nº3). 213-218.
- Carvalho, M., Reisinho, M., (2009). A criança com doença crónica: um desafio para a enfermagem de família. In Barbieri, M., Martins, M., Figueiredo, M., Martinho, M., Andrade, L., Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Carvalho, J., Santos, M.

Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família. 140-148. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família.

DGS (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (Circular Normativa nº 010/2013 de 31 de Maio de 2013). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração*. Tese de mestrado, Coimbra: Faculdade de psicologia e de ciências da educação.

Ferraz, C., Ribas, M. (2010). O papel da comunidade. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia.* 19. Nº 3. p.192 – 194.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.* Loures: Lusociência.

Gameiro, J. (1998). *Os meus, os teus e os nossos, novas formas de família.* 2ª edição. Lisboa: Terramar.

Gameiro, J., Sampaio, D. (1985). *Terapia Familiar.* Porto: Edições Afrontamento.

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

Ministério da Educação (2000) Estatísticas Oficiais Acedido a 11 de Junho de 2013, disponível em <http://portal.ua.pt/nee/default.asp?OP=3&OP3=5>

Imperatori, E. & Giraldes, M., (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.* Lisboa: Escola nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa : INE

Instituto Nacional de Estatística (2011) Sistema de Metainformação, acedido a 11 de Junho de 2013, disponível em <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=1953&lang=PT>

- Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Olson, D., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Minnesota: Family Social Science University of Minnesota.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, p. 144-167.
- OMS (2002). *Inovative Care for Chronic Conditions – Building Blocks for Action*. Acedido a 23-06 -2013. Disponível em http://www.improvingchroniccare.org/downloads/who_innovative_care_for_chronic_conditions.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa:Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1993). *Conceptos de enfermería en la practica*. Masson-Salvat Enfermeria
- Phipps, W., Long, B. & Woods, N., Cassmeyer, V. (1995). *Enfermagem Medico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lusodidacta: Lisboa
- Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011) . *Enfermagem Saúde Pública*. 7ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Sebastian, J.G. (2011). Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Perspectiva Geral. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*. (Capítulo 30. p.747-771). 7ª edição. Lisboa: Lusodidacta.

- Kaakiken, J.R. & Birenbaun, L. K. (2011). Desenvolvimento da Família e apreciação do desenvolvimento da família. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*. (Capítulo 24. p.574-604). 7ª edição. Lisboa: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Caderno de Formação nº 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS
- Wright, L. M.& Leahey, M. (2004) *Enfermeiras e Famílias - Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família*. Lisboa: Editora Roca
- Wong, D. (1997) . *Whaley e Wong Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 5ª edição. Missouri. Mosby.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

2º ANO / 3º SEMESTRE	2013												2014										
	outubro					novembro					dezembro				janeiro					fevereiro			
Etapas do Processo de Planejamento em Saúde e actividades	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	3
Dias	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7
Pesquisa Bibliográfica																							
Orientação Académica		x				x		x															
Definição de Prioridades																							
- Consulta de Peritos																							
- Aplicação do método de priorização																							
Fixação de Objetivos																							
Seleção de Estratégias																							
- Apresentação do projeto na USF																							
- Entrevistas a Peritos																							
- Visita ao CDC																							
Preparação Operacional																							
Execução																							
- Consulta Enfermagem à Família																							
- Sessões Educação Saúde																							
Avaliação contínua																							
Avaliação dos indicadores																							
Elaboração do Relatório																							
Fim do estágio																							
Entrega do Relatório																							7

APÊNDICE II - Questionário de Colheita de Dados

Questionário de Avaliação familiar

O presente documento pretende fazer uma avaliação familiar nas suas várias vertentes, estrutural, de desenvolvimento e funcional. Foi baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Porém, é necessário adaptar esta avaliação a cada família, não sendo aplicável integralmente a todas as famílias.

1ª parte

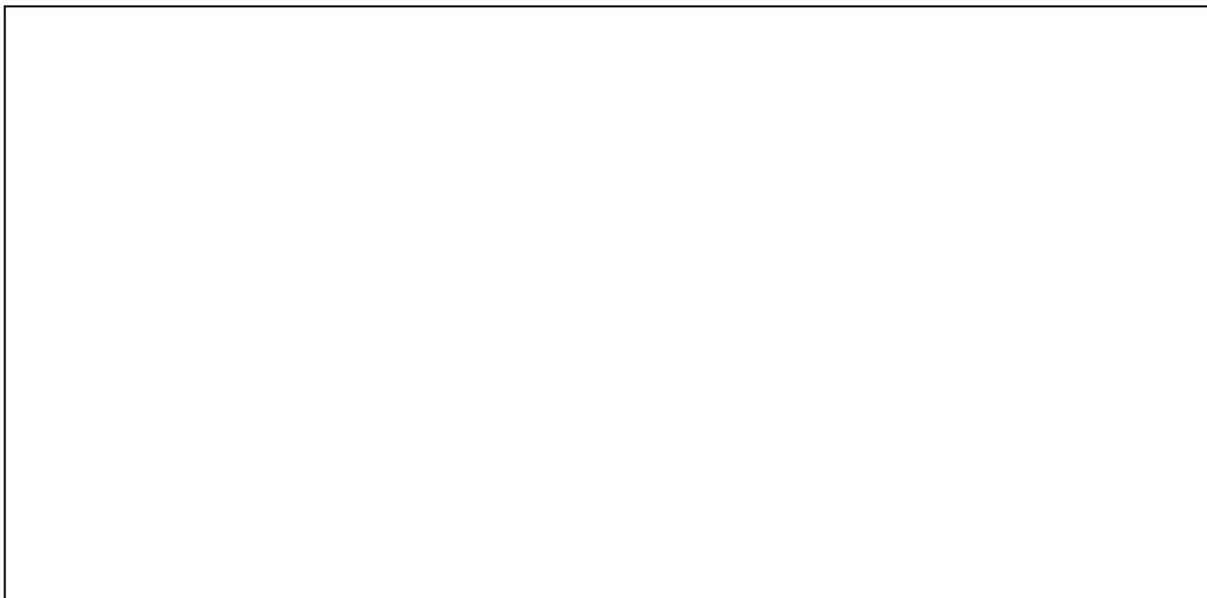
A - Dimensão Estrutural Interna

1- Composição familiar

Para cada um dos membros da família:

Nome preferido; Sexo; Parentesco / afinidade (amigo; empregado; patrão; hóspede; companheiro(a)); Data de nascimento; Ordem de nascimento dos filhos; Estado civil ; Adopções; Óbitos ocorridos.

Genograma Familiar



2 - Tipo de Família

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

3- Família Extensa

Tipo de contato		Intensidade do contato	
Pessoal		Diário	
Telefônico		Semanal	
Email		Quinzenal	
		Mensal	
Função das relações			
Companhia Social			
Apoio Emocional			
Guia cognitivo e conselhos			
Regulação social			
Ajuda material e de serviço			
Acesso a novos contatos			

4- Sistemas mais amplos

Ecomapa

5 – Classe Social

Escala de Classificação Social de Graffar _____ (Consultar Processo Familiar Medicine One)

6 – Edifício Residencial

Barreiras Arquitectónicas	
Tipo de Aquecimento	
Abastecimento de Gás	
Abastecimento de Água	
Tratamento de resíduos	
Higiene da Habitação	

7 – Ambiente Biológico

Animal Doméstico	Sim	Não
------------------	-----	-----

B – Dimensão de Desenvolvimento

Estádio de Desenvolvimento _____

1 – Satisfação conjugal

1.1. Relação dinâmica

Satisfação do casal sobre a divisão/partilha de tarefas domésticas		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

Satisfação do casal com o tempo que estão juntos		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

1.2. Comunicação

Satisfação sobre o padrão de comunicação do casal		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

1.3. Interacção Social

Satisfação do casal sobre com o padrão de sexualidade		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

1.4. Função Sexual

Disfunções Sexuais		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

2. Planeamento Familiar

2.1. Fertilidade

O casal planeia ter mais filhos? Sim ____ Não ____

2.2. Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional? Sim ____ Não ____

2.3. Qual o método contraceptivo utilizado? _____

2.4. Conhecimento sobre reprodução? Sim ____ Não ____

3. Adaptação à Gravidez

4. Papel Parental

4.1 – Família com filhos na escola

Conhecimento do papel parental

Conhecimento dos pais sobre:	Sim	Não
Padrão alimentar adequado à criança		
Padrão de ingestão de líquidos adequado		
Padrão de sono/repouso adequado		
Padrão de higiene adequado		
Padrão de higiene oral		
Prevenção de cáries dentárias		
Padrão de exercício adequado à criança		
Atividades de lazer adequadas à criança		
Prevenção de acidentes		
Vigilância de Saúde Vacinação		
Socialização		
Desenvolvimento Infantil		
Desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social		
Importância de regras estruturantes		

Adaptação da Família à Escola	Sim	Não
Reorganização funcional para adaptação aos novos horários		
Criação de espaços para a criança estudar		
Participação dos pais nas actividades de estudo da criança		
Participação dos pais nas reuniões e actividades escolares		
Promoção da socialização / autonomia da criança		

Comportamentos de Adesão	Sim	Não
Os pais proporcionam a realização de CVSI		
Os pais fomentam a adesão à vacinação		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada		
Os pais promovem a higiene adequada		
Os pais promovem um padrão de exercício adequado		
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado		
Os pais promovem a socialização da criança		
Os pais promovem o desenvolvimento cognitivo e emocional		
Os pais definem regras entre os subsistemas		
Os pais interagem positivamente com a criança		

	Sim	Não
Consenso do papel		
Conflitos do Papel		
Saturação do Papel		

4.2 – Família com filhos adolescentes

Conhecimento do papel parental

Conhecimento dos pais sobre:	Sim	Não
Padrão alimentar adequado ao adolescente		
Padrão de ingestão de líquidos adequado		
Padrão de sono/repouso adequado		
Padrão de higiene adequado		
Padrão de higiene oral		
Prevenção de cáries dentárias		
Padrão de exercício adequado à criança		
Atividades de lazer adequadas à criança		
Prevenção de acidentes		
Vigilância de Saúde e Vacinação		
Mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência		
Regras estruturantes		

Comportamentos de Adesão	Sim	Não
Os pais proporcionam a realização de CVSI		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada		
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado		
Os pais promovem a socialização e autonomia do adolescente		
Os pais definem regras entre os subsistemas		
Os pais promovem a interacção com o grupo de amigos		
A família respeita a privacidade do adolescente		
Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida		
O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião		
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente		
Os pais promovem o desenvolvimento cognitivo e emocional		
Os pais interagem positivamente com o adolescente		

	Sim	Não
Consenso do papel		
Conflitos do Papel		
Saturação do Papel		

C - Dimensão Funcional

1. Membro da família dependente

Dependência em:	Sim	Não
Autocuidado de Higiene		
Autocuidado no Vestuário		
Autocuidado no Comer e Beber		
Autocuidado em Ir ao Sanitário		
Autocuidado no comportamento sono e repouso		
Autocuidado nas actividades de lazer		
Autocuidado na actividade física		
Autocuidado no regime terapêutico		
Autovigilância		
Auto administração de medicamentos		
Prestador de Cuidados		

Conhecimento do papel em:	Sim	Não
Autocuidado de Higiene		
Autocuidado no Vestuário		
Autocuidado no Comer e Beber		
Autocuidado em Ir ao Sanitário		
Autocuidado no comportamento sono e repouso		
Autocuidado nas actividades de lazer		
Autocuidado na actividade física		
Autocuidado no regime terapêutico		
Autovigilância		
Auto administração de medicamentos		
Prestador de Cuidados		

Comportamentos de Adesão	Sim	Não
O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente		
A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente		
O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-repouso adequado ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente		

O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância		
O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente		

	Sim	Não
Consenso do papel		
Conflitos do Papel		
Saturação do Papel		

2. Processo Familiar

2.1. Comunicação Familiar

Os membros da família estão satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos?

Todos na família se expressam claramente quando falam?

2.2. Coping Familiar

Quem na família tem mais iniciativa para resolver os problemas?

2.3. Papeis Familiares

Quem desempenha papel de provedor? _____

Quem desempenha papel de gestão financeira? _____

Quem desempenha papel de cuidado doméstico? _____

Quem desempenha papel recreativo? _____

Quem desempenha papel de parente? _____

2.4. Relação Dinâmica

Há algum membro que tenha maior poder? Sim ____ Não ____

Existem alianças entre alguns dos membros da família? Sim ____ Não ____

FACES III (Escala em Anexo, a ser preenchida pelos elementos da família)

Coesão	Desmembrada	
	Separada	
	Ligada	
	Muito Ligada	
Adaptabilidade	Rígida	
	Estruturada	
	Flexível	
	Muito Flexível	
Tipo de Família	Muito Equilibrada	
	Equilibrada	
	Meio - Termo	
	Extrema	

- 2.5. Funcionalidade da Família – percepção dos membros
 APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (Escala em Anexo, a ser preenchida pelos elementos da família)

2ª Parte

As seguintes escalas, permitem fazer em avaliação familiar relativamente a várias vertentes e devem ser preenchidas por cada membro da família.

Escala de Coesão e Adaptação Familiar - FACES II

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

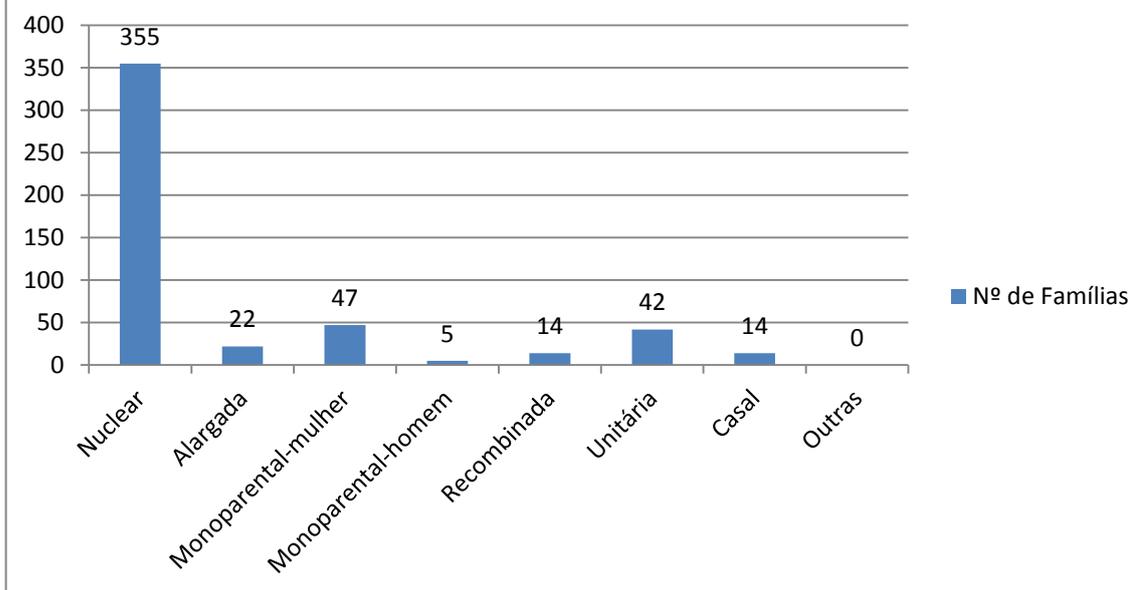
21.Cada um de nós aceita o que a família decide					
22.Na nossa família todos partilham responsabilidade					
23.Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família					
25.Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros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

Apgar Familiar de Smilkstein (um para cada membro da família)

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

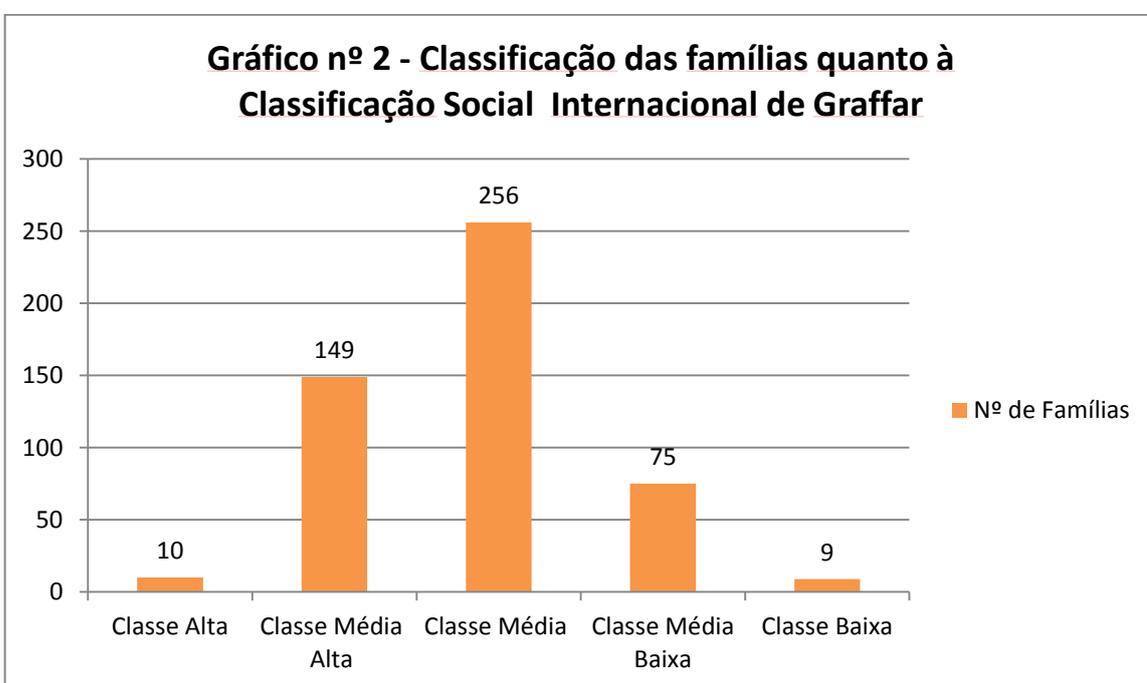
APÊNDICE III – Gráfico nº 1: Classificação das famílias quanto à estrutura familiar

Gráfico nº 1 - Classificação das famílias quanto à estrutura familiar



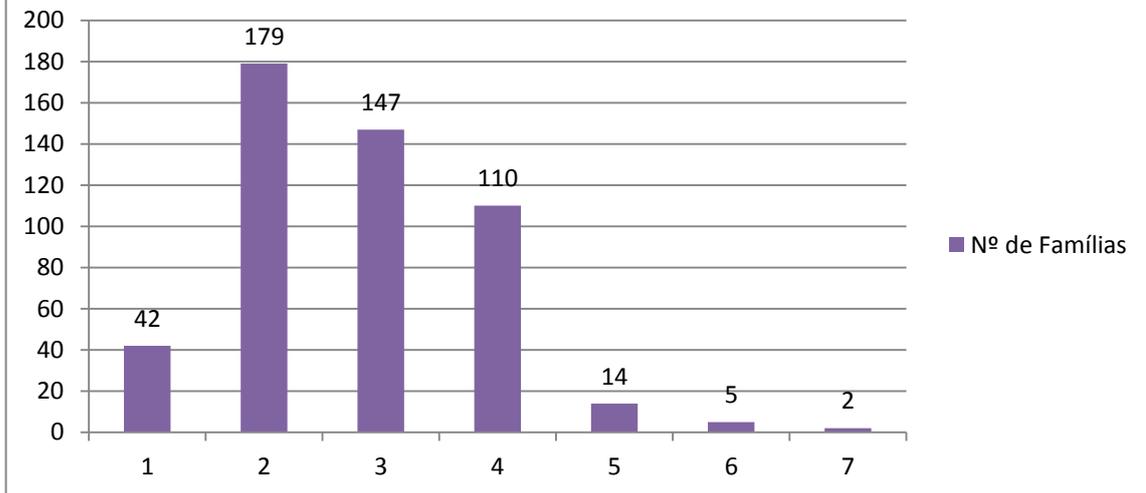
**APÊNDICE IV – Gráfico nº 2: Classificação das famílias quanto à
Classificação Social Internacional de Graffar**

Gráfico nº 2 - Classificação das famílias quanto à Classificação Social Internacional de Graffar



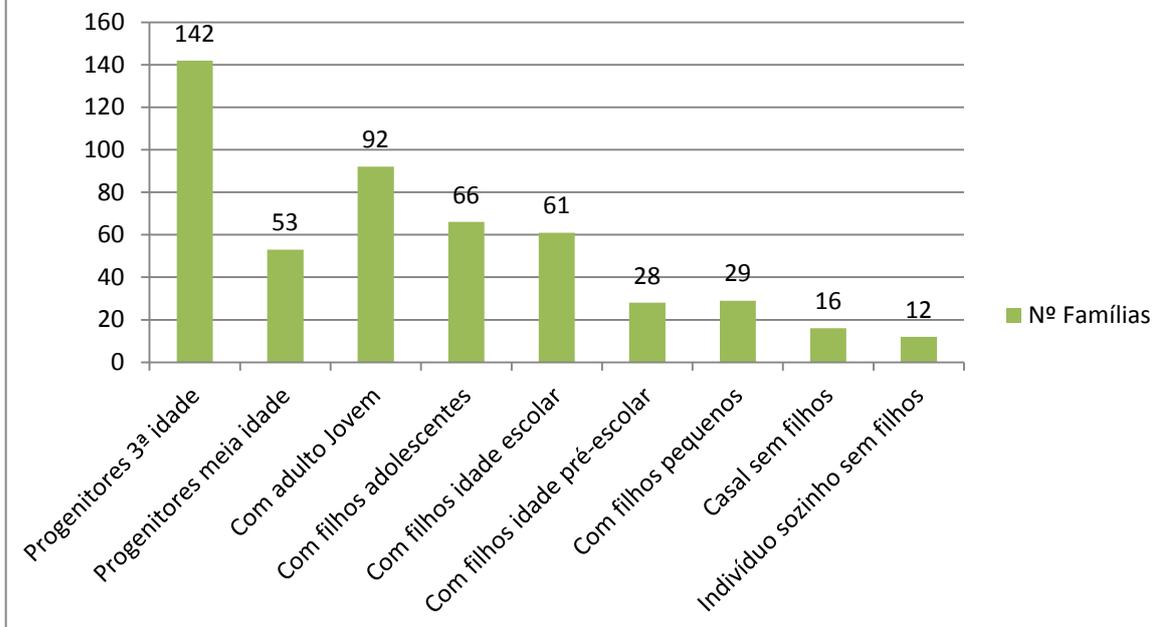
APÊNDICE V – Gráfico nº3: Número de elementos por família

Gráfico nº 3 - Nº de elementos por família



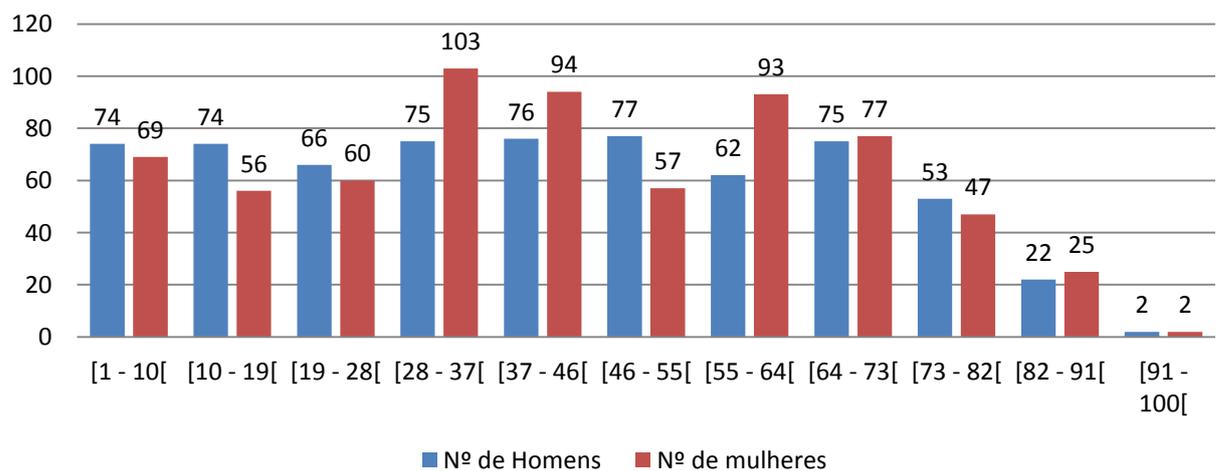
APÊNDICE VI – Gráfico nº4: Classificação das famílias segundo o Estádio de Desenvolvimento de Evelyn Duvall

Gráfico nº 4 - Classificação das famílias segundo o estágio de desenvolvimento de Evelyn Duvall



**APÊNDICE VII – Gráfico nº 5: Distribuição da população alvo
segundo o sexo e a idade**

Gráfico nº 5 - Distribuição da população alvo segundo o sexo e a idade



APÊNDICE VIII - Quadro 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

Família	Estrutura Familiar	Nº de elementos	Idade dos progenitores	Idade das Crianças	Escolaridade dos progenitores	Graffar
1	Monoparental	2	Mãe - 58	16 Anos	< 4 anos	Classe Média Baixa
2	Alargada	5	Pai - 42	9 Anos	>= 4 anos e < 9 anos	Classe Média
			Avó - 68	12 Anos	< 4 anos	
				14 Anos		
3	Nuclear	4	Pai - 35	5 Anos	Licenciatura	Classe Média Alta
			Mãe - 36	5 Anos	Licenciatura	
4	Nuclear	3	Pai - 29	6 Anos	>= 4 anos e < 9 anos	Classe Média
			Mãe - 29		>=9 anos a 12 anos	
5	Nuclear	4	Pai - 35	17 Anos	Licenciatura	Classe Média Alta
			Mãe - 34	5 Meses	Licenciatura	
6	Nuclear	3	Pai - 60	17 Anos	>= 4 anos e < 9 anos	Classe Média
			Mãe - 55		>= 4 anos e < 9 anos	
7	Nuclear	3	Pai - 35	8 Anos	>= 4 anos e < 9 anos	Classe Média Baixa
			Mãe - 34		>=9 anos e a 12 anos	

**APÊNDICE IX - Quadro 2: Diagnósticos de enfermagem
identificados na dimensão estrutural**

Requisito de Autocuidado	Diagnóstico	1	2	3	4	5	6	7
Prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem estar do ser humano.	Rendimento Familiar Insuficiente	x						x

**APÊNDICE X - Quadro 3: Diagnósticos de enfermagem identificados
na dimensão de desenvolvimento**

Requisito de Autocuidado	Diagnóstico	1	2	3	4	5	6	7	
		Papel Parental não adequado	x	x	x	x	x	x	x
	Critérios de Diagnóstico								
Requisito auto cuidado universal de promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos.	Conhecimento sobre vigilância de saúde não demonstrado								
	Comportamento de adesão não demonstrado relativamente às Consultas de Vigilância				x	x			
	Conhecimento não demonstrado sobre padrão alimentar adequado à criança e adolescente	x	x		x	x			
	Comportamento não demonstrado sobre padrão alimentar adequado à criança e adolescente	x	x		x	x			
	Conhecimento não demonstrado sobre higiene oral e cáries dentárias				x			x	
	Comportamento não demonstrado sobre higiene oral e cáries dentárias				x			x	
	Conhecimento não demonstrado sobre sono e repouso adequado à criança e adolescente				x			x	
	Comportamento não demonstrado sobre sono e repouso adequado à criança e adolescente				x			x	
	Conhecimento não demonstrado sobre prevenção de acidentes							x	
	Comportamento não demonstrado sobre prevenção de acidentes							x	
	Conhecimento não demonstrado sobre padrão de exercício físico adequado à criança / adolescente	x		x				x	
	Comportamento de adesão não demonstrado sobre padrão de exercício físico adequado à criança / adolescente	x		x				x	
Requisito de auto cuidado de desenvolvimento	Conhecimento não demonstrado relativamente mudanças da adolescência	x	x				x		
	Comportamento de adesão não demonstrado relativamente às mudanças da adolescência	x	x				x		
Requisito universal de auto cuidado de manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação humana	Conhecimento não demonstrado relativamente à socialização e autonomia da criança	x	x	x		x	x		
	Comportamento de adesão não demonstrado relativamente à socialização e autonomia da criança	x	x	x		x	x		
	Conhecimento não demonstrado sobre padrão de atividades de lazer adequado	x	x	x		x	x		
	Comportamento de adesão não demonstrado sobre padrão de atividades de lazer adequado	x	x	x		x	x		
	Conhecimento não demonstrado sobre regras estruturantes adequado à criança e adolescente	x			x	x		x	
	Comportamento não demonstrado sobre regras estruturantes adequado à criança e adolescente	x			x	x		x	
	Consenso do papel				x	x			
	Conflito do papel	x		x	x	x			
	Saturação do papel	x	x	x	x	x		x	

**APÊNDICE XI – Quadro 4: Diagnósticos de enfermagem identificados na
dimensão funcional**

Requisito de Autocuidado	Diagnóstico	1	2	3	4	5	6	7	
Requisito auto cuidado universal de promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos.	Papel de prestador de cuidados não adequado			x				x	
	Critérios de Diagnóstico								
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene oral							x	
	O prestador de cuidados promove comportamentos de higiene oral adequado ao membro da família dependente							x	
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado comer								
	O Prestador de cuidados promove a ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente								
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado sono-reposo							x	
	O Prestador de cuidados promove comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente							x	
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado atividade recreativa			x					
	O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente			x					
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado atividade física			x					
	O Prestador de cuidados promove padrão de exercício físico adequado ao membro da família dependente			x					
	O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente			x					
	Consenso de papel não demonstrado								x
	Conflitos de papel demonstrado			x					
	Saturação do papel demonstrado			x					x
	Diagnóstico	1	2	3	4	5	6	7	
	Processo Familiar Disfuncional	x				x	x	x	
	Critérios de Diagnóstico	x							
	Família muito equilibrada ou extrema	x				x	x	x	
Comunicação Familiar não eficaz	x				x		x		

**APÊNDICE XII - Quadro 5: Classificação da Adaptabilidade, Coesão
Familiar e Tipo de família**

Classificação das famílias		Família 1	Família 2	Família 3	Família 4	Família 5	Família 6	Família 7
Coesão	Muito ligada							
	Ligada							
	Separada							
	Desmembrada	7	13	32	20	28	16	12
Adaptabilidade	Muito Flexível							
	Flexível		46	50				
	Estruturada				43	42	40	42
	Rígida	36						
Tipo de família	Muito equilibrada							
	Equilibrada							
	Meio-Termo		3	4	3			3
	Extrema	2				2	2	

APÊNDICE XIII - Descrição da Atividade 1

Atividade 1
Apresentação do projeto “Promoção do autocuidado nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica” à equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal
Dia: 9 de outubro de 2013
Hora: 14 horas
Local: Sala de Formação do Centro de Saúde Seixal
Participantes: Equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal
<p>Objetivos:</p> <p>Dar a conhecer o Projeto “Promoção do autocuidado nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica”</p>
<p>Principais contributos:</p> <p>A apresentação formal decorreu na sala de Reuniões do Centro de Saúde do Seixal. Estiveram presentes elementos de todos os grupos profissionais: 7 Enfermeiras da USF, entre as quais a Sr.^a Enfermeira Miriam Almeida, orientadora no local de estágio e especialista em Reabilitação e Mestrada em Ciências da Educação, 5 Médicos da USF, 3 Administrativas da USF e 4 Internos de Medicina Geral e Familiar. Esteve também presente a Sr.^a Enfermeira Chefe Amélia Silva. Em representação da ESEL esteve o Professor orientador dos projetos, Sr. Professor Dr. José Edmundo Sousa.</p> <p>Todos os membros, dos diferentes grupos profissionais da nossa equipa demonstraram interesse pelo conhecimento dos projetos, o que nos deixou mais empenhadas e motivadas para o desenvolvimento das etapas de planeamento em saúde que se seguem.</p> <p>O objetivo desta apresentação é dar conhecimento á equipa multiprofissional de todo o trabalho desenvolvido até ao momento e deixar claro que o nosso foco de atenção é a “Família como Cliente”. Tal como afirma Figueiredo, 2012, ” o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focaliza tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.” (Figueiredo, 2012, p. 70).</p> <p>Com esta partilha procuramos contribuir para o envolvimento e motivação da equipa de enfermagem da USF nos nossos projetos. Para que sejam vistos como um contributo o desenvolvimento da USF e da “Enfermagem de Família”.</p> <p>Procuramos ainda dar visibilidade aos trabalhos de investigação em enfermagem, realizados em contexto académico como um contributo para a mudança da prática baseada na evidência, no conhecimento científico e na investigação. Tentamos desta forma colaborar para a mudança de paradigma e para o desenvolvimento da prática da “Enfermagem de Família”.</p> <p style="padding-left: 40px;">(...) a Enfermagem de Família é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico</p>

pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objecto de estudo. (Figueiredo M., 2012, p.3)

Após a apresentação dos projectos, realizámos uma auscultação, de forma informal, junto da nossa equipa, percebendo a sua opinião sobre o que lhes foi apresentado e quais os contributos que nos poderiam dar, de forma a melhorar os projetos, para que estes sejam exequíveis e com projecção para o futuro da equipa da USF neste campo disciplinar.

Após a apresentação, a troca de ideias e experiências com a restante equipa, surgiu a proposta de realizar formação à equipa de enfermagem nesta área, nomeadamente sobre “instrumentos de avaliação e intervenção familiar”.

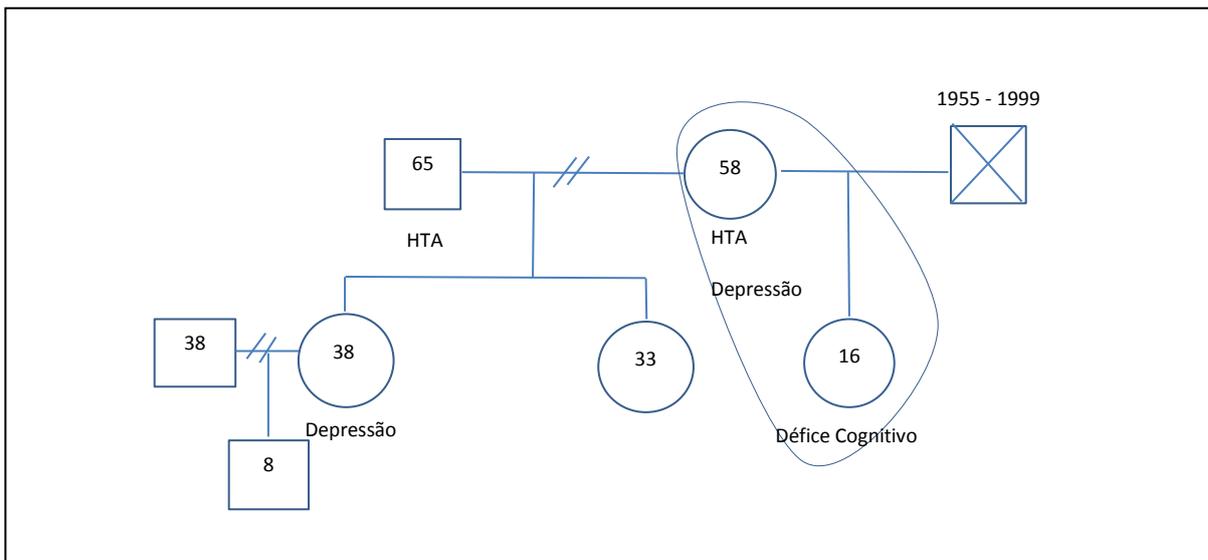
APÊNDICE XIV – Estudos de caso das famílias

Estudo de Caso da Família 1

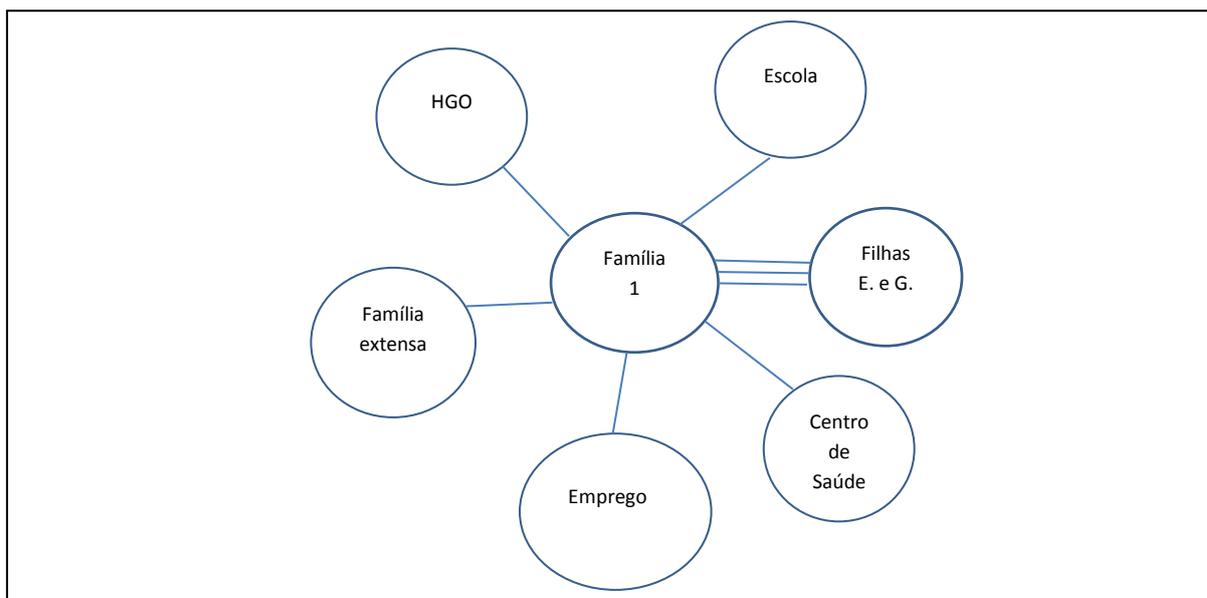
Avaliação Familiar

1. Avaliação Estrutural

Genograma Familiar



Ecomapa familiar



É uma família monoparental, liderada pela mulher, constituída pela D. C. de 58 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial e depressão; e a Bianca de 15 anos, com o diagnóstico de Défice Cognitivo, a frequentar o 9º ano do Ensino Especial no Agrupamento de Escolas Dr. António Augusto Louro. O pai da B. faleceu em 1999, quando esta tinha 8 meses. Do seu primeiro casamento tem duas filhas mais velhas, E. de 33 anos, solteira; e G. de 38 anos, divorciada, com um filho de 8 anos, o G. Vive apenas com a B., tendo contato diário com as filhas mais velhas, que a apoiam emocionalmente e a ajudam no seu dia a dia. Tem contato regular com a família extensa para fins recreativos.

Após aplicação da Escala de Graffar, esta família ficou classificada na Classe Média Baixa.

Tabela 1: Escala Internacional Social de Graffar

Item avaliado	Descrição	Grau
Profissão	Empregada de Limpeza	5
Instrução	4 anos de escolaridade	4
Origem do rendimento familiar	Vencimentos incertos	4
Habitação	Habitação com problemas de conservação apesar de possuir todos os eletrodomésticos necessários	4
Localização da habitação	Zona antiga	4
Pontuação		21

2. Avaliação de desenvolvimento

Relativamente ao estágio de desenvolvimento é uma família com filhos adultos e família com filhos adolescentes.

Relativamente á satisfação conjugal a D. C. não tem atualmente nenhum relacionamento. O planeamento familiar, relativo à B. é uma preocupação para a mãe e irmãs, encontrando-se neste momento a fazer contraceção oral. A família rejeitou a hipótese de laqueação de trompas.

No que diz respeito ao papel parental e tendo em conta o estágio de desenvolvimento de família com filhos adolescentes foi identificado o papel parental não adequado.

Segundo a mãe a B., não faz uma alimentação saudável. Come muitos doces e alimentos ricos em hidratos de carbono, muitas vezes às escondidas do resto da família e apesar de ser repreendida. Apresenta, neste momento um IMC elevado. É uma menina que tem

dificuldade em obedecer e cumprir as regras e por vezes é agressiva com os restantes membros da família quando é contrariada. Apenas têm contato com o grupo de pares durante as atividades letivas. Não possui nenhum grupo de amigos nem ninguém de referência da sua idade. Não está inserida em nenhuma atividade de lazer ou de desporto. Quando não tem aulas, acompanha a mãe ou as irmãs para o emprego.

Na escola a B. revela grandes dificuldades na aprendizagem e tem beneficiado de Ensino especial. A mãe foi informada pela escola, que tendo conta o seu percurso escolar, seria importante integrar outra instituição após os 17 anos, nomeadamente a CERCISA ou a CRESISIMBRA. A família não se demonstrou recetiva a utilizar estes recursos.

A mãe demonstra consenso do papel parental, mas conflito desse papel. Sente-se sobrecarregada, pois é viúva e tem criado a sua filha mais nova sozinha desde os oito meses. É difícil compatibilizar os papéis de mãe e trabalhadora pois tem de trabalhar 12 horas por dia. Existe saturação do papel parental. A D. C. refere sentir-se muito cansada, pois a responsabilidade é sempre sua em tudo. Desde há muitos anos que tem diagnosticada uma depressão para a qual está medicada.

Tendo em conta que esta família também possui filhos adultos, é de referir que a ambas as filhas mais velhas estão viver de forma autónoma e a família está satisfeita com o contato mantido entre os membros.

3. Avaliação Funcional

Quanto ao processo familiar, maioritariamente os membros da família estão satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos. Porém nem sempre isso acontece, pois às vezes não comunicam da melhor forma uns com os outros. A B. por vezes não se expressa claramente e é agressiva na forma como se dirige à mãe e irmãs quando é contrariada.

Relativamente ao *coping* familiar, as filhas mais velhas têm mais iniciativa para resolver os problemas e são elas que na maioria das vezes resolvem as situações mais complicadas. Também têm um papel importante nas tomadas de decisões relativamente à B., partilhando esta responsabilidade com a mãe.

A D. C. desempenha papel de provedor, de gestão financeira e de cuidado doméstico. O papel recreativo é maioritariamente desempenhado pelas filhas mais velhas.

Na relação dinâmica familiar não há na família nenhum membro que exerça mais poder que outro. As filhas mais velhas têm uma relação muito próxima entre si e ambas protegem a irmã mais nova.

A aplicação do FACES II revelou que esta família apresenta um valor de coesão muito baixa, sendo desmembrada e quanto à adaptabilidade é uma família rígida. Quanto ao tipo de família é uma família extrema.

Por outro lado, contrapondo a avaliação realizada pelo FACES II a aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein, que revela a percepção da família relativamente ao funcionamento familiar, classifica-a como uma família altamente funcional.

Na dimensão funcional foram assim identificados como diagnósticos, processo familiar disfuncional devido a comunicação familiar não eficaz.

Diagnósticos de Enfermagem e Intervenção Familiar

Tendo em conta a priorização realizada na segunda etapa deste projeto, o papel parental não demonstrado foi considerado prioritário para esta intervenção. Foi posteriormente realizada validação com a família dos critérios diagnóstico identificados e realizada priorização de acordo com a percepção da família. A família considerou prioritário o comportamento de adesão relativamente ao padrão de exercício físico.

Data de Início	25 /06/2013	
Diagnóstico	Rendimento familiar insuficiente	
Critérios de Diagnóstico	Escala de Graffar – Origem do rendimento familiar: Grau 5	
Data	Intervenções	Avaliação
	Orientar a família para serviços sociais Promover a gestão do rendimento familiar	A família beneficia de apoio social.

Data de Início	25 / 06/ 2013
Diagnóstico	Papel Parental não adequado
Critérios de Diagnóstico	- Conhecimento do papel parental não demonstrado sobre: padrão alimentar adequado ao adolescente; padrão de exercício físico adequado ao adolescente; padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente; socialização e autonomia; regras estruturantes. - Comportamentos de adesão não demonstrado em: ingestão nutricional adequada; padrão de exercício físico; padrão de atividades de lazer adequado;

	<p>socialização e autonomia do adolescente; regras estruturantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturação do papel parental - Conflito do papel parental 	
	Intervenções	Avaliação
<p>Data 16 – 10 - 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com UCC e com agrupamento de escolas; - Informar a D. C., da necessidade importância da Bianca estar matriculada e frequentar a escola; - Informar que deve contactar a professora A. na escola para resolver a situação. - Validada informação com a irmã mais velha, no sentido de a matricular, se a D. Conceição não puder. - Articular com UCC e Agrupamento de escolas para validar a ocorrência da matrícula e a frequência das aulas. - Marcar Consulta de Vigilância de Saúde Infantil - Articular com UCC e Agrupamento de Escolas. - Informar a família de outros recursos na comunidade para ocupação da B. e promoção da sua aprendizagem. 	<p>25 – 07 – 2013</p> <p>A B. não foi matriculada em nenhum estabelecimento de ensino.</p> <p>Reunião UCC: 12 – 10 – 2013</p> <p>A B. não foi matriculada. Realizado plano de intervenção e divisão de intervenções.</p> <p>C.V.S.I.: 25.11.2013</p> <p>CEF: 30.12.2013</p> <p>A B. não está a frequentar a escola. Está a frequentar um ginásio. A D.C. refere que vai inscrever a B. num curso do centro de emprego quando esta completar 18 anos.</p>
<p>Data 30-12-2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar / Instruir e motivar a família sobre padrão alimentar adequado - Ensinar e motivar a família sobre padrão de exercício físico adequado - Ensinar e motivar a família sobre atividades de lazer adequadas - Ensinar e motivar a família sobre socialização e autonomia - Informar os pais sobre a importância da interação com o grupo de pares - Ensinar e motivar a família sobre a importância de regras estruturantes - Promover a comunicação familiar - Promover o envolvimento da família alargada - Motivar a redefinição de tarefas parentais pelos membros da família - Validar cumprimento de regime terapêutico 	<p>Continua a não ter um padrão alimentar adequado. Continua muito dependente da mãe para algumas actividades.</p>

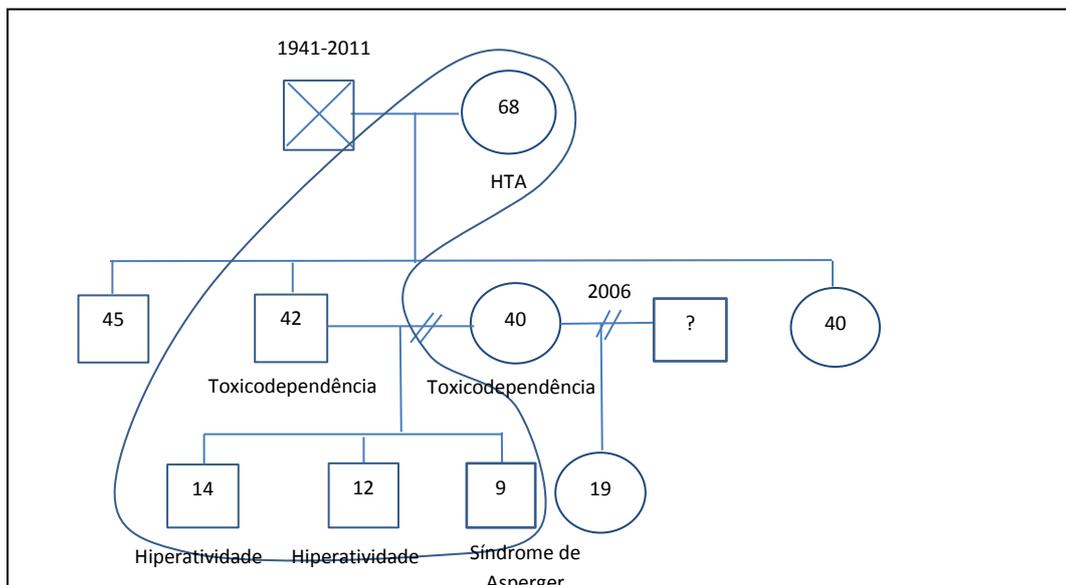
Data	25 / 06 / 2013	
Diagnóstico	Processo Familiar Disfuncional	
Critérios de Diagnóstico	Comunicação familiar não eficaz; FACES II: Família Extrema	
Data 30-12-2013	Intervenções - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Otimizar padrão de assertividade - Validar o cumprimento do regime terapêutico.	Avaliação Todos os membros da família estão a receber acompanhamento psiquiátrico e a cumprir regime terapêutico.

Estudo de Caso da Família 2

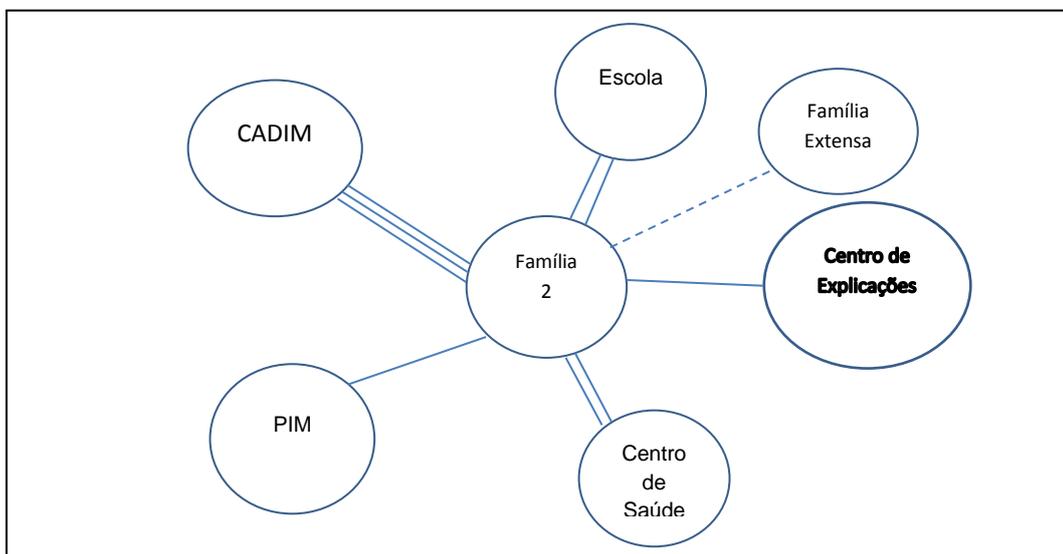
Avaliação Familiar

1 . Avaliação Estrutural

Genograma Familiar



Ecomapa Familiar



É uma família alargada, constituída pela D. I. de 68 anos, com antecedentes pessoais de HTA; pelo seu filho L., de 42 anos, com antecedentes pessoais de toxicod dependência e pelos netos, A., de 14 anos, N. de 12 anos e J. de 9 anos, com Síndrome de Asperger.

Todos com o diagnóstico de Hiperatividade. O Sr. L. separou-se da mãe dos seus filhos em 2005. Após o divórcio, a guarda das crianças ficou entregue ao pai e avós paternos. O avô paterno faleceu em 2011. A D. I. está reformada e o Sr. L. é operário de uma câmara municipal. Têm contato esporádico com a família extensa. O contato das crianças com a mãe também é muito esporádico.

Após aplicação da Escala de Graffar, esta família ficou classificada na Classe Média.

Tabela 2: Escala Internacional Social de Graffar

Item avaliado	Descrição	Grau
Profissão	L. - Operário	4
Instrução	L. – 9º ano	3
Origem do rendimento familiar	Vencimentos incertos	4
Habitação	Andar em bom estado de conservação com cozinha e casa de banho e eletrodomésticos essenciais.	3
Localização da habitação	Zona Intermédia	3
Pontuação		17

2. Avaliação de desenvolvimento

Esta família encontra-se no estágio de família com progenitores na terceira idade e família com filhos adolescentes.

No que diz respeito ao papel parental e tendo em conta o estágio de desenvolvimento de família com filhos adolescentes foi identificado o papel parental não adequado.

Foi identificado o papel parental não adequado, uma vez que os três meninos não frequentam nenhuma atividade de lazer ou de desporto em grupo, nem têm nenhum grupo de amigos com os quais contatem fora das atividades letivas. Relativamente à alimentação foram identificados alguns erros alimentares e o J., de 9 anos, ainda não come alimentos sólidos. Uma das preocupações referidas pela avó, foi relativa às mudanças psicológicas e fisiológicas da adolescência, referindo que o neto mais velho, não tem neste momento a sua identidade sexual bem definida.

Relativamente à adaptação escolar, os três frequentam o mesmo agrupamento de escolas e tem todos dificuldades de aprendizagem, beneficiando de ensino especial. Estão adaptados ao contexto escolar, mas principalmente o N. e o J. têm dificuldade no relacionamento com

os pares. O A. , estando na fase da adolescência, começa agora a relacionar-se com alguns amigos, mas esporadicamente. A família demonstra preocupação acerca da aprendizagem e o J. frequenta um centro de explicações.

Neste momento, existe consenso do papel parental, embora durante os primeiros tempos, após a mãe das crianças os ter abandonado (sic D. I.), tenha sido muito difícil esta adaptação, tanto pelos avós como pelo pai. Não é referido nenhum conflito de papel. Existe saturação do papel parental, pois a D. I. refere que emocionalmente tem passado por fases difíceis na sua vida desde que ficou com a guarda dos netos. Sente-se por vezes cansada e sem forças pois é uma sobrecarga muito grande ter a seu cargo três crianças com problemas de saúde. O pai, também verbaliza esta sobrecarga, tanto em termos emocionais como financeiros.

3. Avaliação Funcional

No que diz respeito ao processo familiar os membros da família referem estar satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos. Porém a D. I. refere que a comunicação com o seu filho, nem sempre fácil quando este está mais ansioso. Todos na família se expressam claramente quando falam e de forma adequada à idade.

Relativamente ao *coping* familiar, tanto a D. I., como o Sr. L., tentam resolver os problemas em conjunto.

O papel de provedor é desempenhado pelo Sr. L., apesar da D. I. também contribuir financeiramente com a sua reforma. A gestão financeira e os cuidados domésticos são desempenhados pela D. I. Ambos têm um papel recreativo dentro da família. Relativamente à função de saúde a D. I. têm um papel importante uma vez que acompanha todos os seus netos a todas as consultas. Nas consultas de vigilância e visitas ao Centro de Saúde as crianças vêm sempre na companhia da avó, porém é referido pela mesma que por vezes o pai os acompanha ao CADIM.

Na relação dinâmica da família, não há nenhum membro que exerça mais poder que outro, nem existem alianças entre os membros. A D. I. tem uma relação muito próxima dos seus netos, uma vez que tem cuidado deles desde que nasceram. Passam todo o dia juntos enquanto o pai está a trabalhar. Os três irmãos têm uma relação muito próxima entre si, mas por vezes conflituosa, fato que considera normal devido às suas idades. O irmão mais velho, começa nesta fase da adolescência a afastar-se em determinadas situações do resto da família. A separação do casal e o fato da mãe ter deixado os filhos à guarda do pai e avós, bem como o pouco contato que mantêm com esta, é uma situação que afeta emocionalmente todos os membros e que não é verbalizada facilmente.

A aplicação do FACES II, classifica a família como desmembrada, quanto à coesão e flexível, quanto à adaptabilidade, correspondendo a uma família meio termo.

A aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein classifica-a como uma família altamente funcional.

Na dimensão funcional foram assim identificados como diagnósticos, papel do prestador de cuidados não demonstrado devido saturação de papel demonstrado.

Diagnósticos de Enfermagem e Intervenção Familiar

Tendo em conta a priorização realizada na segunda etapa deste projeto, o papel parental não demonstrado foi considerado prioritário para esta intervenção. Foi posteriormente realizada validação com a família dos critérios diagnóstico identificados e realizada priorização de acordo com a percepção da família. A família considerou prioritário o comportamento de adesão relativamente a padrão de atividades de lazer.

Data	27 / 06 / 2013	
Diagnóstico	Papel Parental não adequado	
Critérios de Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento do papel parental não demonstrado sobre: <ul style="list-style-type: none"> padrão alimentar adequado à criança/ adolescente; padrão de atividades de lazer adequado à criança/adolescente; mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência; socialização e autonomia adequado à criança/ adolescente; - Comportamentos de adesão em: <ul style="list-style-type: none"> ingestão nutricional adequada; padrão de atividades de lazer adequado não demonstrado; às mudanças da adolescência; socialização e autonomia do adolescente; - Saturação do papel parental 	
Data CEF 10-12-2013	Intervenções <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar / Instruir e motivar a família sobre padrão alimentar adequado - Ensinar e motivar a família sobre atividades de lazer adequadas - Ensinar e motivar a família sobre socialização e autonomia - Ensinar a família sobre desenvolvimento cognitivo, social e psicossocial. - promover a comunicação expressiva das emoções - motivar a redefinição de papéis pelos membros 	Avaliação <p>CVSI do N.: 14-10-2013 Vacinação Gripe do A., N. e J. : 11-11-2013 Visita Domiciliária: 21-11-2013 10-01-2014 A avó demonstrou conhecimentos sobre estas temáticas. Relativamente às atividades de lazer, os</p>

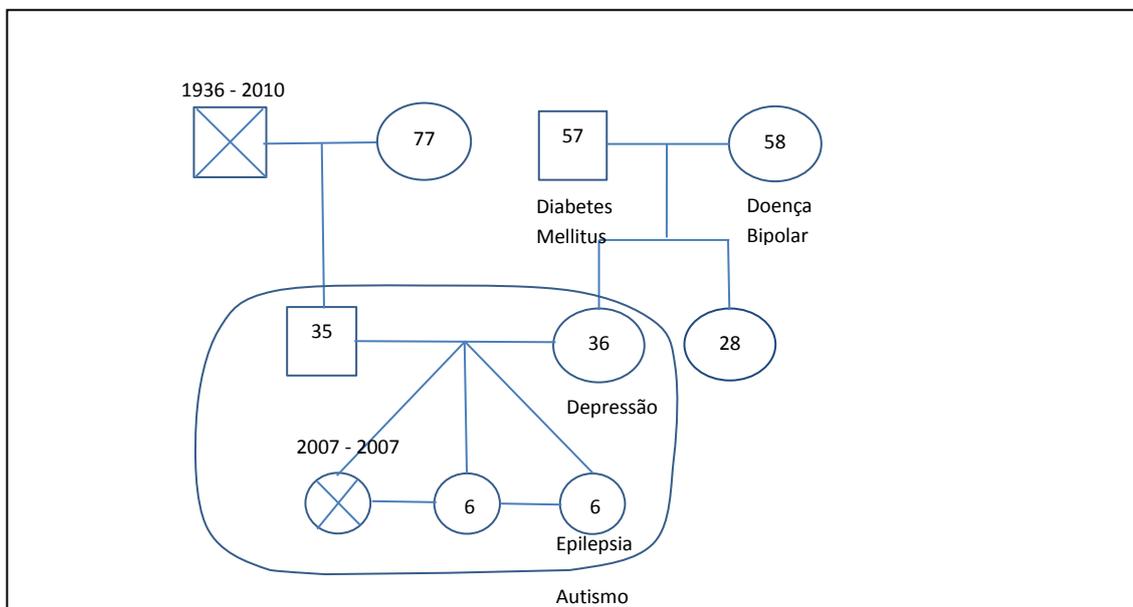
	<ul style="list-style-type: none"> - orientar para instituições de apoio (CADIM) - validar a comparência às consultas médicas e às sessões de terapia. - marcar consulta de vigilância de saúde infantil segundo o Plano nacional de saúde Infantil - articular com UCC e Agrupamento de Escolas se necessário. 	<p>recursos económicos influenciam a sua realização.</p> <p>O pai tem demonstrado ser mais participativo e acompanhou pela primeira vez, os filhos ao centro de saúde em alguns momentos.</p>
--	---	---

Estudo de Caso da Família 3

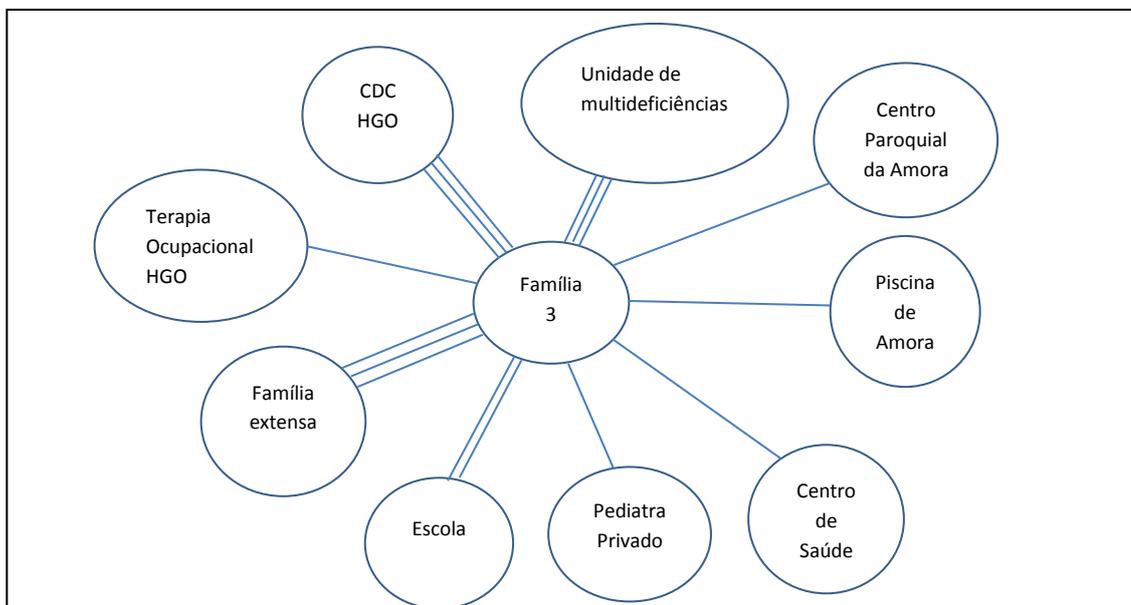
Avaliação Familiar

1 . Avaliação Estrutural

Genograma Familiar



Ecomapa Familiar



É uma família nuclear, constituída pela D. A., o Sr. R. e as duas filhas gémeas de 6 anos, a Mr e a Mt. Os pais não possuem antecedentes pessoais relevantes. A avó materna tem o diagnóstico de doença bipolar e o avô materno de Diabetes Mellitus. A M. tem diagnosticada

Epilepsia e Atraso Global de Desenvolvimento. Casaram há 8 anos e em 2007, nasceram três gêmeas, de parto prematuro. Uma das meninas acabou por falecer dias depois. Têm contato regular com a família extensa de ambos os membros do casal, apoiando-se mutuamente. Após aplicação da Escala de Graffar, esta família ficou classificada na Classe Média Alta.

Tabela 3: Escala Internacional Social de Graffar

Item avaliado	Descrição	Grau
Profissão	R. – Engenheiro A. - Contabilista	2
Instrução	R. – Licenciatura A. - Licenciatura	1
Origem do rendimento familiar	Vencimentos certos	3
Habitação	Andar em bom estado de conservação com todas as infraestruturas necessárias	3
Localização da habitação	Zona intermédia	3
Pontuação		12

2. Avaliação de desenvolvimento

Esta família encontra-se no estágio de família com filhos na escola.

Relativamente á satisfação conjugal o casal demonstra estar satisfeito com a comunicação entre ambos. Fazem referência ao fato de por vezes não terem tempo para sair sozinhos, pois vão sempre com as filhas. Há divisão das tarefas domésticas e existe satisfação relativamente a este aspeto. O casal não planeia neste momento ter mais filhos. Como método contraceutivo utilizam contraceção oral.

No que diz respeito ao papel parental e tendo em conta o estágio de desenvolvimento de família com filhos na escola foi identificado o papel parental não adequado, uma vez que enquanto a Mr frequenta atividades desportivas e de lazer, a Mt, não tem neste momento nenhuma atividade. A mãe refere que a integração da Mt num grupo e a sua interação com outras crianças e adultos tem sido difícil. Também a compatibilização da vida familiar para que ela frequente uma atividade recreativa ou desportiva não tem sido possível. Relativamente à alimentação foram identificados alguns erros alimentares e a Mt, ainda não come alimentos sólidos.

A adaptação à escola da Mr decorreu sem problemas. Interage muito com o grupo de e com os adultos e revela uma boa aprendizagem. A Mt integrou este ano uma Unidade de Multideficiência de um Agrupamento de Escolas. Tem tido dificuldade na interação com o grupo de pares e de adultos. Não demonstra interesse pelas atividades e comunica por símbolos. Os pais revelam muito interesse e motivação pelas atividades escolares e pelo desenvolvimento e aprendizagem de ambas as filhas.

Existe consenso do papel parental. Relativamente aos conflitos do papel parental, foram referidos aspetos relativos à compatibilização com o emprego de ambos os pais.

3. Avaliação Funcional

Existe um dos membros da família que é dependente no autocuidado em todas as atividades de vida, tendo em conta a sua idade.

A família apresenta conhecimento do papel de prestador de cuidados não demonstrado e comportamentos de adesão não demonstrado relativamente comer e beber, às atividades de lazer e atividades físicas. Os critérios de diagnóstico, identificados nesta dimensão são sobreponíveis aos que foram identificados na dimensão de desenvolvimento relativos ao papel parental.

Existe consenso do papel de prestador de cuidados e foram identificados conflitos do papel de prestador de cuidados. Foi identificada saturação do papel de prestador de cuidados, tal como no papel parental, uma vez que a mãe tem neste momento o diagnóstico de depressão e refere que tem sido difícil a adaptação aos problemas de saúde da Matilde.

Quanto ao processo familiar, os membros da família estão satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos. Tanto a Mt como a Mr, são repreendidas quando é necessário e na maior parte das vezes são obedientes.

Relativamente ao *coping* familiar, o casal resolve os problemas em conjunto e conta algumas vezes com a ajuda da família extensa.

Tanto o Sr. R. como a D. A. desempenham o papel de provedor, de gestão financeira, de cuidado doméstico e o papel recreativo.

Na relação dinâmica familiar não há na família nenhum membro que exerça mais poder que outro. A Mr. tem uma atitude muitas vezes protetora face à irmã. Tendo em consideração a família extensa, os pais da A. estão mais próximos e dão-lhes muito apoio.

Após a aplicação do FACES II, esta família é, relativamente à coesão, uma família desmembrada e quanto à adaptabilidade flexível, sendo classificada segundo o modelo circunplexo de Olson, como uma família meio-termo.

A aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein classifica-a como uma família altamente funcional.

Na dimensão funcional foram assim identificados como diagnósticos, papel do prestador de cuidados não demonstrado.

Diagnósticos de Enfermagem e Intervenção Familiar

Tendo em conta a priorização realizada na segunda etapa deste projeto, o papel parental não demonstrado foi considerado prioritário para esta intervenção. Foi posteriormente realizada validação com a família dos critérios diagnóstico identificados e realizada priorização de acordo com a perceção da família. A família considerou prioritário o comportamento de adesão relativamente ao padrão de exercício físico.

Data	28 / 06 / 2013	
Diagnóstico	Papel Parental não adequado	
Critérios de Diagnóstico	<p>- Conhecimento do papel parental não demonstrado sobre: padrão alimentar adequado à criança; padrão de exercício físico adequado à criança; padrão de atividades de lazer adequado à criança; socialização e autonomia da criança.</p> <p>- Comportamento de adesão não demonstrado sobre: padrão alimentar adequado à criança; padrão de exercício físico adequado à criança; padrão de atividades de lazer adequado à criança; socialização e autonomia da criança.</p> <p>- Conflito de papel demonstrado</p>	
Data	Intervenções	Avaliação
14-11-2013	<p>- Ensinar / Instruir e motivar a família sobre padrão alimentar adequado</p> <p>- Ensinar/ Instruir e motivar a família sobre padrão de exercício físico adequado</p> <p>- Ensinar e motivar a família sobre atividades de lazer adequadas</p> <p>- Ensinar e motivar os pais para a socialização e autonomia da Matilde.</p>	<p>22-01-2014</p> <p>Relativamente ao padrão alimentar a M. come de tudo, embora só alimentos passados. Começou a frequentar a natação adaptada dinamizada por uma IPSS do concelho. A</p>

	- Marcar consulta de vigilância de Saúde Infantil	adaptação à nova escola decorreu sem problemas e de forma muito satisfatória para a família. AM. Tem tido algumas evoluções que deixam os membros da família muito felizes.
--	---	---

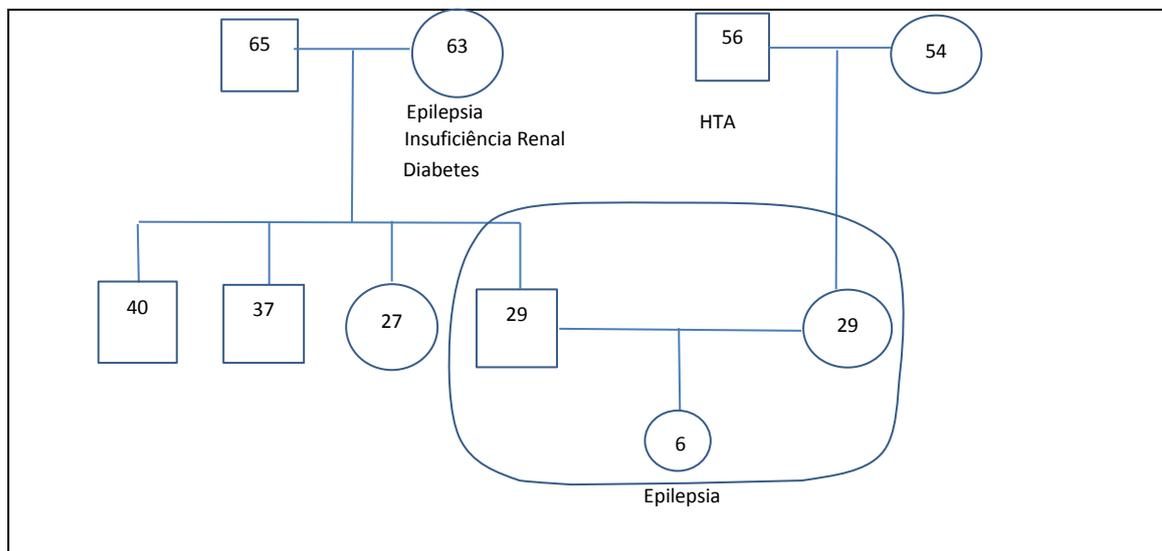
Data	28 / 06 /2013	
Diagnóstico	Papel do prestador de cuidados não adequado	
Critérios de Diagnóstico	<p>- Conhecimento do papel de prestador de cuidados não demonstrado sobre:</p> <p>Autocuidado comer</p> <p>Autocuidado atividade física</p> <p>Autocuidado atividades de lazer</p> <p>socialização e autonomia da criança.</p> <p>O prestador de cuidados promove:</p> <p>ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente não demonstrado</p> <p>padrão de atividades de lazer adequado ao membro da família dependente não demonstrado</p> <p>padrão de exercício físico adequado ao membro da família dependente não demonstrado</p> <p>e estimula a independência do membro da família dependente</p> <p>- Conflito de papel demonstrado</p> <p>- Saturação de papel demonstrado</p>	
Data	Intervenções	Avaliação
14-11-2013	<ul style="list-style-type: none"> - promover a comunicação expressiva das emoções - avaliar os motivos de não consenso de papel - motivar a redefinição de papéis pelos membros - orientar para instituição de apoio psicológico - orientar para instituições de recreação e desporto, que a Mt. possa frequentar - articular com UCC e Agrupamento de Escolas 	<p>22-01-2014</p> <p>Relativamente ao padrão alimentar a M. come de tudo, embora só alimentos passados. Começou a frequentar a natação adaptada dinamizada por uma IPSS do concelho. A adaptação à nova escola decorreu sem problemas e de forma muito satisfatória para a família.</p>

Estudo de Caso da Família 4

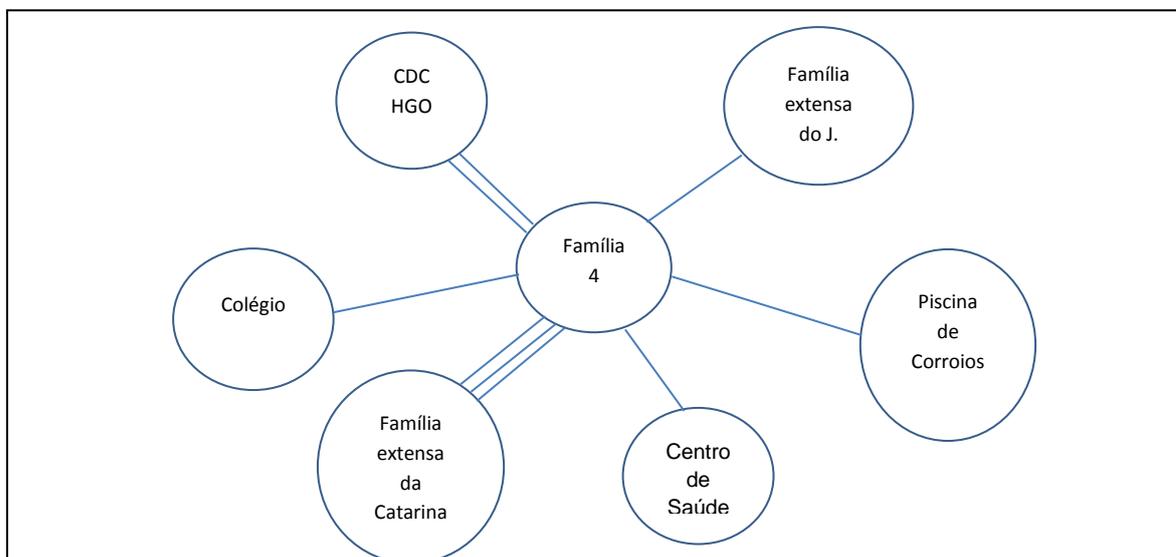
Avaliação Familiar

1 . Avaliação Estrutural

Genograma Familiar



Ecomapa Familiar



É uma família nuclear, constituída pela D. C., o Sr. J. e a M. de 6 anos. A Marta tem diagnosticada Epilepsia e os seus pais não possuem nenhum antecedente pessoal relevante. A avó paterna tem Insuficiência renal crónica, Diabetes Mellitus e teve epilepsia na infância. Vivem em união de fato há cerca de 7 anos, altura em tiveram a notícia de que a C. estava grávida. Esta gravidez não foi planeada mas foi desejada pelo casal. Têm contato diário com a família extensa da C., que apoia e ajuda o casal no seu dia a dia.

Relativamente à família extensa do J. o contato é menos regular, por vezes semanal ou quinzenal. Após aplicação da Escala de Graffar, esta família ficou classificada na Classe Média, como podemos verificar na tabela 4.

Tabela 4: Escala Internacional Social de Graffar

Item avaliado	Descrição	Grau
Profissão	Catarina - escriturária J. - auxiliar de armazém	2
Instrução	Catarina - 12º ano J. - 9º ano	3
Origem do rendimento familiar	Vencimentos certos	3
Habitação	Andar em bom estado de conservação com cozinha e casa de banho e eletrodomésticos essenciais.	3
Localização da habitação	Zona intermédia	3
Pontuação		14

Possuem animal doméstico, um gato, que está vacinado e desparasitado.

2. Avaliação de desenvolvimento

Esta família encontra-se no estágio de família com filhos na escola, segundo Relvas (2000), adotado por Figueiredo (2012).

Relativamente á satisfação conjugal o casal demonstra estar satisfeito com a comunicação entre ambos. Fazem referência de conversarem muito os dois sobre os problemas que vão surgindo, sobre as preocupações que têm com a M. e sobre o que cada um deve melhorar para o bem estar da família. Há divisão das tarefas domésticas e existe satisfação relativamente a este aspeto. O casal planeia ter mais filhos mas neste momento utiliza como método contraceptivo a contraceção oral.

No que diz respeito ao papel parental e tendo em conta o estágio de desenvolvimento de família com filhos na escola foi identificado o papel parental não adequado. A M. adormece muito tarde, tendo em conta a sua idade e dorme na cama dos pais. Relativamente à alimentação foram identificados alguns erros alimentares. A mãe refere que também é muito difícil para a M. cumprir regras e obedecer. Não gosta de ser contrariada e tem dificuldade em aceitar o “não”, tanto no colégio como em casa.

Relativamente à adaptação à escola, a M. frequenta o mesmo colégio desde os dois anos e meio. Nesta fase, após o diagnóstico de Epilepsia da M., a família decidiu não mudar a M. para um estabelecimento público. A M. está bem adaptada ao contexto escolar e os profissionais do colégio possuem conhecimentos sobre a patologia e sobre o modo de atuação em caso de convulsão. A participação da M. nas atividades escolares é bastante estimulada pelos pais, que são muito participativos, promovendo a sua socialização e autonomia.

Não existe consenso do papel parental, uma vez que é referido pela mãe, que embora o pai participe nos cuidados à M. no domicílio, a sua presença nas várias consultas não é habitual, não conseguindo cumprir as indicações dadas pela psicóloga. Relativamente aos conflitos do papel parental, foram referidos aspetos relativos à compatibilização com o emprego de ambos os pais. Existe saturação do papel parental, uma vez que a mãe refere muita tristeza relativamente à situação de doença da M.

3. Avaliação Funcional

Não existe nenhum membro da família dependente no autocuidado nas atividades de vida.

Quanto ao processo familiar, os membros da família estão satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos. O casal conversa muito sobre o seu relacionamento e sobre as dificuldades do dia a dia. A M. tem demonstrado dificuldade em obedecer a regras e em ouvir o “não”, tanto na escola como com a família. Fica muito nervosa e agitada quando é contrariada.

Relativamente ao *coping* familiar, o casal resolve os problemas em conjunto e conta muitas vezes com a ajuda da família extensa da Catarina. É verbalizado que apesar de discutirem os problemas em conjunto, a C. apresenta mais iniciativa para os resolver e para tomar decisões.

Tanto o Sr. J. como a D. C. desempenham o papel de provedor, de gestão financeira e de cuidado doméstico. O papel recreativo é mais desempenhado pela D. C.

Na relação dinâmica familiar é verbalizado que a D. C. influencia mais a tomada de decisão e apresenta mais poder em algumas situações. Tendo em consideração a família extensa, os pais da D. C. têm uma relação muito próxima e dão-lhes muito apoio.

Após a aplicação do FACES II, esta família é, relativamente à coesão, uma família desmembrada e quanto à adaptabilidade estruturada, sendo classificada segundo o modelo circumplexo de Olson, como uma família meio-termo.

A aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein classifica-a como uma família altamente funcional.

Diagnósticos de Enfermagem e Intervenção Familiar

Tendo em conta a priorização realizada na segunda etapa deste projeto, o papel parental não demonstrado foi considerado prioritário para esta intervenção. Foi posteriormente realizada validação com a família dos critérios diagnóstico identificados e realizada priorização de acordo com a percepção da família. A família considerou prioritário o consenso do papel parental.

Data	03 / 07 / 2013	
Diagnóstico	Papel Parental não adequado	
Critérios de Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento do papel parental não demonstrado sobre: <ul style="list-style-type: none"> padrão alimentar adequado à criança; higiene oral; sono e repouso adequado à criança; regras estruturantes adequado à criança. Comportamento de adesão não demonstrado relativamente a consultas de Vigilância; padrão alimentar adequado à criança; sono e repouso adequado à criança; regras estruturantes adequado à criança. - Consenso do papel não demonstrado - Saturação do papel demonstrado - Conflito do papel demonstrado 	
Data	Intervenções	Avaliação
CEF 18-11-2013	<ul style="list-style-type: none"> - ensinar / instruir e motivar a família sobre padrão alimentar adequado; - ensinar / instruir e motivar a família sobre padrão de sono e repouso adequado; - ensinar e motivar os pais sobre higiene oral, técnica da lavagem dos dentes e prevenção de cáries dentárias; - validar ida á higienista oral ou ao estomatologista; - ensinar e motivar a família sobre atividades de lazer adequadas; - ensinar e motivar os pais sobre a importância de regras estruturantes; - ensinar e motivar os pais sobre padrão de sono e 	<p>29-08-2013</p> <p>Apresenta cárie dentária. Encaminhada para higienista oral</p> <p>CVSI da M.: 02-12-13</p> <p>18-01-2014</p> <p>A M. neste momento tem menos apetite e perdeu alguma peso. Tem uma alimentação mais saudável e come doces entre as refeições.</p> <p>Já adormece na cama dela e</p>

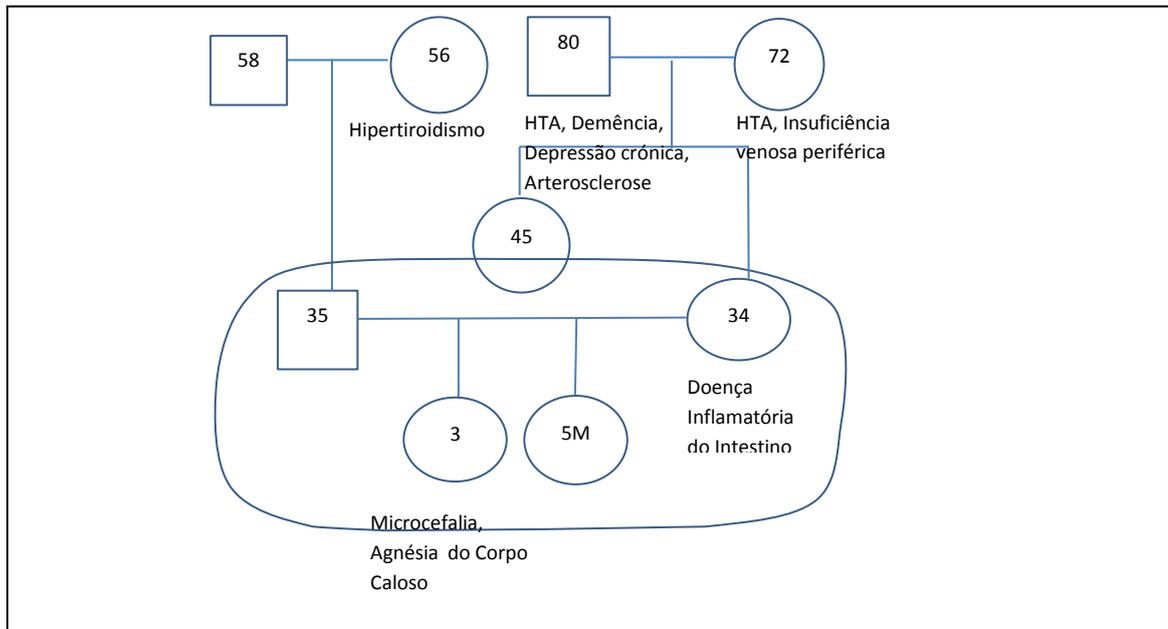
	<p>repouso;</p> <ul style="list-style-type: none"> - marcar consulta de vigilância de saúde infantil; - promover a expressão dos sentimentos; - avaliar os motivos de não consenso de papel; - motivar a redefinição de papéis pelos membros; - motivar para a participação de ambos os pais nas consultas; - orientar para instituição de apoio. 	<p>mais cedo.</p> <p>É seguida em Estomatologia e tem uma cárie em tratamento.</p> <p>A C. refere que a família tem feito evoluções no que diz respeito à imposição de regras à M. O pai tem acompanhado a família nas consultas de psicologia e tem agido em conformidade com o planeado nas consultas. A M. está mais calma e cumpridora.</p>
--	---	---

Estudo de Caso da Família 5

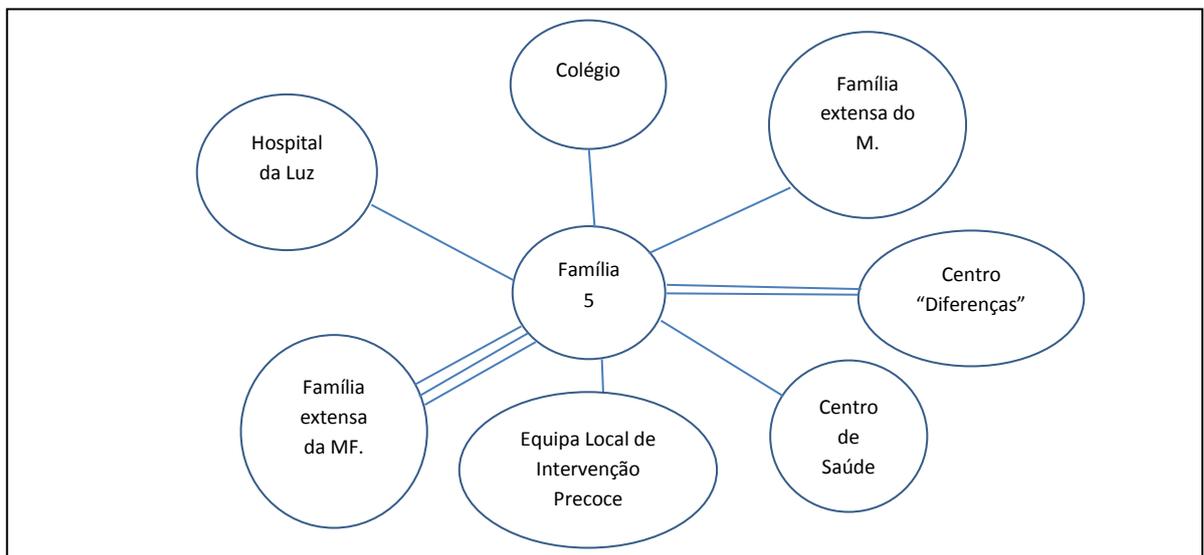
Avaliação Familiar

1 . Avaliação Estrutural

Genograma Familiar



Ecomapa Familiar



É uma família nuclear, constituída pela D. MF, o Sr. M. a B de 3 anos e a M. de 5 meses. A MF tem diagnosticada uma Doença Inflamatória do Intestino. A avó materna tem como antecedentes pessoais HTA e o avô materno HTA, demência, Arteriosclerose e depressão

crónica. A avó paterna tem antecedentes de Hipertiroidismo. Casaram à cerca de 7 anos e à três anos nasceu a B. Foi uma gravidez planeada durante a qual se detetou no feto uma microcefalia e Agnésia do Corpo Caloso. A B. apresenta um atraso global do desenvolvimento e tem apoio de várias instituições, encontrando-se a frequentar um colégio privado. A filha mais nova M. é uma bebé saudável e está neste momento ao cuidado da avó materna enquanto ao pais vão trabalhar. Têm contato diário com a família extensa da MF, que apoia e ajuda o casal no seu dia a dia. Relativamente à família extensa do M. o contato é menos regular.

Após aplicação da Escala de Graffar, esta família ficou classificada na Classe Média Alta, como podemos verificar na tabela 5.

Tabela 5: Escala Internacional Social de Graffar

Item avaliado	Descrição	Grau
Profissão	M – Engenheiro MF – Enfermeira	2
Instrução	M – Licenciatura MF - Licenciatura	2
Origem do rendimento familiar	Vencimentos certos	3
Habitação	Andar bastante espaçoso e confortável	2
Localização da habitação	Bom local	2
Pontuação		11

2. Avaliação de desenvolvimento

Esta família encontra-se no estágio de família com filhos pequenos.

Relativamente á satisfação conjugal o casal demonstra não estar sempre satisfeito com a comunicação, pois diferem de opiniões em alguns assuntos e não conseguem sempre chegar a um acordo. Não há satisfação relativamente à divisão das tarefas domésticas, pois são sempre da responsabilidade da MF, o que a faz sentir-se muito sobrecarregada. O casal planeia ter mais um filho, pois como têm duas meninas e ainda gostavam de tentar ter um menino. Neste momento utilizam um método barreira, como método contraceptivo.

No que diz respeito ao papel parental e tendo em conta o estágio de desenvolvimento de família com filhos pequenos foi identificado o papel parental não adequado, uma vez que a B. tem muita dificuldade em cumprir regras e faz muitas “birras”, pois o seu atraso de

desenvolvimento está principalmente relacionado com a dificuldade na compreensão. Segundo a mãe, por vezes estas “birras” são descontextualizadas e excessivas. Relativamente à alimentação foram identificados alguns erros alimentares, uma vez que em casa a B. não come alimentos sólidos. Não frequenta nenhuma atividade de lazer ou desportiva em grupo. Tem muita dificuldade em se relacionar com outras crianças e adultos.

A adaptação ao colégio da B. tem sido gradual e com algumas dificuldades. É uma criança simpática, ativa mas que apresenta dificuldade em se relacionar com outras crianças e adultos que desconhece. Têm apoio do Sistema Nacional de Intervenção Precoce, que intervém semanalmente no colégio no domicílio, bem como de uma terapeuta ocupacional do “Centro diferenças”, que também trabalha semanalmente com a família.

Não existe consenso do papel parental, uma vez que a MF refere que o M. deveria participar mais nas tarefas domésticas de cuidado às filhas. Relativamente aos conflitos do papel parental, foram referidos aspetos relativos à compatibilização com o emprego de ambos os pais. Existe saturação do papel parental, uma vez que a mãe refere muita tristeza relativamente à situação de doença da B. e dificuldade em partilhar esta preocupação com o pai, uma vez que este tem sempre uma atitude mais otimista e de “viver um dia de cada vez”.

3. Avaliação Funcional

Quanto ao processo familiar, os membros da família não estão totalmente satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos. O casal partilha sentimentos, mas a opinião e a forma como vivenciam as situações, mais especificamente a situação de doença da B. é muito diferente.

Relativamente ao *coping* familiar, o casal resolve os problemas em conjunto, mas com visões diferentes. Por vezes não é fácil chegar a um consenso e alguém tem de abdicar da sua vontade.

Tanto o Sr. M. como a D. MF desempenham o papel de provedor e de gestão financeira. O papel de cuidado doméstico e recreativo é mais desempenhado pela D. MF.

Na relação dinâmica familiar é verbalizado que nenhum dos membros do casal tem mais poder que o outro. Tendo em consideração a família extensa, a mãe da MF têm uma relação muito próxima e ajuda-a no dia a dia.

Após a aplicação do FACES II, esta família é, relativamente à coesão, uma família desmembrada e quanto à adaptabilidade estruturada, sendo classificada segundo o modelo circunplexo de Olson, como uma família extrema.

A aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein classifica-a como uma família altamente funcional.

Na dimensão funcional foram assim identificados como diagnósticos, processo familiar não demonstrado devido a comunicação familiar não eficaz.

Diagnósticos de Enfermagem e Intervenção Familiar

Tendo em conta a priorização realizada na segunda etapa deste projeto, o papel parental não demonstrado foi considerado prioritário para esta intervenção. Foi posteriormente realizada validação com a família dos critérios diagnóstico identificados e realizada priorização de acordo com a perceção da família. A família considerou prioritário o consenso do papel parental.

Data	09 / 07 /2013	
Diagnóstico	Papel Parental não adequado	
Critérios de Diagnóstico	<p>Conhecimento do papel parental não demonstrado sobre</p> <p>padrão alimentar adequado à criança;</p> <p>socialização e autonomia da criança;</p> <p>padrão de atividades de lazer adequado à criança.</p> <p>regras estruturantes adequado à criança.</p> <p>Comportamento de adesão não demonstrado relativamente às Consultas de Vigilância;</p> <p>ao padrão alimentar adequado à criança;</p> <p>à socialização e autonomia da criança;</p> <p>ao padrão de atividades de lazer adequado à criança.</p> <p>às regras estruturantes adequado à criança.</p> <p>- Consenso de papel não demonstrado</p> <p>- Conflito de papel demonstrado</p> <p>- Saturação de papel demonstrado</p>	
Data	Intervenções	Avaliação
CEF 21-12-2013	<p>- Ensinar / Instruir e motivar a família sobre padrão alimentar adequado</p> <p>- Ensinar e motivar a família sobre atividades de lazer adequadas</p> <p>- Ensinar e motivar a família sobre socialização e</p>	<p>Visita domiciliária: 21-11-2013</p> <p>11-01-2013</p> <p>A MF está a frequentar consulta de psiquiatria e está</p>

	<p>autonomia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar e motivar os pais sobre a importância de regras estruturantes - Marcar consulta de vigilância de saúde infantil - promover a comunicação expressiva das emoções - avaliar os motivos de não consenso de papel - motivar a redefinição de papéis pelos membros - orientar para instituição de apoio psicológico - orientar para instituições de apoio - validar o cumprimento do regime terapêutico 	<p>medicada.</p> <p>A família demonstram conhecimentos sobre padrão alimentar e atividades de lazer adequado. Participam em família em algumas atividades de lazer, mas a B. não participa em nenhuma atividade desportiva de grupo. É uma preocupação o fato da B. ter dificuldade em se relacionar com outros adultos e crianças. Porém quando das visitas domiciliares tem-se demonstrado uma criança simpática e receptiva a minha presença. Integrou-se bem no novo contexto escolar.</p> <p>A MF continua com apoio psiquiátrico e sente-se melhor.</p> <p>A mãe da MF, era um grande suporte para a família, mas neste momento encontra-se internada. Foram validados os recursos da família e as instituições de apoio disponíveis, nesta fase. O M. participa mais nas tarefas domésticas e de cuidados às crianças. A família demonstrou capacidade para se adaptar a esta nova fase e tem conhecimento dos recursos disponíveis.</p>
--	--	---

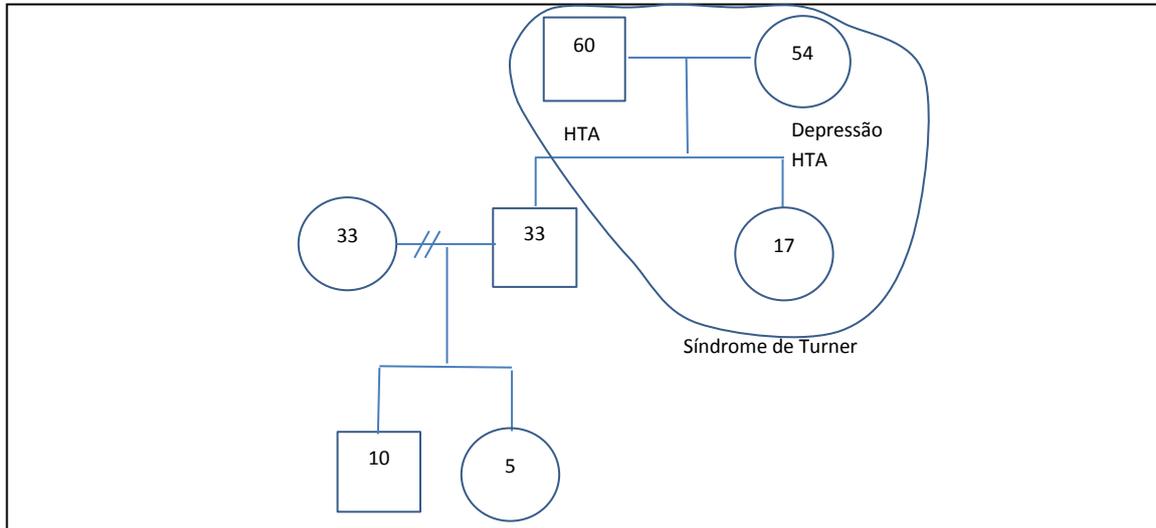
Data	09 / 07 / 2013	
Diagnóstico	Processo Familiar Disfuncional	
Critérios de Diagnóstico	Comunicação não eficaz. FACES II – Família Extrema	
Data	Intervenções	Avaliação
21-12-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Otimizar padrão de assertividade - Validar o cumprimento do regime terapêutico - Validar comparência às consultas de psiquiatria 	11-01-2013 A mãe está a frequentar consulta de psiquiatria e está medicada

Estudo de Caso da Família 6

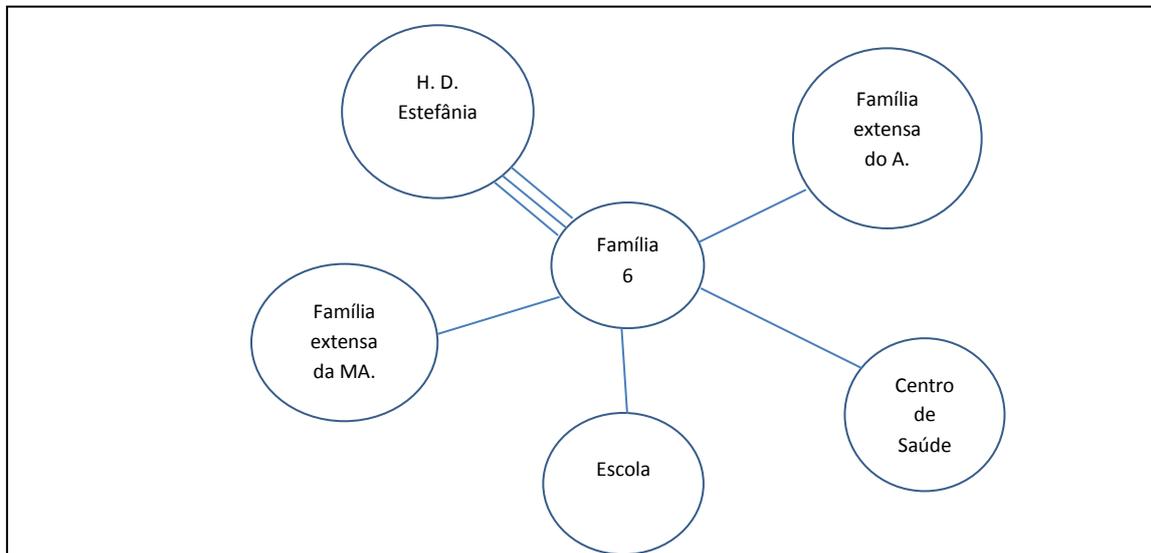
Avaliação Familiar

1 . Avaliação Estrutural

Genograma Familiar



Ecomapa Familiar



É uma família nuclear, constituída pela D. MA, o Sr. A. e a S de 17 anos. A S. tem diagnosticado Síndrome de Turner e a D. MA depressão crónica. Casaram à cerca de 35 anos. Possuem outro filho, mais velho, de 33 anos, que é divorciado e tem dois filhos, um menino de 10 anos e uma menina de 5 anos. Têm contato frequente com a família extensa da MA, em especial com a mãe e irmã. Relativamente à família extensa do M. o contato é

pouco regular. Após a aplicação da Escala de Graffar, esta família ficou classificada na Classe Média.

Tabela 6: Escala Internacional Social de Graffar

Item avaliado	Descrição	Grau
Profissão	A – Operário MA – Empregada de Limpeza	4
Instrução	A – 9 anos de escolaridade MA – 9 anos de escolaridade	3
Origem do rendimento familiar	Vencimentos certos	3
Habitação	andar em bom estado de conservação com todas as infraestruturas e electrodomésticos necessários	3
Localização da habitação	Bom local	2
Pontuação		15

2. Avaliação de desenvolvimento

Esta família encontra-se no estágio de família com filhos adolescentes.

Relativamente à satisfação conjugal o casal demonstra estar satisfeito com a comunicação. A D. M.A. refere que conseguem sempre chegar a um acordo sem grandes dificuldades. Há satisfação relativamente à divisão das tarefas domésticas, que são sempre da responsabilidade da MA, uma vez que tem um horário de trabalho menor e mais flexível.

No que diz respeito ao papel parental e tendo em conta o estágio de desenvolvimento de família com filhos adolescentes foi identificado o papel parental não adequado, uma vez que a S. não frequenta nenhuma atividade desportiva e de lazer. Também não possui nenhum grupo de amigos com o qual se relacione mais frequentemente e fora da escola. É uma adolescente calma e cumpridora das regras impostas na família.

Está bem adaptada ao contexto escolar. Tem boas notas e faz planos relativamente à sua vida profissional.

Existe consenso do papel parental, não se detetando conflitos de papel nem saturação do papel parental. A D. MA. Refere que soube que a S. tinha um problema de saúde grave ainda enquanto estava grávida e foi aceite por toda a família, inclusivamente pelo irmão, na altura ainda criança.

3. Avaliação Funcional

Nenhum dos membros da família apresenta dependência nas atividades de vida. A S. ao diagnóstico de Síndrome de Turner, apresenta uma malformação cardíaca congênita, apresenta uma pequena estatura para a idade e também uma infertilidade. É independente nas suas atividades de vida diárias, porém foi identificada dependência no autocuidado atividades recreativas e na atividade física.

Quanto ao processo familiar, os membros da família estão satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos. O casal partilha sentimentos, mas segundo a D. MA. O Sr. A. não gosta muito de falar e de expressar os seus sentimentos.

Relativamente ao *coping* familiar, o casal resolve os problemas em conjunto, mas a D.MA. tem mais iniciativa.

O papel de provedor é mais desempenhado pelo Sr. A. pois a D. MA. Trabalha apenas algumas horas por dia. A gestão financeira e o cuidado doméstico ficam a cargo da D. MA. O papel recreativo cabem à D. MA. e à S.

Na relação dinâmica familiar é verbalizado que a D. MA. tem mais poder, uma vez que tem mais iniciativa para tomar decisões e resolver problemas. O Sr. A. tem por vezes uma atitude mais passiva. Existem alianças entre alguns membros da família, uma vez que a S. tem uma relação muito próxima com o pai, e o filho mais velho com a mãe.

A aplicação do FACES II, classifica a família como desmembrada, quanto à coesão e estruturada, quanto à adaptabilidade, correspondendo a uma família extrema.

A aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein classifica-a como uma família altamente funcional.

Diagnósticos de Enfermagem e Intervenção Familiar

Tendo em conta a priorização realizada na segunda etapa deste projeto, o papel parental não demonstrado foi considerado prioritário para esta intervenção. Foi posteriormente realizada validação com a família dos critérios diagnóstico identificados e realizada priorização de acordo com a percepção da família. A família considerou prioritário o comportamento de adesão relativamente à socialização e autonomia do adolescente.

Data	09 / 07 / 2013
Diagnóstico	Papel Parental não adequado
Critérios de	- Conhecimento do papel parental não demonstrado relativamente

Diagnóstico	<p>à socialização e autonomia do adolescente; ao padrão de exercício físico adequado ao adolescente; às mudanças da adolescência; ao padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente.</p> <p>- Comportamento de adesão não demonstrado sobre padrão de exercício físico adequado ao adolescente; mudanças da adolescência.</p> <p>à socialização e autonomia do adolescente; padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente.</p>	
Data CEF 02-12-2013	Intervenções	Avaliação
	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar e motivar a família sobre atividades de lazer adequadas - Ensinar e motivar a família sobre socialização e autonomia - Ensinar a família sobre desenvolvimento cognitivo, social e psicosssexual. 	<p>Visita Domiciliária: 21-11-2013 30-12-2013</p> <p>A S. refere que tem saído mais em especial com um amigo. A D.A. refere que tem deixado a filha sair mais, mas preocupa-se com o fato de já ter namorado.</p>

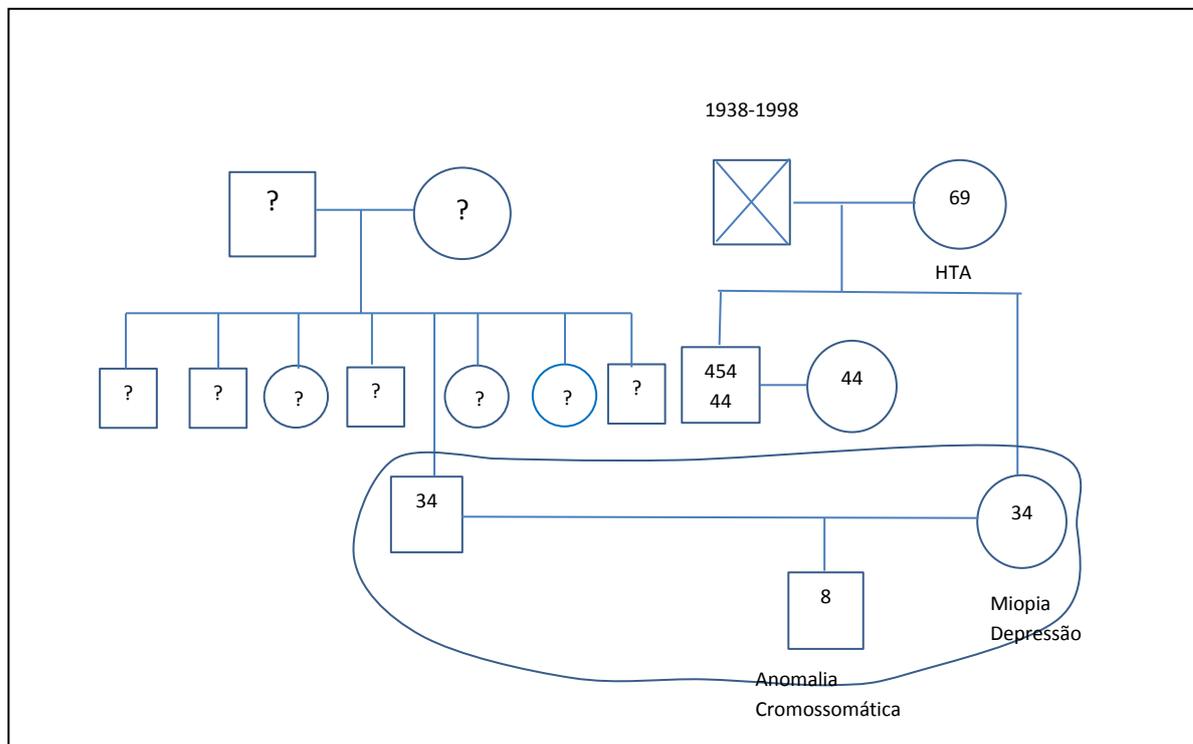
Data	09 / 07 / 2013	
Diagnóstico	Processo Familiar Disfuncional	
Crítérios de Diagnóstico	Comunicação não eficaz FACES II – Família Extrema	
Data CEF 02-12-2013	Intervenções	Avaliação
	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Otimizar padrão de assertividade - Validar o cumprimento do regime terapêutico - Validar comparência às consultas de psiquiatria 	<p>30-12-2013</p> <p>A mãe está a frequentar consulta de psiquiatria e está medicada.</p>

Estudo de Caso da Família 7

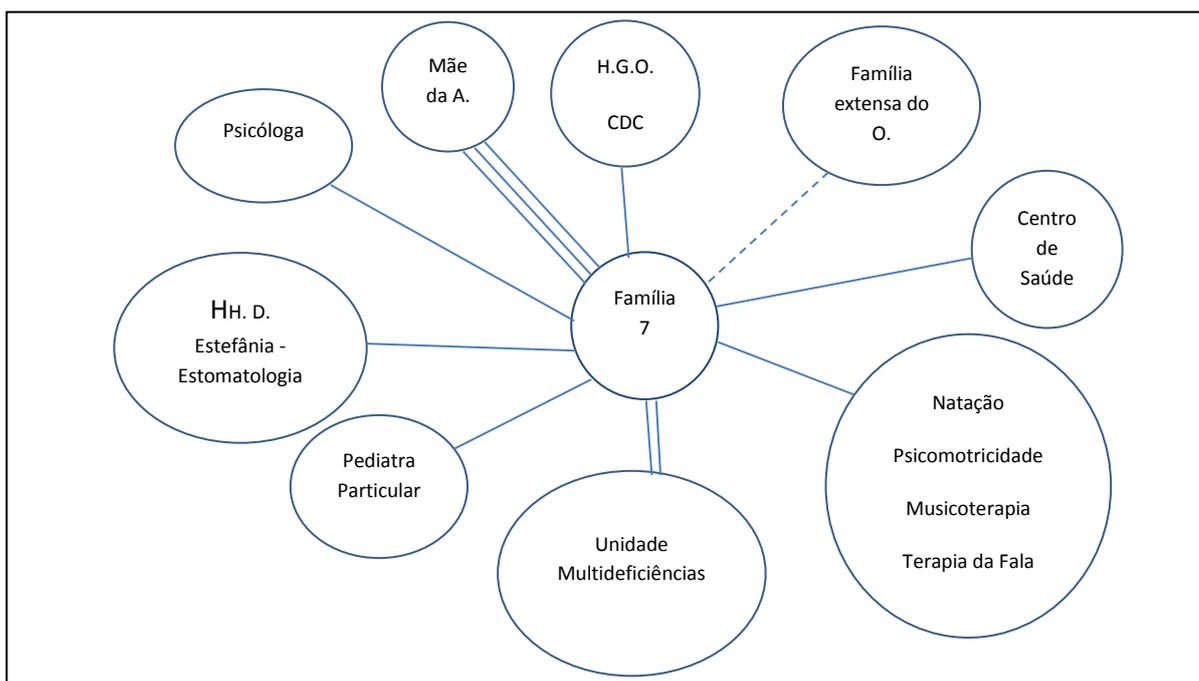
Avaliação familiar

1. Avaliação Estrutural

Genograma Familiar



Ecomapa Familiar



É uma família nuclear, constituída pela D. A., o Sr. O. e o JV. de 8 anos. O JV tem uma Anomalia Cromossomática. A D. A. tem como antecedentes pessoais Miopia e Depressão. A avó materna tem como antecedentes pessoais HTA e o avô paterno faleceu à cerca de 15 anos devido a um AVC. O casal vive em união de fato à cerca de 8 anos. Têm casa própria, apenas à cerca de um ano. Têm sempre vivido com a mãe de A., com a qual mantém um contato diário, recebendo apoio emocional, monetário e nas tarefas domésticas. Relativamente à família extensa do O. o contato é esporádico e por telefone, uma vez que toda a sua família vive em Angola. Após a aplicação da Escala de Graffar, esta família ficou classificada na Classe Média Baixa.

Tabela 7: Escala Internacional Social de Graffar

Item avaliado	Descrição	Grau
Profissão	O. – Desempregado A. – Auxiliar de Limpeza	5
Instrução	O. – 8 anos de escolaridade A. – 9 anos de escolaridade	3
Origem do rendimento familiar	Vencimentos inferior ao salário mínimo nacional	4
Habitação	Andar modesto com todas as infraestruturas e electrodomésticos necessários	4
Localização da habitação	Zona intermédia	3
Pontuação		19

2. Avaliação de desenvolvimento

Esta família encontra-se no estágio de família com filhos na escola.

Relativamente á satisfação conjugal o casal demonstra estar satisfeito com a comunicação e com o tempo que passam juntos. Neste momento partilham mais tempo um com o outro pois o O. Está desempregado e como a A. trabalhar durante a noite, ambos estão em casa enquanto o J. está na escola. Há satisfação relativamente à divisão das tarefas domésticas. A A. refere que o O. ajuda em algumas tarefas domésticas uma vez que está desempregado. Não pretendem ter mais filhos e utilizam a contraceção oral como método contraceutivo.

No que diz respeito ao papel parental e tendo em conta o estágio de desenvolvimento de família com filhos na escola foi identificado o papel parental não adequado uma vez que o

O. tem muita dificuldade em cumprir regras e faz muitas “birras”, segundo a mãe por vezes são excessivas e sem razão. Também tem um comportamento agressivo para com a mãe quando é contrariado.

O J. está adaptado ao contexto escolar, frequentando uma unidade de multideficiências de um agrupamento de escolas do concelho.

Não existe consenso do papel parental, uma vez que a A. refere que o O. deveria participar mais nos cuidados ao J. Não foram identificados conflitos do papel parental. Existe saturação do papel parental, uma vez que a mãe refere revolta e cansaço devido à situação de doença do O. Neste momento esta saturação, levou a A. a necessitar de apoio psicológico encontrando-se a aguardar consulta de Psiquiatria.

3. Avaliação Funcional

Existe um dos membros da família que é dependente no autocuidado em todas as atividades de vida, tendo em conta a sua idade. O J. não fala, comunica por gestos e através das expressões faciais. Deambula com alguma descoordenação mas de forma independente. Não tem controle de esfíncteres e usa fralda. Não come sozinho. A prestação de cuidados ao J. cabe à mãe e avó materna.

Não existe consenso do papel de prestador de cuidados. Foi identificada saturação do papel de prestador de cuidados, tal como no papel parental e comunicação familiar não eficaz.

Quanto ao processo familiar, os membros do casal estão satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos. O casal partilha sentimentos e passam muito tempo juntos. Porém a comunicação com o J. é muito difícil e o seu temperamento e comportamento ansioso e agressivo tem sido uma preocupação para a família.

Relativamente ao *coping* familiar, o casal resolve os problemas em conjunto, mas a A. tem mais iniciativa em determinadas situações, especialmente no que diz respeito ao filho.

A D. A desempenha o papel de provedor e de gestão financeira. O papel de cuidado doméstico e recreativo é desempenhado pelo casal.

Na relação dinâmica familiar é verbalizado que nenhum dos membros do casal tem mais poder que o outro. Tendo em consideração a família extensa, a mãe da A. têm uma relação muito próxima e ajuda-a no dia a dia.

Após a aplicação do FACES II, esta família é, relativamente à coesão, uma família desmembrada e quanto à adaptabilidade estruturada, sendo classificada segundo o modelo circunplexo de Olson, como uma família meio-termo.

A aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein classifica-a como uma família altamente funcional.

Na dimensão funcional foram assim identificados como diagnósticos, papel do prestador de cuidados não demonstrado devido a consenso de papel não demonstrado e saturação de papel demonstrado. Processo familiar não demonstrado devido a comunicação familiar não eficaz.

Diagnósticos de Enfermagem e Intervenção Familiar

Tendo em conta a priorização realizada na segunda etapa deste projeto, o papel parental não demonstrado foi considerado prioritário para esta intervenção. Foi posteriormente realizada validação com a família dos critérios diagnóstico identificados e realizada priorização de acordo com a perceção da família. A família considerou prioritário a saturação do papel parental.

Data	11-07-2013	
Diagnóstico	Rendimento familiar insuficiente	
Critérios de Diagnóstico	Escala de Graffar – Origem do rendimento familiar: Grau 4	
Data	Intervenções	Avaliação
CEF	Orientar a família para serviços sociais	07-01-2013
25-11-2013	Promover a gestão do rendimento familiar	A família está a receber apoio social.

Data	11 / 07 / 2013
Diagnóstico	Papel Parental não adequado
Critérios de Diagnóstico	Conhecimento do papel parental não demonstrado sobre higiene oral e cáries dentárias; sono e repouso adequado à criança; prevenção de acidentes; regras estruturantes adequado à criança. Comportamento de adesão não demonstrado sobre higiene oral e cáries dentárias; sono e repouso adequado à criança;

	prevenção de acidentes; regras estruturantes adequado à criança. - Consenso de papel não demonstrado - Saturação do papel demonstrado	
Data CEF 25-11-2013	Intervenções - Ensinar e motivar os pais sobre higiene oral, técnica da lavagem dos dentes e prevenção de cáries dentárias - Validar a presença nas consultas de estomatologia - Ensinar e motivar os pais sobre padrão de sono e repouso - Validar o cumprimento da medicação prescrita - Ensinar e motivar os pais sobre regras estruturantes. - Ensinar e motivar os pais sobre prevenção de acidentes.	Avaliação Visita Domiciliária: 09-12-2013 07-01-2014 A higiene oral é realizada com mais frequência. Está a ser seguido na estomatologia do H D Estefânia. O J. está mais calmo e com o ajuste de terapêutica dorme ligeiramente melhor. Aquando da VD o J. demonstrou-se muito recetivo e feliz com a visita. Estava calmo e afetuoso.

Data	11 / 07 / 2013	
Diagnóstico	Papel do prestador de cuidados não adequado	
Crítérios de Diagnóstico	- Conhecimento do papel do prestador de cuidados não demonstrado sobre Autocuidado higiene oral; Autocuidado sono e repouso O prestador de cuidados promove: Padrão de higiene oral adequado ao membro da família dependente não demonstrado padrão de sono e repouso adequado ao membro da família dependente não demonstrado - Consenso de papel não demonstrado - Saturação do papel demonstrado	
Data CEF 25-11-2013	Intervenções - Ensinar e motivar os pais sobre higiene oral, técnica da lavagem dos dentes e prevenção de cáries dentárias - Validar a presença nas consultas de estomatologia - Ensinar e motivar os pais sobre padrão de sono e repouso	Avaliação 07-01-2013 A higiene oral é realizada com mais frequência. Está a ser seguido na estomatologia do H D Estefânia. O J. está mais calmo e com o

	<ul style="list-style-type: none"> - Validar o cumprimento da medicação prescrita - promover a comunicação expressiva das emoções - avaliar os motivos de não consenso de papel - motivar a redefinição de papéis pelos membros - orientar para instituição de apoio psicológico - validar o cumprimento do regime terapêutico 	<p>ajuste de terapêutica dorme ligeiramente melhor.</p> <p>Os cuidados continuam a ser prestados pela mãe e pela avó. O pai tem um papel mais recreativo.</p> <p>A mãe refere que está mais calma, mas tem dias piores.</p>
--	--	---

Data	11-07-2013	
Diagnóstico	Processo Familiar Disfuncional	
Critérios de Diagnóstico	Comunicação não eficaz.	
Data	Intervenções	Avaliação
<p>CEF</p> <p>25-11-2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Otimizar padrão de assertividade - Assegurar a comparência às consultas de psicologia; - Validar cumprimento da medicação prescrita; - Validar a marcação da consulta de Psiquiatria. 	<p>07-01-2013</p> <p>A A. Está frequentar consultas de Psicologia, às quais o marido e a mãe também já compareceram. Toma a medicação prescrita. Aguarda consulta de psiquiatria no SNS. Vai tentar agendar no privado.</p> <p>Refere que está menos ansiosa mas que tem dias piores.</p>

Legenda dos genogramas e ecomapas

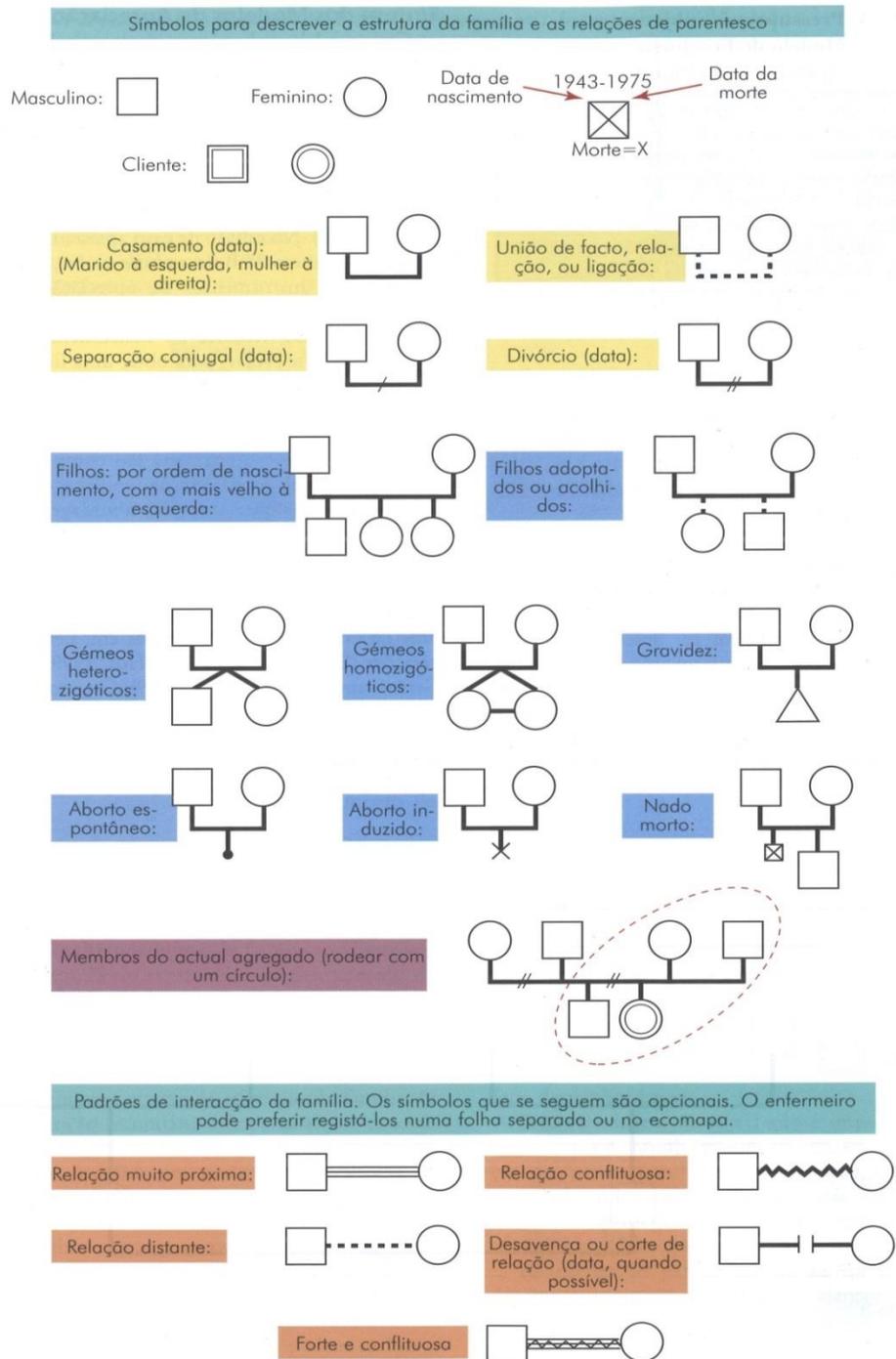


FIG. 24-9 Símbolos do genograma. (Modificado de McGoldrick M, Gerson R, Schellenburger S: *Genograms: assessment and intervention*, ed 2, New York, 1999, Norton.)

Fonte: Kaakiken, J.R. & Birenbaun, L. K. (2011). Desenvolvimento da Família e apreciação do desenvolvimento da família. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*.(Capítulo 24. p.574-604). 7ª edição. Lisboa: Lusodidacta.

**APÊNDICE XV - Guia orientador da Consulta de Enfermagem à
Família**



USF CSI Seixal

Guia orientador da consulta de enfermagem à família



Maria Inês Morita Penetra Carvalho

Seixal

2014

144

INTRODUÇÃO	4
1. CARATERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA	6
1.1. Local	6
1.2. Enfermeira Responsável	6
1.3. Horário	6
1.4. Recursos	6
1.4.1. Humanos	6
1.4.2. Materiais	6
1.4.3. Institucionais	6
1.5. Objetivo Geral da Consulta	6
1.6. Objetivos específicos da consulta	7
1.7. Critérios de inclusão na consulta	7
1.8. Referenciação	7
1.9. Preparação Operacional	7
1.10. Estrutura da consulta	7
1.11. Etapas da consulta de enfermagem à família e instrumentos de avaliação familiar	9
1.12. Distribuição da Consulta de Enfermagem à Família	9
2. AVALIAÇÃO FAMILIAR	10
2.1. Avaliação Estrutural	10
2.1.1. Composição Familiar	10
2.1.2. Tipo de família	12
2.1.3. Família extensa	12
2.1.4. Sistemas mais amplos	13

2.1.5. Classe Social	14
2.1.6. Edifício Residencial	14
2.1.7. Ambiente Biológico	14
2.2. Avaliação de desenvolvimento	15
2.2.1. Satisfação Conjugal	17
2.2.2. Planeamento Familiar	17
2.2.3. Adaptação à gravidez	18
2.2.4. Papel Parental	18
2.3. Avaliação Funcional	20
2.3.1. Papel do prestador de cuidados	20
2.3.2. Processo Familiar	21
3. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	28
4. CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

ANEXOS

ANEXO I – Documento de Referenciação à Consulta de Enfermagem à família na Fase Experimental

ANEXO II – Documento de Colheita de dados da Consulta de Enfermagem à Família

ANEXO III – Organograma – Fase Experimental

ANEXO IV - Guia de recursos na comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica

LISTA DE ABREVIATURAS

Pág.- Página

LISTA DE ACRÓNIMOS

APGAR - Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

FACES - Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

USF CSI – Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

INTRODUÇÃO

A implementação da consulta de enfermagem à família na USF CSI Seixal surge enquadrada no projeto de intervenção comunitária realizado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária.

No Diário da República, 1ª série – n.º 15 de 20 de Janeiro de 2012, consulta de enfermagem é definida “ como uma intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.” (Diário da República, 2012, p.352) Em contexto de Cuidados de Saúde Primários, a realização de uma consulta de enfermagem à família surge como uma estratégia importante e adequada a várias problemáticas da prática de enfermagem, permitindo intervir nos vários diagnósticos de enfermagem identificados em cada família e direcionar as intervenções para as suas prioridades.

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

A intervenção da enfermagem de família, organizada numa consulta de enfermagem à família, permite evidenciar a nossa prática através de registos sistemáticos e fundamentados no conhecimento científico, baseado na emergência de novos modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família como objeto de estudo. (Figueiredo, 2012, p.3) Também para a mesma autora “ a família, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, circunscritas essencialmente à dificuldade do sistema familiar em manter um funcionamento adequado, face a transições normativas ou acidentais”. (Figueiredo, 2012, p.72) Estas transições podem constituir

alterações das interações intra e inter subsistemas com impacto prejudicial nos membros da família, nos subsistemas ou no sistema familiar; alterações das interações inter sistemas com impacto prejudicial nos membros da família, nos subsistemas ou no

sistema familiar; a família está a experienciar uma crise acidental; um membro da família é portador de doença crónica, é dependente ou tem uma doença terminal; a família está a experienciar uma transição normativa decorrente dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital. (Figueiredo, 2012, p.72)

A elaboração deste guia orientador da consulta de enfermagem à família surge no contexto da implementação desta consulta na USF CSI Seixal. Sendo construído, no sentido de orientar a equipa de enfermagem na realização desta consulta foram propostos como objetivos para este guia:

- informar sobre a organização e funcionamento da consulta de enfermagem à família;
- clarificar conceitos relativos ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar;
- clarificar conceitos relativos a instrumentos de colheita de dados no âmbito da avaliação familiar;
- informar sobre os recursos existentes na comunidade para as famílias com crianças com doença crónica.

Este guia orientador começa por apresentar a caracterização da consulta de enfermagem à família e de seguida orienta a colheita de dados realizada na avaliação familiar. No terceiro capítulo desenvolve os diagnósticos e as intervenções de enfermagem na família. São também apresentados, o documento de referenciação à Consulta de Enfermagem à Família, o Organograma desta Consulta, o Documento de colheita de dados utilizado e o Guia de recursos na comunidade para famílias com crianças e adolescentes com doença crónica.

1. CARATERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

1.1. Local

A Consulta de Enfermagem à Família realizar-se-á na USF CSI Seixal, em sala a designar, consoante a organização do espaço no serviço.

1.2. Enfermeira Responsável

Enfermeira Maria Inês Carvalho

1.3. Horário

5ª feira das 14 às 16 horas

1.4. Recursos

1.4.1. Humanos

Equipa Multidisciplinar da USF CSI Seixal

1.4.2. Materiais

Sala de Enfermagem a designar

Computador e impressora

Documento de colheita de dados

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

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

1.4.3. Institucionais

Guia de Recursos na Comunidade

1.5. Objetivo Geral da Consulta

Promover o autocuidado nas famílias inscritas na USF CSI Seixal

1.6. Objetivos específicos da Consulta

Avaliar as famílias inscritas na USF CSI Seixal

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

Intervir nas famílias inscritas na USF CSI Seixal

1.7. Critérios de inclusão na consulta

Famílias inscritas na USF CSI Seixal

1.8. Referenciação

Nesta fase de implementação da consulta, a referenciação pode ser efetuada pela equipa multiprofissional da USF CSI Seixal e da UCC do Seixal, à enfermeira responsável em documento próprio (ANEXO I) que deve conter:

Profissional que referencia

Identificação dos membros da família

Morada atualizada

Contato telefónico atualizado

Resumo da situação atual e/ou Problemática identificada

Numa fase posterior preconiza-se que a avaliação seja efetuada pelo enfermeiro de família que ao encaminhar para outras instituições da comunidade, nomeadamente a UCC, vai utilizar o documento de colheita de dados (ANEXOII) para esta referenciação e passagem de conhecimento sobre a família, baseada no MDAIF.

1.9. Preparação Operacional

A preparação operacional da Consulta de Enfermagem à família decorrerá do dia 14 de Outubro a 29 de Novembro de 2013.

Terá início a 5 de Dezembro de 2013 e posteriormente será planeada a implementação pela restante equipa de enfermagem.

1.10. Estrutura da consulta

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

interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre a família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objectivos e o planeamento da intervenção ou o contrato de ação com a família. Na implementação dos planos de acção, o enfermeiro especialista negocia com os elementos do agregado familiar e os recursos de apoio da comunidade os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1)

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

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

- realiza a avaliação, qualquer que seja contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento, e funcionamento;
- reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4)

Neste sentido, a avaliação familiar será a primeira etapa desta consulta e está organizada em avaliação da estrutura, avaliação do desenvolvimento e avaliação do funcionamento familiar. Neste âmbito o MDAIF, vem trazer bastantes contributos, nomeadamente no que diz respeito ao documento de colheita de dados (ANEXOII), desenvolvido por Figueiredo (2012) que é uma base importante para a avaliação familiar.

O organograma da consulta de enfermagem, sintetiza a sua organização, estrutura e instrumentos e recursos utilizados nesta fase experimental, bem como, o circuito que neste momento está a ser dinamizado (ANEXO III).

1.11. Etapas da consulta de enfermagem à família e instrumentos de avaliação familiar

Quadro 1: Etapas da Consulta de Enfermagem à Família disponibilidade dos instrumentos de avaliação familiar

Etapas da consulta de enfermagem à família	Instrumentos de avaliação familiar	Disponível no Medicine One	Disponível em suporte de papel
Estrutural	Genograma		x
	Ecomapa		x
	Escala Internacional de Classificação Social de Graffar	x	
De desenvolvimento	Etapa do ciclo vital – Evelyn Duval	x	
	Tarefas de desenvolvimento – Adaptabilidade FACES II		x
	Vínculos – Coesão FACES II		x
Funcional	Escala de Readapção Social de Holmes e Rahe	x	
	FACES II		
	APGAR de Smilkestein	x	x

1.12. Distribuição da Consulta de Enfermagem à Família

Enfermeira	Horário
1	5ª feira das 14 horas às 16 horas
2	
3	
4	
5	

2. AVALIAÇÃO FAMILIAR

2.1. Avaliação Estrutural

2.1.1. Composição Familiar

Na avaliação estrutural pretende-se identificar a composição da família através da construção do genograma familiar. O genograma apresenta-se em formato de uma árvore genealógica, registando a informação acerca dos membros da família e das suas relações, ao longo de pelo menos três gerações. É uma fonte de informação para planejar estratégias de intervenção, apresentando a família do ponto de vista visual e gráfico, de forma a proporcionar uma visão geral rápida das complexidades da família". (Hanson, 2005, p.189)

Deve conter :

- nome preferido dos seus membros;
- Sexo
- Data de Nascimento
- Parentesco/Afinidade
- Ordem de nascimento dos filhos
- Divórcio/Óbitos/Adoções ocorridas
- Estado civil

Figura 1: Símbolos para realização do genograma

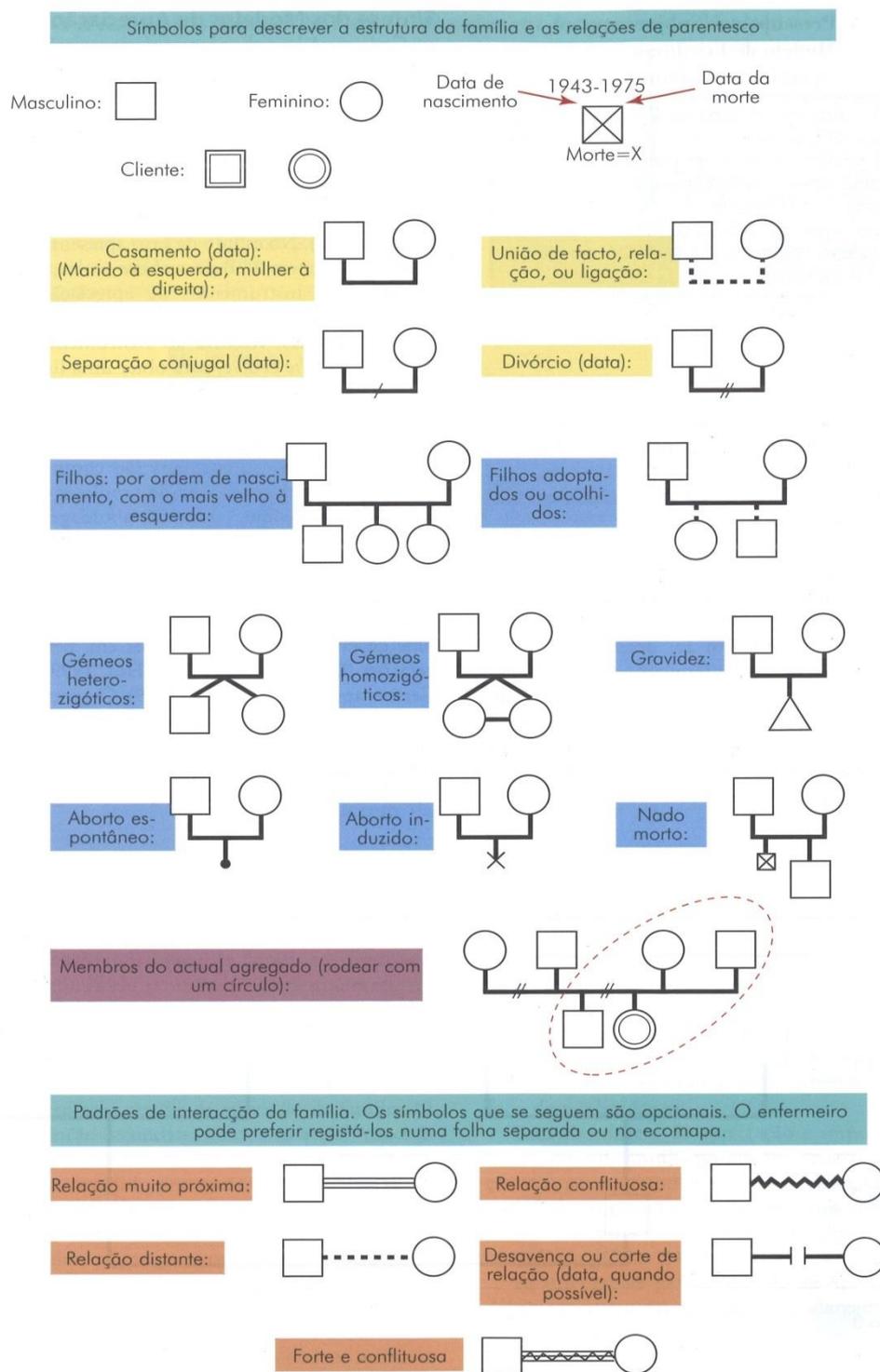


FIG. 24-9 Símbolos do genograma. (Modificado de McGoldrick M, Gerson R, Schellenburger S: *Genograms: assessment and intervention*, ed 2, New York, 1999, Norton.)

Fonte: Kaakiken, J.R. & Birenbaun, L. K. (2011). Desenvolvimento da Família e apreciação do desenvolvimento da família. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*.(Capítulo 24. p.574-604). 7ª edição. Lisboa: Lusodidacta.

2.1.2. Tipo de família

Segundo Figueiredo (2012, p. 73), “caracterizando a família quanto ao tipo, inventaria a sua composição e os vínculos entre os seus elementos, tendo em conta as suas funções internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento”. As famílias podem ser classificadas em:

Casal – Homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não ser legalmente casados;

Família Nuclear – Homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adoptados e podendo ser ou não legalmente casados; casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adoptados e podendo ser ou não legalmente casados;

Família reconstruída (recombinada) – casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse casamento;

Família monoparental – constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental;

Coabitação – homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação;

Família institucional - reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos;

Comuna – grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de subsistemas associados a grupos domésticos

Unipessoal – uma pessoa numa habitação

Alargada – constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco.

2.1.3. Família extensa

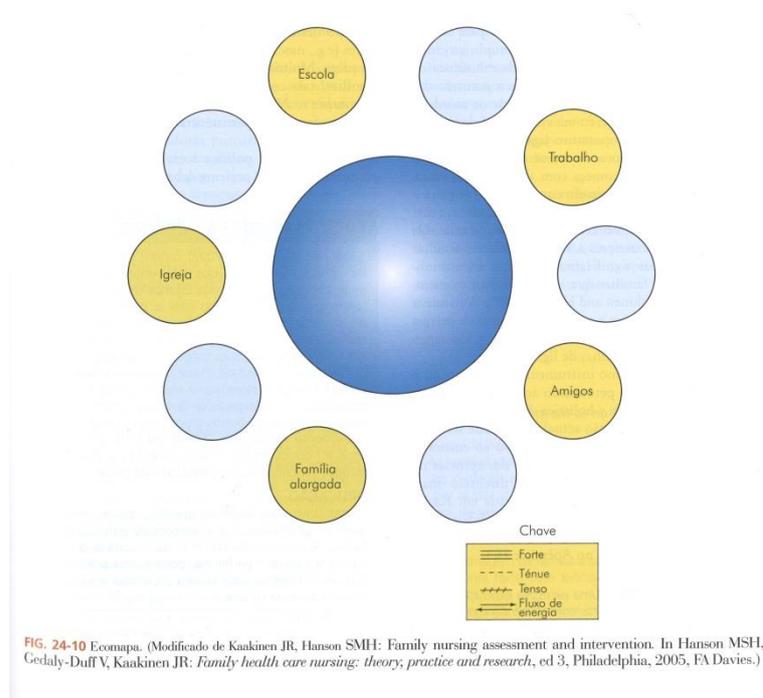
Pretende-se identificar o tipo de contato com a família extensa, através de telefone, pessoalmente ou por email; a intensidade do contato, diário, semanal, quinzenal ou mensal; e as funções destas relações, nomeadamente, companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contactos.

2.1.4. Sistemas mais amplos

Nos sistemas mais amplos pretende-se a construção de um ecomapa. O “ecomapa é uma representação visual da unidade familiar, em relação à comunidade; mostra a natureza das relações entre os membros da família e entre estes e o mundo que os rodeia”. (Hanson, 2005, p.190)”

Devem estar presentes instituições sociais ou pessoas significativas não pertencentes à família que esta considera significativas ou diferenciadas. Inclui instituições de ensino, instituições de saúde, instituições religiosas, instituições de lazer e cultura, contexto profissional e amigos.

Figura 2: Exemplo de Ecomapa Familiar



2.1.5. Classe Social

Para avaliação desta dimensão deve-se aplicar a Escala Internacional Social de Graffar. Esta escala encontra-se disponível no sistema de informação da USF no processo de cada utente. Para o seu preenchimento deve:

- Selecionar a família a avaliar;
- Selecionar Processo Familiar;

- Selecionar opção Graffar;
- Preencher os itens, profissão (segundo a profissão exercida pelo pai ou pela mãe se tiver um nível mais alto), instrução, fonte de rendimento, tipo de habitação e rendimento;
- O sistema de informação classifica de seguida a classe social, como alta, média alta, média, média baixa ou baixa.

Se o item “Origem do Rendimento Familiar” for classificado no grau 4 ou grau 5 deve-se avaliar mais atentamente a área do rendimento familiar.

Se o item “Tipo de Habitação” for classificado no grau 4 ou grau 5 deve-se avaliar mais atentamente o Edifício Residencial.

2.1.6. Edifício Residencial

É definido por Figueiredo (2012, p. 75) “como o espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e protecção”. Devem ser identificadas as barreiras arquitectónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de água e gás, bem como a higiene da habitação.

2.1.7. Ambiente Biológico

Deve-se ter em conta o risco biológico que advém do contato com animais domésticos e avaliar a vacinação do animal, a desparasitação, bem como a sua higiene e dos locais circundantes.

2.2. Dimensão de Desenvolvimento

A abordagem do ciclo vital é fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem centrados na família. A avaliação de desenvolvimento da família possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família e possibilita a concretização de cuidados antecipatórios promovendo a capacitação da família.

Segundo Wright & Leahey (2002, p.95), “ciclo vital refere-se à trajectória típica que a maioria das famílias percorre”. Relvas (2000), citado por Figueiredo (2012, p. 78), as etapas que constituem o ciclo vital da família são: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Para enquadrar cada família nestas etapas, tem-se em conta a idade do filho mais velho. Porém, estas etapas e as tarefas de desenvolvimento a elas inerentes não são estanques e vão-se relacionando entre si.

Na avaliação de desenvolvimento é essencial ter em atenção as tarefas de desenvolvimento inerentes a cada etapa e “implícitos à vida dos membros da família” (Wright & Leahey, 2002, p.97), bem como “ser apropriado avaliar os vínculos afectivos entre os membros da família” (Wright & Leahey, 2002, p.97).

Assim, as autoras fazem referência às várias tarefas e vínculos afectivos para cada etapa de desenvolvimento. A posterior aplicação do FACES II, na avaliação funcional, pode-se relacionar com a avaliação das tarefas e dos vínculos. A capacidade que as famílias possuem de ultrapassar as tarefas de desenvolvimento relaciona-se com a adaptabilidade avaliada pelo FACES e os vínculos afectivos relacionam-se com a coesão.

A tabela seguinte esquematiza a etapa do ciclo vital da família com as tarefas de desenvolvimento e os vínculos segundo Wright & Leahey (2002)

Quadro 2 : Tarefas de desenvolvimento e os vínculos segundo a etapa do ciclo vital da família

Etapa ciclo vital	Tarefas de desenvolvimento	Vínculos
Formação do casal	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento da identidade do casal; - Realinhamento de relacionamentos com famílias extensas para incluir o cônjuge; - Decisões sobre a paternidade 	Desenvolvimento de laços emocionais íntimos entre os membros do casal.
Família com filhos pequenos e com filhos na escola	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste do sistema conjugal para dar espaço ao filho; - União das tarefas de educação dos filhos, financeiras e domésticas; - Realinhamento de relacionamentos com a família extensa para incluir os papéis de parentes e avós 	Os pais precisam manter um laço conjugal e conversações pessoais centradas noutros temas, além daquelas centradas nos filhos. Os filhos precisam de segurança e de ligações calorosas com os adultos. Precisam de desenvolver relacionamentos positivos com os irmãos.
Família com filhos adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração do relacionamento entre pais-filho para permitir aos adolescentes movimentarem-se dentro e fora do sistema; - Reenfocar as questões inerentes à vida conjugal e de carreira; - Começar a mudar no sentido de se unir no cuidado da geração idosa 	Os adolescentes envolvem-se mais, de modo crescente, com os amigos do que com outros membros da família. O casal necessita de reinvestir no relacionamento conjugal.

<p>Família com filhos adultos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renegociação do casal como díade; - Desenvolvimento de relacionamentos adulto-adulto entre filhos adultos e pais; - Realinhamento dos relacionamentos entre filhos adultos e enteados; - Lidar com a incapacidade e a morte dos avós. 	<p>Cada membro da família continua a ter interesses externos e a estabelecer novos papéis.</p>
<p>Família no final da vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção do próprio funcionamento e do funcionamento do casal e interesse diante do declínio fisiológico: exploração de novas opções de papéis familiares e sociais. - Abrindo espaço, no sistema, para a sabedoria e a experiência dos idosos; - Lidando com a perda do cônjuge, irmãos e outros companheiros e a preparação para a morte. 	<p>O casal modifica o relacionamento conjugal. Existe uma interdependência apropriada com a geração subsequente.</p>

Após a identificação da etapa do Ciclo Vital em que a família se encontra selecionam-se as áreas de avaliação de maior relevância, tendo também em conta as características estruturais e funcionais da família, de acordo com a Tabela 3.

Quadro 3 : Áreas a avaliar segundo a etapa do ciclo vital da família

Etapa do ciclo vital	Áreas a avaliar
Formação do casal	Satisfação conjugal, Planeamento Familiar Adaptação à gravidez (em caso de gravidez)
Família com filhos pequenos	Satisfação conjugal,
Família com filhos na escola	Planeamento Familiar (até o casal ser fértil) Adaptação à gravidez (em caso de gravidez) Papel parental
Família com filhos adolescentes	(consoante a idade dos filhos)
Família com filhos adultos	

2.2.1. Satisfação Conjugal

A satisfação conjugal “centra-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, (...) nas suas múltiplas vertentes”. Para avaliar a satisfação conjugal foram definidas as seguintes dimensões operativas:

Relação dinâmica do casal – centra-se na partilha de responsabilidades, na possibilidade de expressão dos sentimentos e emoções e na flexibilidade de papéis.

Comunicação do casal – reporta-se à possibilidade de diálogo entre os elementos sobre as expectativas e receios, o acordo face à discordância de opiniões e a satisfação face ao padrão de comunicação.

Interacção Sexual – inclui dados referentes à satisfação do casal com o seu padrão de sexualidade e o conhecimento sobre sexualidade.

Função sexual – integra dados que visam avaliar a existência de disfunções sexuais e o conhecimento do casal sobre as estratégias de resolução.

2.2.2. Planeamento Familiar

Segundo Figueiredo (2012, p. 81) o planeamento familiar está associado “ à tomada de decisão do casal relativamente à regulação do número de filhos e espaçamento entre os mesmos”. A avaliação no âmbito do planeamento familiar integra as seguintes dimensões operativas:

Fertilidade – Deve-se registar se o casal quer ter mais filhos. Se houver alterações na fertilidade validar se o casal conhece os recursos em termos de fertilidade existentes.

Uso de contraceptivos – Deve-se registar o método contraceptivo utilizado, se houver interrupção do seu uso e qual o motivo, se há satisfação no método contraceptivo que se encontram a utilizar. Deve-se registar o conhecimento do casal sobre os métodos contraceptivos.

Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional - Deve-se registar o conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional.

Conhecimento sobre reprodução e fertilidade – Deve-se registar o conhecimento do casal sobre ciclo sexual da mulher, anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e masculino, fecundação e gravidez, espaçamento entre gravidezes e desvantagens de uma gravidez não desejada/planeada.

2.2.3. Adaptação à gravidez

A adaptação à gravidez é definida por Figueiredo (2012, p. 83) “ como as atitudes interacionais do casal que traduzem comportamentos de ajustamento à gravidez(...)” Na avaliação da adaptação à gravidez deve-se ter em conta o conhecimento do casal relativamente aos direitos sociais, às etapas de adaptação à gravidez, às alterações

fisiológicas da gravidez, à nova etapa do ciclo vital, à vigilância de saúde, ao curso de preparação para o parto, ao desenvolvimento fetal, ao puerpério, à vigilância de saúde do recém-nascido, à preparação do enxoval, à prevenção de acidentes do recém-nascido, à alimentação do recém-nascido. São também avaliados os comportamentos de adesão e a comunicação do casal nesta fase.

2.2.4. Papel Parental

Segundo Figueiredo (2012, p.85) “ o papel parental é definido como o padrão de interação, que integra o conhecimento e aptidão para o desenvolvimento de comportamentos em reciprocidade, que permitam a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança”. Na descrição do conceito, segundo a CIPE versão 2 (2010,p.66) o papel parental

é interagir de acordo com as responsabilidades de ser pai; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar essas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento desenvolvimento óptimos de um filho dependente.

A tensão no desempenho do papel parental, pode estar relacionado com falta de conhecimento do papel, falta de consenso do papel, conflito de papel e saturação de papel.

Consenso do papel – Existe aceitação dos membros da família face às expectativas associadas ao papel. Exprime-se pelas expectativas positivas associadas ao desempenho do mesmo.

Conflito do papel – encontra-se quando as expectativas ligadas ao desempenho dos papéis ou de um papel são incompatíveis, muitas vezes pela sobrecarga de papéis familiares. Origina tensão no exercício do papel parental tanto pela dificuldade de conciliação dos vários papéis como pela dificuldade de realização das tarefas.

Saturação do papel – Existe quando o membro da família ou os membros que desempenham o papel, não têm recursos de tempo ou energia para desempenhar eficazmente as tarefas inerentes ao mesmo. Está muitas vezes associada à sobrecarga física e emocional.

Para cada etapa do ciclo vital da família serão avaliados:

Conhecimentos do papel parental: deve-se assinalar Sim, quando os pais possuem conhecimentos sobre cada categoria avaliativa e não quando não possuem.

Comportamentos de adesão: deve-se assinalar Sim, quando os pais demonstram comportamentos de adesão sobre cada categoria avaliativa e não quando não demonstram.

Consenso do papel: Deve-se assinalar Sim ou Não tendo em conta a definição anterior.

Conflito do papel: Deve-se assinalar Sim ou Não tendo em conta a definição anterior.

Saturação do papel: Deve-se assinalar Sim ou Não tendo em conta a definição anterior.

2.3. Avaliação Funcional

A avaliação funcional integra duas dimensões importantes do funcionamento da família, a instrumental, que se relaciona com as atividades quotidianas da família e a expressiva, que enfatiza as interações entre os membros da família. Assim, integra-se nesta avaliação a definição do Papel do prestador de cuidados, que enfatiza a dimensão instrumental, e o Processo Familiar que destaca a dimensão expressiva.

2.3.1. Papel do prestador de cuidados

O papel do prestador de cuidados, segundo Figueiredo (2012, p.93), “ corresponde ao padrão interacional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no autocuidado, por razões que emergem da situação de doença”.

Nesta definição deve-se avaliar o conhecimentos do prestador de cuidados, os comportamentos de adesão do prestador de cuidados, o consenso do papel, o conflito do papel e a saturação do papel.

O conhecimento do papel refere-se “à aprendizagem cognitiva e prática que permite aos membros da família prestadores de cuidados, desenvolverem eficazmente as tarefas direcionadas ao membro com dependência do autocuidado” (Figueiredo, 2012, p.93). Realiza-se a avaliação face ao vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono e repouso, atividade de lazer, atividade física. É também incluída a avaliação da gestão do regime terapêutico, da autovigilância e da autoadministração de medicamentos.

Regista-se para cada tipo de autocuidado, Sim, se o membro for dependente e Não se o membro for independente. Deve ser também registado para cada tipo de autocuidado qual o prestador de cuidados: membro da família, membro da família extensa, vizinho, ajudante familiar, ou especificar outro.

No conhecimento do papel de prestador de cuidados, regista-se em cada item, Sim, se o prestador de cuidados possuir conhecimentos sobre determinado assunto e Não se o prestador de cuidados não possuir conhecimentos sobre determinado assunto.

Nos comportamentos de adesão são avaliadas a estimulação da independência, a promoção da higiene adequada, a promoção do vestuário adequado, a promoção da ingestão nutricional adequada, a aquisição de equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário, promoção do sono e repouso adequado, a promoção de atividades recreativas adequadas, a assistência nas atividades de autovigilância.

2.3.2. Processo Familiar

O processo familiar centra-se nas relações e na interação entre os membros da família, permitindo concluir acerca do funcionamento familiar. Avalia-se a comunicação familiar, o *coping* familiar, a interação de papéis familiares, a relação dinâmica e as crenças familiares.

Para avaliação do processo familiar, o modelo sugere a aplicação da **Escala de Readaptação Social** (disponível no processo do utente no Medicine One). É composta por um questionário, que deve ser preenchido pelo utente. Tem 43 eventos e correlaciona esses eventos de vida com o stress e a doença, tendo como base os acontecimentos ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano. Os autores identificaram uma correlação significativa entre situações de stress ou crise e o possível aparecimento de doenças psicossomáticas. A cada uma das situações de vida é atribuída uma pontuação, numa escala de 11 a 100. Quando o score obtido é superior a 300, sugere 80% da ocorrência de doença física ou mental, nos vários elementos da família. (Figueiredo, 2013, p.19)

Para a sua aplicação, pode-se utilizar também a escala presente no processo familiar. Seleciona-se o processo familiar e na parte inferior da página a opção Holmes e Rhae. De seguida seleciona-se os eventos de vida ocorridos na família no passado ano e o sistema de informação calcula o score.

Score de 150 a 200 pontos – 37% de probabilidade de ocorrência de doença

Score de 200 a 300 pontos – 50% de probabilidade de ocorrência de doença

Score superior a 300 pontos – 89% de probabilidade de ocorrência de doença

Comunicação Familiar

A comunicação familiar traduz-se nas interações entre os membros da família e no sistema como um todo. Avalia-se a expressão de sentimentos, a comunicação verbal e não verbal, bem como a forma como a comunicação familiar afeta cada elemento.

Coping Familiar

O coping familiar é definido por Figueiredo (2012, P.97) como “comportamentos de mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar, dando resposta aos factores de stress intra ou extra-familiares”. Assim, é importante avaliar como a família tem resolvido os seus problemas, se há algum elemento mais activo na resolução de problemas, a participação de todos os elementos e as experiências anteriores de resolução de problemas.

Interação de papéis Familiares

Para além do papel parental e do papel de prestador de cuidados, consideram-se nesta fase outros papéis familiares, nomeadamente:

Papel de Provedor – relacionado com a entrada de bens financeiros

Papel de gestão financeira – integra as tarefas associadas à gestão dos bens

Papel de cuidado doméstico – associado ao desempenho das tarefas domésticas

Papel recreativo – relacionado com a iniciativa de atividades lúdicas

Papel de parente – relacionado com a manutenção do contato com a restante família e amigos.

Deve ser avaliado o consenso, o conflito e a saturação para cada um dos papeis familiares.

Relação Dinâmica

Para completar a avaliação do processo familiar, integra-se na relação dinâmica a aplicação do FACES II e do APGAR Familiar Smilkstein.

- FACES II

O Modelo Circumplexo foca-se nas três dimensões centrais do sistema familiar, a coesão, a adaptabilidade e a comunicação familiares, que são avaliados através da aplicação do FACES II.

A coesão familiar é definida como o vínculo emocional que existe entre os membros da família, bem como, o nível de autonomia que os membros experienciam entre si no seio da família. Para avaliar a coesão familiar este modelo integra conceitos como laços emocionais, limites familiares, coligações, tempo, espaço, amigos, decisões e interesses e lazer. A coesão pode ser classificada em quatro níveis. A desmembrada, corresponde ao nível mais

baixo de coesão familiar e caracteriza-se por fracos vínculos familiares e elevada autonomia pessoal. Os dois níveis intermédios correspondem a modos de coesão equilibrados, são eles a separada e a ligada. Estes dois níveis intermédios caracterizam-se pela capacidade que cada membro da família possui de se relacionar de forma equilibrada e independente. No extremo da coesão máxima situam-se as famílias muito ligadas, que se caracterizam por vínculos emocionais intensos e fraca autonomia individual. (Olson, 2000)

A adaptabilidade familiar está relacionada com a capacidade de mudança do sistema familiar, no âmbito da liderança, desempenho de papéis e regras. Está associada a conceitos tais como, a imposição, a liderança, a disciplina, a negociação, os papéis e regras. As famílias podem ser classificadas, em rígida, correspondendo ao nível de adaptabilidade mais baixa. Estas famílias possuem uma liderança autoritária, ausência de negociação, com regras e papéis bem definidos. Os níveis intermédios de adaptabilidade correspondem às famílias estruturadas, flexíveis, que se caracterizam pela ocorrência de uma liderança partilhada, com papéis e regras estáveis, mas alteráveis. As famílias cujo nível de adaptabilidade seja muito alto, são denominadas de caóticas, em que não existe líder, os papéis e as regras não são estabelecidos, havendo ausência de controle paterno. (Cano & Lorente, 2003)

Através da combinação dos quatro níveis de coesão, com os quatro níveis de adaptabilidade, obtém-se dezasseis tipos de famílias, que são agrupados em três níveis mais gerais: famílias equilibradas (níveis médios de coesão e adaptabilidade), famílias meio-termo (valores médios para uma dimensão), e famílias extremas (valores extremos para as duas dimensões). (Olson, 1985, 2000)

A terceira dimensão, a comunicação familiar é considerada a dimensão facilitadora pois permite o movimento entre a coesão e a adaptabilidade. É através da mudança da comunicação familiar que se altera o seu tipo de coesão e adaptabilidade.

A FACES II é um instrumento de colheita de dados que utiliza uma escala tipo likert, de frequência ascendente. Todos ou a maior parte dos seus membros (com mais de 12 anos e que saibam ler) devem responder, de modo a poder capturar-se a complexidade desse sistema familiar. Esta escala é composta por trinta itens, dezasseis itens pertencem à dimensão de Coesão e catorze à de Adaptabilidade (Fernandes, 1995).

Após o preenchimento por parte dos elementos da família, para avaliar a adaptabilidade faz-se o somatório das questões com número par, (excepto o item 30), tendo em conta a cotação positiva ou negativa, tal como é demonstrado na Quadro 4. As questões com

número ímpar e o item 30, que correspondem à dimensão coesão são também somados tendo em conta cotações positivas ou negativas.

Quadro 4: Itens relacionados com a coesão e adaptabilidade e cotações negativas e positivas a aplicar.

Item da Coesão	Itens da Adaptabilidade
Laços Emocionais: (+) 1, (-) 17.	Imposição: (+) 2, (+) 14, (-) 28.
Limites Familiares: (-) 3, (-) 19.	Liderança: (+) 4, (+) 16.
Coligações (-) 9, (-) 29.	Disciplina: (+) 6 (+) 18
Tempo: (+) 7, (+) 23.	Negociação: (+) 8, (+) 20, (+) 26.
Espaço: (+) 5, (-) 25.	Papéis: (+) 10, (+) 22.
Amigos: (+) 11, (+) 27.	Regras: (+) 12, (-) 24.
Decisões: (+) 13, (+) 21.	
Interesses e Lazer: (-) 15, (+) 30.	

Fonte: Fernandes, O. (1995). Família e Emigração. Tese de Mestrado, Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Através do quadro 5, classificam-se quanto ao tipo de coesão e adaptabilidade, e interpreta-se os resultados do FACES II, calculando a média entre a coesão e a adaptabilidade e determinando o tipo de família ($\text{Tipo de Família} = \text{Coesão} + \text{Adaptabilidade} / 2$).

Quadro 5 : Scores e Interpretação do FACES II

Coesão		
8	80 - 74	Muito ligada
7	73 – 71	
6	70 – 65	Ligada
5	64 – 60	
4	59 – 55	Separada
3	54 – 51	
2	50 – 35	Desmembrada
1	34 – 15	
Adaptabilidade		
8	70 – 65	Muito Flexível
7	64 – 55	
6	54 – 50	Flexível
5	49 – 46	
4	45 – 43	Estruturada
3	42 – 40	
2	39 – 30	Rígida
1	29 - 15	
Tipo de Família		
8	Muito Equilibrada	
6	Equilibrada	
4	Meio-Termo	
2	Extrema	

Fonte: Fernandes, O. (1995). Família e Emigração. Tese de Mestrado, Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

- APGAR Familiar de Smilkstein

O APGAR Familiar de Smilkstein, pretende avaliar funcionamento familiar, através da perceção que cada um dos membros tem do funcionamento familiar e o seu grau de satisfação. Integra cinco variáveis de avaliação do funcionamento familiar:

Adaptação (*Adaptability*) – satisfação dos membros relativamente à assistência recebida pela família

Participação (*Partnership*) – satisfação dos membros acerca do modo como as decisões são partilhadas

Crescimento (*Growth*) – perceção sobre a flexibilidade familiar relativa à mudança de papéis

Afecto (*Affection*) – satisfação sobre a partilha de experiências emocionais

Decisão (*Resolve*) – satisfação da partilha do tempo, espaço e recursos na família

Esta escala é composta por cinco questões, às quais deve ser dada uma de três respostas, numa escala de 0 a 10. Após o somatório as famílias são classificadas em altamente funcional (sete a 10 pontos); com moderada disfunção (quatro a seis pontos); e com disfunção acentuada (zero a três pontos).

Crenças Familiares

As crenças familiares constituem “valores integrados pelas famílias que influenciam a tomada de decisão relativamente a solução de problemas e aos comportamentos de saúde.”(Figueiredo, 2012, p.100) Engloba-se assim, um conjunto de crenças, nomeadamente:

Crenças de saúde: reportam-se às convicções que influenciam os comportamentos de saúde e que afetam o estado de saúde.

Crenças religiosas: relacionada com a relação da família com Deus.

Crenças espirituais: relacionada com princípios que ultrapassam a natureza biológica e influenciam os rituais da família.

Crenças em valores: integram premissas relacionadas com o funcionamento da família.

Crenças culturais: são os valores difundidos sobre o que é desejável e que visem a aceitação dos valores sociais.

Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde: integram as expectativas e perceções da família sobre as contribuições dos mesmos para a promoção da saúde familiar.

3. Diagnósticos e Intervenção de Enfermagem

O Plano de Cuidados de Enfermagem integra os diagnósticos de enfermagem identificados e a data, as intervenções de enfermagem planeadas e a sua avaliação.

Para a construção dos diagnósticos de enfermagem, deve-se incluir um termo do eixo do foco e um termo do eixo do juízo ou outros termos de outros eixos se necessário. (CIPE 2, 2010,p.159)

O Quadro6, permite identificar os diagnósticos e os subconjuntos diagnósticos para cada dimensão familiar segundo o MDAIF.

Quadro 6 : Diagnósticos de enfermagem em cada dimensão familiar segundo o MDAIF.

Dimensão Familiar	Diagnóstico e subconjuntos diagnósticos
Estrutural	<ul style="list-style-type: none">-Rendimento Familiar Insuficiente-Edifício residencial Não Seguro/Negligenciado-Precaução de Segurança Não Demonstrada-Abastecimento de Água Não Adequado-Animal doméstico Negligenciado
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Satisfação Conjugal Não mantidaRelação Dinâmica Não DisfuncionalComunicação Não EficazInteração Sexual Não AdequadaFunção sexual Comprometida- Planeamento Familiar Não EficazFertilidade ComprometidaConhecimento sobre Vigilância Pré-concepcional não demonstradoUso de contraceptivo não adequadoConhecimento sobre reprodução não demonstrado- Adaptação à gravidez não adequadaConhecimento não demonstradoComunicação não eficazComportamentos de adesão não demonstrado

	<ul style="list-style-type: none"> - Papel parental não adequado Conhecimento do papel não demonstrado Comportamentos de adesão não demonstrado Adaptação da família à escola não eficaz Consenso do papel Não, conflitos de papel Sim, saturação de papel Sim
Funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Papel do prestador de cuidados não adequado Conhecimento do papel não demonstrado Comportamentos de adesão não demonstrado - Processo familiar Disfuncional Comunicação familiar não eficaz Coping familiar não eficaz Interação de papéis não eficaz Interação de papéis conflitual Relação Dinâmica Disfuncional

Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência

A regularidade das consultas seguintes, deverá ser registada no plano de cuidados e adequada aos diagnósticos identificados e às intervenções realizadas.

As intervenções de enfermagem planeadas devem ter em conta os conceitos presentes na CIPE 2 (2010). Para a construção de intervenções de enfermagem deve-se incluir um termo do eixo de ação e pelo menos um termo alvo, que pode ser de qualquer eixo exceto do eixo juízo. (CIPE 2, 2010, p.159)

O Quadro 7, reúne informação sobre os diagnósticos, intervenções e os resultados de enfermagem, articulando com os conceitos da CIPE utilizados ao nível das ações, focos, juízos e recursos

Quadro 7 : Organização de conceitos relativos aos diagnósticos e intervenções de enfermagem

7 Eixos	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Processo de Enfermagem							
Diagnósticos de Enfermagem		Família	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimento Familiar -Edifício residencial -Precaução de Segurança -Abastecimento de Água -Animal doméstico - Satisfação Conjugal - Planeamento Familiar - Adaptação à gravidez - Papel parental - Papel do prestador de cuidados - Processo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Atual Risco Demonstrado Eficaz Adequado Comprometido Insuficiente Negligenciado Mantido 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de Enfermagem - Domicílio 		
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhar Apoiar Assegurar Avaliar 					<ul style="list-style-type: none"> - Equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal - URAP do ACES Almada Seixal (serviço social, psicologia, higienista oral) 	

	<p>Colaborar</p> <p>Consultar</p> <p>Encorajar</p> <p>Ensinar</p> <p>Explicar</p> <p>Facilitar</p> <p>Gerir</p> <p>Identificar</p> <p>Instruir</p> <p>Motivar</p> <p>Negociar</p> <p>Orientar</p> <p>Observar</p> <p>Planear</p> <p>Prevenir</p> <p>Promover</p> <p>Providenciar</p> <p>Referenciar</p> <p>Reforçar</p>	Família				<p>- USP ACES Almada Seixal</p> <p>- Guia de recursos na Comunidade para famílias de crianças e adolescentes com doença crónica (ANEXO IV)</p> <p>- Instituições públicas da comunidade</p> <p>- Instituições privadas de solidariedade social da comunidade</p>	
Resultados de Enfermagem		Família		<p>Melhorado</p> <p>Diminuído</p> <p>Não Presente</p>			

4 – Conclusão

Este guia da consulta de enfermagem reúne informação sobre a temática da avaliação e intervenção familiar, pretendendo-se que seja utilizado num contexto onde a organização da equipa de enfermagem é por enfermeiro de família.

A implementação desta consulta teve por base a construção de um instrumento de colheita de dados a ser aplicado pelo enfermeiro de família ou pelo enfermeiro da comunidade. Este instrumento contém informações sobre a estrutura, organização e dinâmica familiar, bem como, permite o registo dos diagnósticos de enfermagem identificados, segundo a nomenclatura CIPE e o registo das intervenções de enfermagem e sua avaliação.

Considero ter atingido os objetivos propostos inicialmente com a realização deste guia, uma vez que contém todas as informações sobre a organização para a implementação da consulta de enfermagem à família; reúne informação sobre vários instrumentos de avaliação de colheita de dados, bem como acerca do MDAIF. Fornece também informação acerca dos recursos na comunidade para crianças e adolescentes com doença crónica.

É um trabalho que pressupõem uma constante articulação entre as unidades de saúde e os vários profissionais.

Os documentos apresentados são utilizados na prática e serão alvo de modificações e atualizações sempre que necessário, pois a implementação de uma consulta de enfermagem é um processo dinâmico e em constante evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, D.G., Ward, H. & Hatton, D. (2011). Riscos de Saúde da Família. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*. (Capítulo 24. p.604-630). 7ª edição. Lisboa: Lusodidacta.
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração*. Tese de mestrado, Coimbra: Faculdade de psicologia e de ciências da educação.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011) . *Enfermagem Saúde Pública*. 7ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Wright, L. M.& Leahey, M. (2004) *Enfermeiras e Famílias - Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família*. Lisboa: Editora Roca

ANEXOS

**ANEXO I – Documento de Referenciação à Consulta de
Enfermagem à família na Fase Experimental**



Ficha de Referência à Consulta de Enfermagem à Família

Identificação do profissional que referencia
Enfermeiro de família
Identificação dos membros da família
Nº Processo
Morada
Contato telefónico
Resumo da situação atual e/ou Problemática identificada Diagnósticos de Enfermagem à Família segundo MDAIF

**ANEXO II – Documento de Colheita de dados da Consulta de
Enfermagem à Família**



Documento de Colheita de Dados

Consulta de Enfermagem à Família

Dados de identificação

Apelido	
Número de Processo	
Morada	
Contato Telefónico	
Enfermeiro de Família	

O presente documento pretende fazer uma avaliação familiar nas suas várias vertentes, estrutural, de desenvolvimento e funcional. Foi baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2012). Porém, é necessário adaptar esta avaliação a cada família, não sendo aplicável integralmente a todas as famílias.

1ª Parte

A - Avaliação Estrutural

1- Composição familiar

Genograma Familiar

--

2 - Tipo de Família

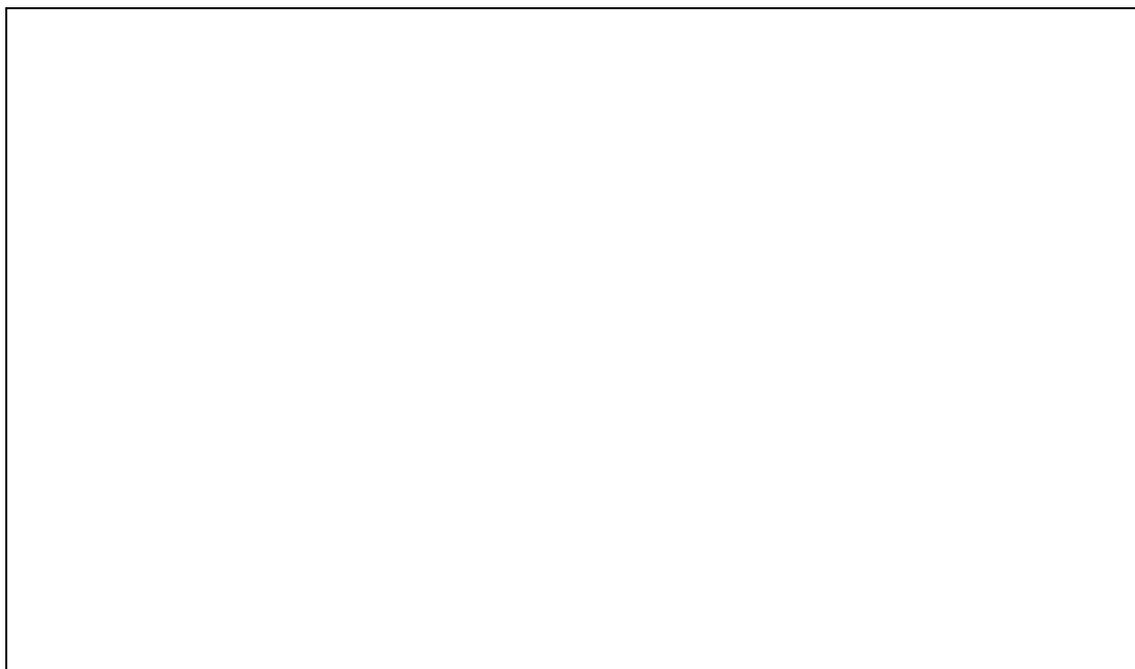
Casal	
Família nuclear	
Família reconstruída	
Família monoparental	
Monoparental liderada pelo homem	
Monoparental liderada pela mulher	
Coabitação	
Família institucional	
Comuna	
Unipessoal	
Alargada	

3- Família Extensa

Tipo de contato		Intensidade do contato	
Pessoal		Diário	
Telefónico		Semanal	
Email		Quinzenal	
		Mensal	
Função das relações			
Companhia Social			
Apoio Emocional			
Guia cognitivo e conselhos			
Regulação social			
Ajuda material e de serviço			
Acesso a novos contatos			

4- Sistemas mais amplos

Ecomapa



5 – Classe Social

Escala de Classificação Social de Graffar (Consultar Processo Familiar Medicine One)

Item Avaliado	Grau
Profissão	
Instrução	
Fonte de Rendimentos	
Habitação	
Localização da habitação	
Classe Social	

6 – Edifício Residencial

Barreiras Arquitetônicas	
Tipo de Aquecimento	
Abastecimento de Gás	
Abastecimento de Água	
Tratamento de resíduos	
Higiene da Habitação	

7 – Ambiente Biológico

Animal Doméstico	Sim	Não
------------------	-----	-----

B – Dimensão de Desenvolvimento

Etapa do Ciclo Vital Familiar

Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	

1 – Satisfação conjugal

1.1. Relação dinâmica		
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha de tarefas domésticas		
Identificação do cônjuge	Sim	Não
Satisfação do casal com o tempo que estão juntos		
Identificação do cônjuge	Sim	Não
Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

1.2. Comunicação		
Satisfação sobre o padrão de comunicação do casal		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

1.3. Interação Social		
Satisfação do casal sobre com o padrão de sexualidade		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

1.4. Função Sexual		
Disfunções Sexuais		
Identificação do cônjuge	Sim	Não

2. Planeamento Familiar

2.1. Fertilidade	Sim	Não
O casal planeia ter mais filhos?		
Alterações na fertilidade do casal?		
Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial?		
Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade?		

2.2. Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional	Sim	Não
Conhecimento do casal sobre consulta pré concepcional		
Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez		

2.3. Uso de Contraceptivo	
Tipo de Método	
Anticoncepcional oral	
Anticoncepcional injetável	
Anel vaginal	
Implante intra dérmico	
Adesivo transdérmico	
Cirúrgico	
Espermicidas	
Preservativo	
Naturais	

Interrupção do uso de contraceptivo	Sim	Não
Motivo		
Indicação Clínica		
Planeamento da gravidez		
Gravidez		
Outros motivo		

Satisfação com o contraceptivo adotado	Sim	Não
Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos	Sim	Não
Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência	Sim	Não
Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo	Sim	Não

2.4. Conhecimento sobre reprodução	Sim	Não
Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher		
Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino		
Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor		
Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez		

Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes		
Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada e/ou não		

3. Adaptação à Gravidez

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

3.2. Comunicação	Sim	Não
O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez		
O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade		
Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais		

3.3. Comportamentos de adesão	Sim	Não
A grávida/casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstétrica		
O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto		
O casal está a preparar/preparou o enxoval da mãe e do bebê		

4. Papel Parental

4.1. Família com filhos pequenos – recém-nascido		
Conhecimento do papel parental	Sim	Não
Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical		
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical		
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno		
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno		
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial		
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial		
Conhecimento dos pais sobre choro de recém-nascido		
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido		
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica		
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido		
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido		
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido		
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde		
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido		
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido		
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação		

4.2. Família com filhos pequenos – infância escolar		
Conhecimento do papel parental	Sim	Não
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança		
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral		
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cáries dentárias		
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança		
Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança		
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes		
Conhecimento dos pais sobre vigilância de Saúde Vacinação		
Conhecimento dos pais sobre socialização		
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento Infantil		
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social		
Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes		

Comportamentos de Adesão	Sim	Não
Os pais proporcionam a realização de CVSI		
Os pais fomentam a adesão à vacinação		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada		
Os pais promovem a higiene adequada		
Os pais promovem um padrão de exercício adequado		
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado		
Os pais promovem a socialização da criança		
Os pais promovem o desenvolvimento cognitivo e emocional		
Os pais definem regras entre os subsistemas		
Os pais interagem positivamente com a criança		

Papel Parental	Sim	Não
Consenso do papel		
Conflitos do Papel		
Saturação do Papel		

4.3. Família com filhos na escola		
Conhecimento do papel parental	Sim	Não
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança		
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral		
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cáries dentárias		
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança		
Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança		
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes		
Conhecimento dos pais sobre vigilância de Saúde Vacinação		
Conhecimento dos pais sobre socialização		
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento Infantil		
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social		
Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes		

Adaptação da Família à Escola	Sim	Não
Reorganização funcional para adaptação aos novos horários		
Criação de espaços para a criança estudar		
Participação dos pais nas atividades de estudo da criança		
Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares		
Promoção da socialização / autonomia da criança		

Comportamentos de Adesão	Sim	Não
Os pais proporcionam a realização de CVSI		
Os pais fomentam a adesão à vacinação		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada		
Os pais promovem a higiene adequada		
Os pais promovem um padrão de exercício adequado		
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado		
Os pais promovem a socialização da criança		
Os pais promovem o desenvolvimento cognitivo e emocional		
Os pais definem regras entre os subsistemas		
Os pais interagem positivamente com a criança		

Papel Parental	Sim	Não
Consenso do papel		
Conflitos do Papel		
Saturação do Papel		

4.4. Família com filhos adolescentes		
Conhecimento do papel parental	Sim	Não
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança		
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado		
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral		
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cáries dentárias		
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança		
Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança		
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes		
Conhecimento dos pais sobre vigilância de Saúde Vacinação		
Conhecimento dos pais sobre socialização		
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento Infantil		
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social		
Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes		

Comportamentos de Adesão	Sim	Não
Os pais proporcionam a realização de CVSI		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada		
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado		
Os pais promovem a socialização e autonomia do adolescente		
Os pais definem regras entre os subsistemas		
Os pais promovem a interação com o grupo de amigos		
A família respeita a privacidade do adolescente		
Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida		
O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião		
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente		
Os pais promovem o desenvolvimento cognitivo e emocional		
Os pais interagem positivamente com o adolescente		

Papel Parental	Sim	Não
Consenso do papel		
Conflitos do Papel		
Saturação do Papel		

4.5. Família com Filhos Adultos		
Conhecimento do papel	Sim	Não
Conhecimento do papel sobre tarefas da nova etapa desenvolvimental		
Comportamentos de adesão		
Adaptação da Família à saída dos filhos de casa	Sim	Não
Redefinição das relações com os filhos – relação adulto-adulto		
Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos		
Satisfação com o contato mantido		
Satisfação com a relação mantida com o filho (a) e companheiro (a) do filho (a)		

Papel Parental	Sim	Não
Consenso do papel		
Conflitos do Papel		
Saturação do Papel		

C - Dimensão Funcional

3. Membro da família dependente

Dependência em:	Sim	Não	Prestador cuidados
Autocuidado de Higiene			
Autocuidado no Vestuário			
Autocuidado no Comer e Beber			
Autocuidado em Ir ao Sanitário			
Autocuidado no comportamento sono e repouso			
Autocuidado nas atividades de lazer			
Autocuidado na atividade física			
Autocuidado no regime terapêutico			
Autovigilância			
Auto administração de medicamentos			
Prestador de Cuidados			

Papel do Prestador de Cuidados		
a) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado de Higiene	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica do banho		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica do banho		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
b) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado vestuário	Sim	Não

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
c) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado comer	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica da alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
d) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado beber	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
e) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado Ir ao sanitário	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
f) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado Comportamento sono-reposo	Sim	Não

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre organização das horas de sono e repouso		
g) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado Atividade Recreativa	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
h) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado atividade física	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
i) Conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado Gestão do regime terapêutico	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
j) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre autovigilância	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância de glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância de glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância de tensão arterial		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância de tensão arterial		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
k) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre auto administração de medicamentos	Sim	Não
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		

Comportamentos de Adesão	Sim	Não
O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente		
A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente		
O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente		
O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância		
O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente		
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente		

Papel do prestador de cuidados	Sim	Não
Consenso do Papel		
Conflitos do Papel		
Saturação do Papel		

4. Processo Familiar

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Consultar processo do utente no Medicine One)	
150 – 200	
200 – 300	
>300	

4.1. <u>Comunicação Familiar</u>	
a) Comunicação Emocional	
Quem na família expressa mais os sentimentos?	
Os membros da família estão satisfeitos relativamente à expressão dos sentimentos?	
Sim	
Não	
Se não, especificar	
Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos	
Sim	
Não	
Se não, especificar	
Impacto que os sentimentos de cada um têm na família	
Favorável	
Não favorável	
Se não favorável especificar	

b) Comunicação Verbal e não Verbal	
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem?	
Sim	
Não	

Se não, especificar	
Todos na família se expressam claramente quando comunicam com os outros?	
Sim	
Não	
Se não, especificar	

c) Comunicação circular	
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	
Sim	
Não	
Se não, especificar	
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa	
Favorável	
Não favorável	
Se não favorável, especificar	

4.2. <u>Coping Familiar</u>	
Solução de Problemas	
Quem na família tem mais iniciativa para resolver os problemas?	
Existe discussão sobre os problemas na família?	
Sim	
Não	
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas	
Sim	
Não	
Se não, especificar	
A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas	

Sim	
Se sim, especificar	
Não	
Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	
Sim	
Especificar	
Não	

4.3. <u>Papeis Familiares</u>				
Papeis familiares	Quem desempenha	Consenso do papel	Conflitos do papel	Saturação do papel
Papel de Provedor				
Papel de Gestão Financeira				
Papel de Cuidado doméstico				
Papel Recreativo				
Papel de Parente				

Avaliar o consenso, o conflito de papel e a saturação do papel, em sim ou não.

Se consenso não, especificar

Se conflito sim, especificar

Se saturação sim, especificar

4.4. <u>Relação Dinâmica</u>	
a) Influência e poder	
Há algum membro que tenha maior poder na família?	
Sim	
Não	
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	
Sim	
Não	
Se não, especificar	
b) Alianças e Poder	

Existem alianças entre alguns dos membros da família?	
Sim	
Se sim, especificar	
Não	
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união?	
Sim	
Se sim, especificar	
Não	

c) Coesão e Adaptabilidade da Família
 FACES II (Escala em Anexo, a ser preenchida pelos elementos da família)

Coesão	Desmembrada	
	Separada	
	Ligada	
	Muito Ligada	
Adaptabilidade	Rígida	
	Estruturada	
	Flexível	
	Muito Flexível	
Tipo de Família	Muito Equilibrada	
	Equilibrada	
	Meio - Termo	
	Extrema	

- 4.5. Funcionalidade da Família – percepção dos membros
 APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (Escala em Anexo, a ser preenchida pelos elementos da família)

Membro da Família	Resultado		
	Família altamente funcional	Família com moderada disfunção	Família com disfunção acentuada

Crenças familiares	
Religiosas	
Espirituais	
Valores	
Culturais	
Sobre a intervenção dos profissionais se saúde	

2ª Parte

As seguintes escalas, permitem fazer em avaliação familiar relativamente a várias vertentes e devem ser preenchidas por cada membro da família.

Escala de Coesão e Adaptação Familiar - FACES II

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

Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

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

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

Apgar Familiar de Smilkstein

Faça uma cruz, referente a cada frase no quadrado correspondente.

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

Plano de Cuidados

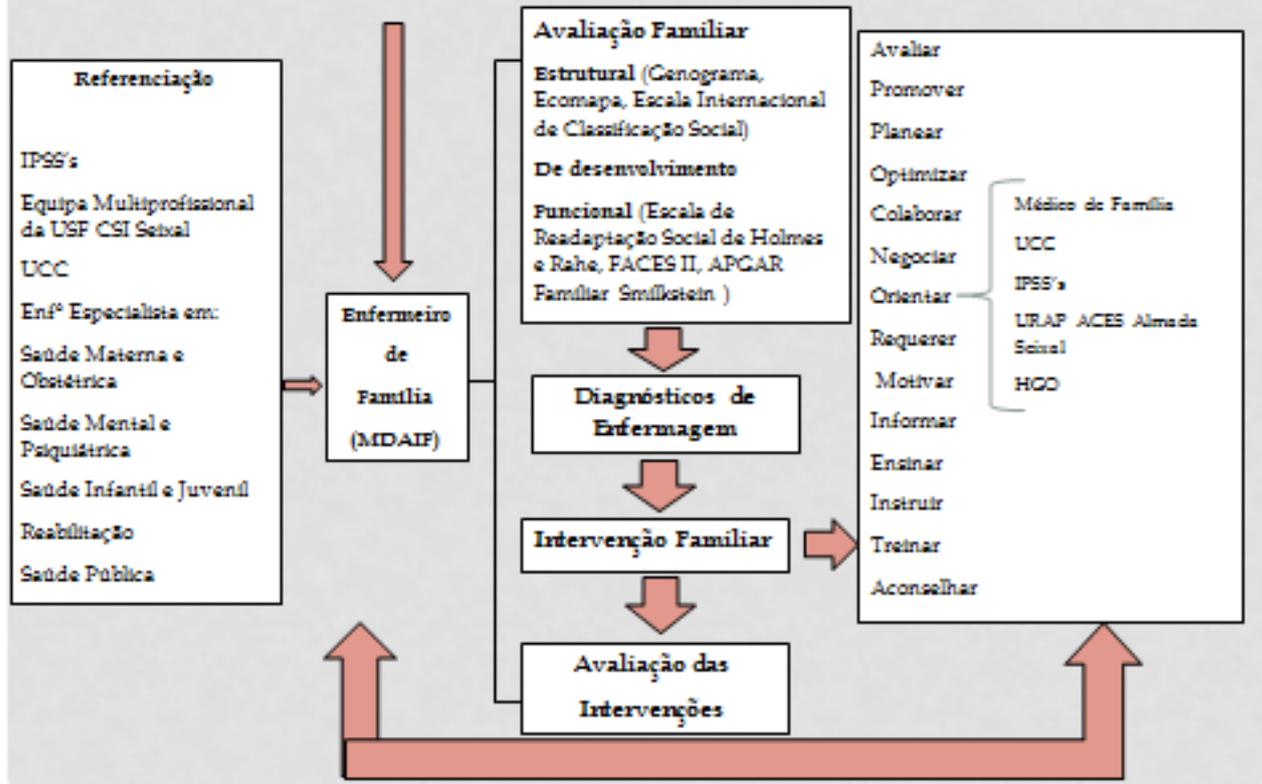
Data Início: Data Fim:	Intervenções	Avaliação
Diagnóstico de Enfermagem:		
Critérios de Diagnóstico:		

Data Início: Data Fim:	Intervenções	Avaliação
Diagnóstico de Enfermagem:		
Crítérios de Diagnóstico:		

Data Início: Data Fim:	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Diagnóstico de Enfermagem		
Critérios de Diagnóstico		

ANEXO III – Organograma – Fase Experimental

Consulta de Enfermagem à Família Organograma - fase experimental



**ANEXO IV - Guia de recursos na comunidade para as famílias com
crianças e adolescentes com doença crónica**

Guia de recursos na comunidade para famílias com crianças com doença crónica

Este guia de recursos da comunidade para famílias com crianças com doença crónica, surge integrado num projeto de intervenção a ser implementado no ACES Almada Seixal – USF CSI Seixal, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como tema a “Promoção do autocuidado nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica”.

É uma necessidade sentida pela equipa a organização do conhecimento e sistematização dos recursos existentes na comunidade para estas famílias, uma vez que as intervenções de enfermagem implicam necessariamente o encaminhamento e articulação com diversas instituições da comunidade. Para encaminhar é necessário conhecer estas instituições, onde se situam, para que se destinam e o que podem oferecer à população.

Este guia inclui os principais dados das associações, fundações e instituições, bem como entidades públicas, que podem ter uma intervenção importante na Promoção do autocuidado nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica.

Entidades Públicas

ACES Almada Seixal

O Agrupamento de Centros de Saúde de Almada e Seixal compreende todas as unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados, situadas nestes dois concelhos, as unidades de cuidados na comunidade a unidade de recursos partilhados e a unidade de saúde pública

USF CSI Seixal

A USF CSI Seixal compreende um equipa multidisciplinar constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 assistentes técnicas. Esta equipa presta cuidados aos utentes inscritos nesta unidade, em todas as fases do ciclo vital da família em áreas como a Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Planeamento Familiar, Vacinação, Consulta de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, Cuidados Domiciliários, Cuidados Curativos e Doença Aguda.

Contatos	
Morada	Largo da Mundet 2840 Seixal
Telefone	212277183
Fax	212274803
Email	usfcsiseixal@csseixal.min-saude.pt
Site	http://www.portaldasaude.pt/

Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal

Contatos	
Morada	Edifício Centro de Saúde do Seixal Largo da Mundet - Bairro Novo 2840-481 Seixal
Telefone	21 227 48 19
Fax	21 227 71 95
Email	ucc@csseixal.min-saude.pt
Site	http://uccseixal.no.comunidades.net/

As suas instalações situam-se no Centro de saúde do Seixal. Tem disponível uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros especialista em várias áreas como Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Infantil, Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, médicos, assistentes operacionais e assistentes administrativos.

Na área da Saúde da Criança e do Jovem, desenvolve projetos tais como:

Saúde mental na Infância e Adolescência, que “pretende identificar, encaminhar e acompanhar as crianças/jovens com perturbações psiquiátricas, promovendo a saúde mental na infância e na adolescência, (...) em contexto familiar/escolar/comunitário para minimizar o impacto da doença mental.” (<http://uccseixal.no.comunidades.net/>)

Programa de Intervenção Integrada na Área da Criança/jovem com necessidades especiais

Este programa integra um grupo interdisciplinar que faz a articulação entre a escola e os serviços de saúde. Perante cada situação de criança ou jovem com problemas de saúde física ou mental que afetam as suas aprendizagens, efetua a discussão de caso e elabora um plano de acompanhamento, mobilizando os recursos necessários, existentes entre as

várias estruturas envolvidas para apoiar a sua inclusão escolar dando respostas às necessidades especiais de cada criança/jovem. (<http://uccseixal.no.comunidades.net/>)

Projeto integrado de intervenção Precoce do Seixal (colocar Site)

A Intervenção Precoce “destina-se a crianças até à idade escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais. Consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias com o objetivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento.” (<http://uccseixal.no.comunidades.net/>)

ELI Seixal

Contatos	
Morada	Rua Branca Saraiva de Carvalho, nº 9 C, 2845 – 452 Amora
Email	ipi.eliseixal@gmail.com

Realiza também articulação com os Agrupamentos de Escolas do concelho no âmbito do Ensino especial, nas crianças desde os 6 anos de idade que frequentem os estabelecimentos de ensino público.

Site: <http://www.dge.mec.pt/educacaoespecial/>

Hospital Garcia de Orta

O Hospital Garcia de Orta dá resposta à população residente nos Concelhos de Almada e Seixal. Às famílias com criança com doença crónica, oferece o serviço de consulta externa de Pediatria e Serviços de Internamento de Pediatria e Pediatria Cirúrgica. É neste hospital que se situa o **Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva** .

Contatos	
Morada	Av. Torrado da Silva - Pragal 2801-951 Almada
Telefone	21 2736661/2
Fax	21 272 72 77
Email	geral@cdc-hgo.com
Site	http://www.cdc-hgo.com/

Presta cuidados a Crianças e jovens residentes na área de influência do Hospital Garcia de Orta com patologias neurológicas e do desenvolvimento, dos 0 aos 15 anos, para primeiras consultas.

A Equipa do CDC é multidisciplinar, sendo por isso constituída por médicos, enfermeiros, diversos terapeutas, técnicos, professores entre outros profissionais que visam o apoio global e especializado às crianças.

Realizam-se as consultas de desenvolvimento, de epilepsia, de neuropediatria, reabilitação pediátrica e psicologia. As intervenções terapêuticas passam pela fisioterapia, hipoterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, e terapia psicomotora/reeducação psicomotora.

Existem também em funcionamento grupos de ajuda mútua, que são estruturas constituídas por pessoas que vivenciam situações em comum e que se reúnem com regularidade com o objetivo de, refletindo sobre as suas dificuldades, encontrarem formas de resolução das mesmas.

Atualmente, têm em funcionamento dois grupos vocacionados para as diferentes problemáticas da epilepsia, brevemente constituiremos grupos ligados a outras patologias.

Se quiser participar contacte:

reuniões@cdchgo.com ou **epicentrosul@hotmail.com**

Instituições Particulares de Solidariedade Social

Rede Incluir

Contatos	
Morada	Serviços Centrais da Câmara Municipal do Seixal. Alameda dos Bombeiros Voluntários, nº 45 2844 – 001 Seixal
Telefone	212276700
Fax	212276701
Email	accso.social@cm-seixal.pt

Projeto dinamizado pela Câmara Municipal do Seixal, constituído por várias instituições com o objetivo de criar sinergias para combater a exclusão social, promovendo atividades e ações para melhorar a qualidade de vida da população com necessidades especiais.

CRIAR – T

É uma associação de solidariedade que efetua várias intervenções, possuindo um Comunidade de Inserção, um Centro Comunitário, um Projeto de Apoio a Idosos e Pessoas Dependentes, um Gabinete de Psicologia e Apoio à Família, Jardim de Infância e Creche e Gabinete de Inserção Profissional.

Contatos - Sede	
Morada	Rua Jacinto Prado Coelho, n.º 3, Torre da Marinha, 2840-439
Telefone	212 222 600
Fax	212 222 601
Email	mail@criar-t.org
Site	http://www.criar-t.org

Contatos – Gabinete de Psicologia e Apoio à Família	
Morada	Estrada Foros de Amora, nº 135 R/C Dto 2845-004 Amora
Telefone	96 482 54 62
Fax	21 222 26 01
Email	mail@criar-t.org
Site	http://www.criar-t.org

Contatos – Jardim de Infância e Creche	
Morada	Rua 25 Abril lote 18 A 2845-608
Telefone	21 224 85 30
Fax	21 222 26 01
Email	mail@criar-t.org
Site	http://www.criar-t.org

Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Almada e Seixal

Tem como missão proporcionar as condições que permitam uma efetiva igualdade de oportunidades às pessoas com Paralisia Cerebral e outras incapacidades, bem como às suas famílias.

Contatos	
Morada	Largo dos Restauradores, nº 23 2840-482 Seixal
Telefone	916 988 486 / 91 98740 39
Email	geral@paralisiacerebral.pt
Site	http://paralisiacerebral.pt

Actividades desenvolvidas:

Natação Terapêutica

Sábados a partir das 17:30 nas Piscinas Municipais de Corroios

Aulas de dança

Clube Recreativo da Cruz de Pau, todas as sextas feiras, das 20h às 21h

Escola de Boccia

É uma modalidade desportiva paralímpica, que pode ser praticada por atletas com paralisia cerebral ou com vários tipos de limitações físicas.

Sábados das 10h às 12h.

Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

Contactos	
<u>Sede</u>	
Morada	Avenida 5 de Outubro, Edifício Bocage 148-4º L - 2900-309 Setúbal
Telefone / Fax	265 501 681 / 917 640 469
E-mail	appda-setubal@sapo.pt ; geral@appda-setubal.com
Site	http://www.appda-setubal.com/
<u>Centro de Atendimento</u>	
Morada	Av. Cova dos Vidros, Lote 2367- B-R/C - 2975-333 Quinta do Conde

Destinatários: Famílias com pessoas com PEA (atendimento gratuito)

Actividades desenvolvidas:

Reuniões de Ajuda Mútua

Ao segundo sábado de cada mês, às 15h, com o objetivo de encontrar soluções para alguns casos e/ou conhecer a realidade de pais novos que se juntem à Associação, partilhando as suas vivências e experiências.

Acompanhamento

Acompanhamento realizado por Psicóloga Educacional e Técnica de Serviço Social a Crianças e Jovens com Perturbações do Espectro do Autismo e suas famílias.

Avaliações (entre 1 a 4 sessões)

Realiza-se uma avaliação e define-se o plano de intervenção para cada caso, perturbações do Espectro do Autismo ou hiperatividade e Défice de atenção. Por marcação prévia pelo telefone: 265 501 681

Intervenção Psicomotora em Meio Aquático

Local: Piscinas Municipais de Azeitão

Destinatários: Crianças entre os 3 e os 12 anos de idade com PEA

Horário: Sábados (1º Grupo: 16h00 às 16h45 / 2º Grupo: 16h45 às 17h30)

Associação de amigos e pais da criança com doença crónica



Integra o Grupo Concelhio para as Deficiências da Câmara Municipal de Setúbal – Divisão de Inclusão Social

Contatos	
Morada	Rua Amilcar Cabral, nº 4/6 2900-219 Setúbal
Telefone	265 545170
Fax	265 545179
Email	disoc@mun-setubal.pt
Site	http://grupoconcelhioparadeficiencias.webnode.pt

Associação Portuguesa de Deficientes

Contactos	
Morada	Largo da Igreja nº1 R/C Seixal 2840 – 480 Seixal
Telefone	
Fax	
Email	

Associação de Surdos do Concelho do Seixal

Contactos	
Morada	Travessa António Aleixo nº 10 Cv Drt Fogueteiro 2845 – 167 Amora
Telefone	
Fax	
Email	Sandraema8@hotmail.com

CNAD – Cooperativa Nacional de Apoio a Deficientes

Contactos	
Morada	Rua Primeiro de Maio, 22 A Fogueteiro 2845-163 Amora
Telefone	21 254 53 01
Fax	21 254 53 01
Email	cnad.sede@clix.pt

Centro Paroquial de Bem-Estar Social da Arrentela

Contactos	
Morada	Avenida dos Metalúrgicos Murtinheira 2840-266 Seixal
Telefone	212216290
Fax	212277518
Email	Picapau-arrentela@mail.telepaf.pt

Centro Paroquial de Bem Estar Social Fernão Ferro

Contatos	
Morada	Rua Igreja, Fernão Ferro, 2865 – 061 Fernão Ferro
Telefone	212121165
Fax	212120785
Email	geral@centroaberto.com

Centro Paroquial e Social da Sagrada Família de Miratejo / Laranjeiro

Contatos	
Morada	Rua Florbela Espanca, nº 27, Miratejo, 2855 – 239 Corroios
Telefone	212531289
Fax	212543669
Email	cpsfamília@gmail.com

Centro de Solidariedade Social de Pinhal de Frades

Contatos	
Morada	Avd Vinte e Cinco de Abril, Pinhal de Frades, 2840 – 286 Seixal
Telefone	212 252 126
Fax	212 247 409
Email	csspinhalfrades1982@gmail.com , csspf@csspf.pt

Centro Assistência Paroquial de Amora

Contatos	
Morada	Rua Dr. Emídio Guilherme Garcia Mendes, nº 17 2845-457 Amora
Telefone	212278073
Fax	212278074
Email	capa@netcabo.pt

Centro Comunitário Várias Culturas Uma Só Vida

Contatos	
Morada	Praceta Gregório Crispim Oliveira Quinta da Boa Hora 2840 – 358 Seixal
Telefone	21 222 30 51 / 93 671 15 48
Fax	21 221 90 20
Email	vcusv@clix.pt

Centro de Formação Profissional do Seixal

Contatos	
Morada	R. Infante D. Augusto - Cruz De Pau Amora
Telefone	212268960
Fax	212268961
Email	cfp.seixal@iefp.pt
Site	http://www.iefp.pt

Acrescer – Associação Juvenil de Animação Socio-Educativa

Contatos	
Morada	Avenida 25 de abril, nº 66 Torre da Marinha 2840 – 400 Seixal
Telefone	939389341
Email	a.crescer@sapo.pt

Associação de animação socio cultural sem fins lucrativos, que tem como missão intervir no campo educacional não formal e da formação profissional, com o compromisso de contribuir para o enriquecimento pessoal e socio afetivo do ser humano. Organiza dinâmicas de grupo e diversos jogos nas diversas associações do concelho do Seixal.

Associação Juvenil Interrogações

Contatos	
Morada	Rua Fonte da Contenda nº 22 1º Esq Flôr da Mata 2840-705 Seixal
Telefone	96 326 6372
Email	dijambura@hotmail.com

Cooperativa pelo Sonho é que vamos

Contatos	
Morada	Avenida General Humberto Delgado, nº 115, Boavista – Farinheiras 2840 – 254
Telefone	21 222 7580 / 96 176 9123
Fax	212727364
Email	cooperativapelosonho@gmail.com

A cooperativa é composta por diversas valências, tais como a Creche e creche familiar, o Centro de Acolhimento Temporário de Menores em risco “Janela Aberta”, o Lar de Jovens Vida Nova e a Casa Abrigo Nova Esperança. É uma cooperativa sem fins lucrativos e que conta com o apoio do Instituto de Segurança Social.

Associação Almadense Rumo ao Futuro

Contatos	
Morada	Rua Soeiro Pereira Gomes nº 2 Marisol 2820 – Charneca da Caparica
Telefone	212978660
Site	Em construção
Email	

Esta é uma instituição sem fins lucrativos e oferece apoio a jovens com doença crónica ou deficiência a partir dos 18 anos de idade. Possui um Centro de Atividades Ocupacionais e um Lar Residencial.

CERSISA – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas - Almada



Contatos	
Morada	Rua Eça de Queirós – Miratejo 2855 – 236 Corroios
Telefone	212535660
Fax	212531280
Site	secretaria@cercisa.org.pt
Email	cercisa.secretaria@gmail.com

**CERSISIMBRA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas
- Sesimbra**

Contatos	
Morada	Quinta de São José – Sampaio – Santana 2970 – 577 Sesimbra
Telefone	212681335
Site	http://www.cercizimbra.org.pt/
Email	cercizimbra@cercizimbra.pt

Associação Portuguesa Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Lisboa

A APPACDM de Lisboa tem como objetivo promover a inclusão de pessoas com deficiência ou incapacidade na sociedade. É uma instituição que tem uma intervenção a vários níveis, nomeadamente através de creches, lares residenciais, centros de actividades ocupacionais e centros de apoio familiar e aconselhamento parental. Possui um centro no Monte da Caparica – Centro Quinta dos Inglesinhos

Contatos	
Morada	Empresas de Inserção Alma Verde e Flor da Quinta Pêra de Baixo 2825-108 Monte da Caparica
Telefone	21 294 55 30 e 21 294 55 35
Fax	21 294 55 39
Email	cfpc-aplx@mail.telepac.pt

CPCJ – Comissão de Proteção de crianças e Jovens do Seixal

Contatos	
Morada	Rua Rodrigues Lapa, nº 2 A 2845 – 132 Amora
Telefone	210976235
Fax	212254650
Email	cpcj@cm-seixal.pt

União Concelhia das Associações de Pais e Encarregados de Educação do Seixal

Contatos	
Morada	Avenida 25 abril – Edifício Monte Sião Torre da Marinha 2840 – 400 Seixal
Telefone	212273210
Fax	212273225
Email	ucapes2003@sapo.pt
Site	http://www.fersap.pt/ucapes

Instituições Recreativas e de Desporto

Clube Recreativo da Cruz de Pau

Contatos	
Morada	Rua de Bissau, Edifício C.R.C.P. Cruz de Pau 2845-069 Amora
Telefone	21 2244313
Fax	21 2249591
Email	crcpl954@gmail.com

Outras instituições a salientar ...

Olhar – Associação pela Prevenção e apoio à Saúde Mental



Associação Pela Prevenção e Apoio à Saúde Mental

Contatos	
Morada	Rua Augusto Gil, nº 1 – 2º Dto., 1000-062 Lisboa
Telefone	21 797 18 05 / 93 467 95 11
Fax	21 888 09 21
Email	geral@assolhar.com
Site	http://www.assolhar.com

A Associação OLHAR (Associação pela Prevenção e Apoio à Saúde Mental) é uma Associação de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, que tem por objetivo a prevenção, proteção e promoção da saúde mental nas suas mais diversas vertentes, visando assegurar ou restabelecer o equilíbrio psicossocial do indivíduo, promovendo a sua integração no tecido familiar e social envolvente, praticando preços sociais para quem não disponha de recursos económico-financeiros para os custear na sua totalidade.

Raríssimas



Associação nacional de Deficiências Mentais e Raras

Contatos	
Morada	Rua das Açucenas, Lote 1, loja Dta. 1300-003 Lisboa
Telefone	217786100/ 969657445
Fax	217786099
Email	info@rarissimas.pt
Site	www.rarissimas.pt

Liga Portuguesa Contra a Epilepsia



EPI – Associação Portuguesa de Familiares, Amigos e Pessoas com Epilepsia – Lisboa

Contatos	
Morada	Rua Carlos Mardel, nº 107 – 3º A 1900 – 120 Lisboa
Telefone	218474798
Email	epilisboa@epilepsia.pt
Site	www.epilepsia.pt/eji

Instituto de Apoio à Criança



Contatos	
Morada	Largo da Memória nº 14 1349-045 Lisboa
Telefone	213671880 / 919 000 315 / 939 105 280 / 969 192 738
Fax	213 617 889
Email	iac-sede@iacrianca.pt
Site	http://www.iacrianca.pt

Associação Terra dos Sonhos

A Associação Terra dos Sonhos é uma organização sem fins lucrativos. Juridicamente é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). A sua principal atividade consiste na realização dos sonhos de crianças e jovens com diagnóstico de doenças crónicas e/ou carenciados.

Contatos	
Morada	Lx Factory Rua Rodrigues Faria nº 103 (Edifício Normajeon) 1300 – 501 Lisboa
Telefone	213406234
Email	geral@terradossonhos.org
Site	http://www.terradossonhos.org

ACREDITAR – Associação de Pais e Amigos da Criança com Cancro

ASBHIP – Associação Spina Bífida e Hidrocefalia

APN – Associação de Doenças Neuromusculares

AFQ - Associação de Fibrose Quística

CORAÇÃO FELIZ - APACDC – Associação de Protecção e Apoio à Criança com Doença Cardíaca

DTT – Diabéticos Todo Terreno

HEPATURIX - Associação Nacional das Crianças e Jovens Transplantados com Doenças Hepática

APÊNDICE XVI - Descrição da Atividade 2

Atividade 2
Consulta de peritos
Entrevista à Professora Isabel Malheiro
Dia: 31 de Outubro de 2013
Hora: 15 horas
Local: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Calouste Glubenkian
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar conhecimentos sobre a organização e funcionamento do Centro de Desenvolvimento da Criança no Hospital Garcia de Orta. - Aumentar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem realizadas no Centro de Desenvolvimento da Criança no Hospital Garcia de Orta.
<p>Principais contributos:</p> <p>A entrevista com a Professora Isabel Malheiro, decorreu de forma informal, colocando todas as questões que constituíam o guião. No início da entrevista clarifiquei o tema do meu projeto, a “Promoção do Autocuidado nas Famílias com Crianças e adolescentes com Doença Crónica” e surgiram neste momento algumas questões: a terminologia Doença Crónica será a mais adequada? Ou será condição crónica? Existe definição deste conceito? Ou serão crianças com deficiência? E são crianças com necessidades especiais de saúde?</p> <p>Expliquei que em determinada fase deste meu percurso académico, surgiram todas estas questões e que o termo de doença crónica, segundo várias definições consultadas é bastante abrangente e enquadra a população em estudo. A professora faz referência ao fato do termo necessidades especiais de saúde abranger as crianças com doença crónica, com deficiência e com alterações do desenvolvimento.</p> <p>De seguida focámos as intervenções que penso desenvolver neste estágio, nomeadamente a Consulta de Enfermagem à Família, a construção do Guia de Recursos na Comunidade para Famílias com Crianças e Adolescentes com Doença Crónica e a realização de sessões em grupo.</p> <p>A professora considera a consulta de enfermagem à família, de importância vital para este projeto e sugere que para além da intervenção familiar no âmbito da sua funcionalidade, dinâmica e comunicação, deve-se integrar num só momento as várias consultas de enfermagem, nomeadamente a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, Consulta de Enfermagem de Saúde Materna, Vacinação, Consulta de Enfermagem de Diabetes.</p> <p>Evitamos a dispersão de contactos com a família, concentrando tudo numa consulta.</p> <p>Seria importante a construção de um documento, ou “protocolo”, em que ficassem explicitadas as funções do enfermeiro, as intervenções de enfermagem a implementar e o</p>

funcionamento da consulta. Referi que este documento também já está em construção.

O Guia de Recursos na Comunidade, é na opinião da Professora Isabel Malheiro um instrumento muito válido, referindo que ela própria sentiu a necessidade de construir um documento deste género no Centro de Desenvolvimento da Criança. Sugere que seja de fácil e rápida consulta, que as fichas de cada instituição possam ser alteradas e que deve estar dividido por temas, área de abrangência, localização, ou segundo as etapas do ciclo vital.

Centrando-me de seguida nas questões colocadas, tomei conhecimento que no HGO existem dois serviços que prestam cuidados a crianças com doença crónica, a Consulta de Pediatria e o Centro de Desenvolvimento da Criança. A consulta de Pediatria integra todas as crianças com doença crónica e o CDC, as crianças com doença crónica com alterações do seu desenvolvimento. Assim, a alteração do desenvolvimento na criança, constitui o critério para o seguimento no CDC.

As intervenções de enfermagem mais significativas passam pelo fornecimento de informações sobre as patologias, orientação dos pais consoante a situação clínica da criança, realização de ensino e treino dos pais consoante as necessidades da criança, pelo encaminhamento para os recursos existentes dentro do CDC e no HGO e pela articulação com os centros de saúde.

O encaminhamento para as instituições da comunidade, constitui uma intervenção importante, daí também a necessidade de construir um Dossier de recursos neste serviço. Estes encaminhamentos passam muitas vezes pelas juntas de freguesia, Bancos de Ajudas Técnicas, Centros Paroquiais, entre outros.

A articulação com o enfermeiro de família é parte essencial deste processo, embora em algumas unidades esta articulação seja realizada com o enfermeiro especialista em saúde infantil. Realizavam-se também visitas conjuntas entre a enfermeira do CDC e a enfermeira de família ou de referência da unidade de saúde.

Considera a visita ao CDC, importante para o desenvolvimento deste projeto pois permitiria aumentar os conhecimentos e facilitar a articulação, uma vez que é mais fácil articular com pessoas que conhecemos.

Faz no fim da entrevista referência à dissertação de doutoramento da Professora Zaida Charepe, que trabalhou no âmbito dos grupos de ajuda mútua com pais de crianças com doença crónica. Saliento que também tenho entrevista marcada com a Professora Zaida para o dia seguinte.

APÊNDICE XVII - Descrição da Atividade 3

Atividade 3
Consulta de peritos
Entrevista à Professora Zaida Charepe
Dia: 1 de Novembro de 2013
Hora: 15 horas
Local: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar conhecimentos acerca da importância dos grupos de ajuda mútua nas famílias com crianças com doença crónica; - Clarificar aspetos relacionados com a operacionalização de sessões com grupos de pais de crianças com doença crónica.
<p>Principais contributos:</p> <p>Começámos esta entrevista pela clarificação do tema do meu projeto, “ Promoção do autocuidado nas famílias de crianças e adolescentes com doença crónica”. Fiz referência à importância da família como cliente neste projeto e à utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como um dos instrumentos de colheita de dados. A Professora Zaida questionou se a promoção do autocuidado era direcionado para as crianças ou para os pais das crianças, ao qual respondi que sendo esta uma abordagem da família enquanto cliente e sendo a família o agente de autocuidado, a minha intervenção será direcionada para a família como um todo. Foi realizada uma avaliação familiar segundo o referido modelo e identificados diagnósticos de enfermagem à família. É claro que, uma vez que estas famílias têm crianças com doença crónica, também foram identificados diagnósticos relacionados com esta problemática, entre outros.</p> <p>De seguida foi importante a clarificação e tomada de conhecimento relativamente ao trabalho desenvolvido pela Professora Zaida Charepe na sua dissertação de doutoramento com o tema “ O Impacto dos Grupos de Ajuda Mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa”.</p> <p>Os grupos de ajuda mútua promovem o suporte social de que as pessoas podem beneficiar quando os integram. As práticas e princípios de funcionamento destes grupos identificam e criam recursos na comunidade, para apoiar os seus membros. É importante diferenciar, grupos de ajuda mútua, de grupos de auto-ajuda, de grupos de suporte e apoio e de grupos de facilitação.</p> <p>No caso das crianças com doença crónica, unem-se nestes grupos pais de crianças com diferentes patologias, apesar de muitos psicólogos não apoiarem esta diversidade de patologias no mesmo grupo. Porém, nesta tese de doutoramento ficou provado que é</p>

benéfico, uma vez que os pais não se unem pela patologia em si, mas sim pelas suas vivências.

Nestes grupos, é necessário haver um mediador/facilitador que impede que o grupo se extinga. Este técnico não tem que ter um quadro de competências próprias e assume uma posição sem hierarquia, com o mínimo de intervenção.

É objetivo, potenciar estes pais, e a vinda ao grupo funciona como uma esponja que é partilhada. Assumem um compromisso para a motivação, ajudar a planear as suas vidas e intervenções.

O Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança (MIAMPE) assenta numa tríade de suporte emocional, suporte formativo e suporte social.

São fornecidas neste modelo, várias propostas de intervenção introdutória, propostas formativas, propostas de (re) construção da esperança e propostas de gestão da vida social do grupo de ajuda mútua. Estas propostas integram um Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua, mas segundo a Professora Zaida Charepe podem ser perfeitamente importadas para um conjunto de sessões em grupo, mesmo que não constituam um grupo de ajuda mútua.

No meu projeto, não havendo possibilidade da criação de um grupo de ajuda mútua a autora do modelo, considera benéfica a realização de sessões com grupos de pais, que permitam a partilha de experiências, pois a evidência mostra que é importante não só pela normalização da vivência, como também pela empatia mútua. Através do contato com outros pais com o mesmo problema começa a ser normal determinada vivência. Os pais são recursos sociais de outros pais. São promotores de esperança.

A Professora Zaida Charepe, considera viável, a realização neste meu projeto de 3 / 4 sessões em grupo com os pais: a primeira de intervenção introdutória, uma ou duas de suporte formativo e a última contemplando uma proposta de esperança.

No decorrer desta entrevista as questões que coloquei relativamente aos temas que poderiam ser tratados e às dinâmicas a utilizar nas sessões para promover a partilha de experiências, foram esclarecidas bem como me foi fornecida documentação com estas informações.

Também questionei se poderia utilizar o Guia de apoio aos pais “ Caminhando para a Esperança” e as cartas terapêuticas disponibilizadas num dos guias orientadores de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros. Estes materiais podem ser utilizados, desde que devidamente citados.

No meu projeto, pretendo também realizar um Guia de Recursos na comunidade para as famílias com crianças com doença crónica. A Associação de Pais e Amigos de Crianças com Doença Crónica, foi fundada no seguimento de um destes grupos de ajuda mútua.

Ainda continua em funcionamento e posso referenciá-la no guia.

Esta entrevista constituiu para mim um importante momento de aprendizagem, pois veio dar resposta a algumas dúvidas e dificuldades sentidas no planeamento das intervenções do meu projeto. A realização de sessões em grupo será de fato uma intervenção essencial, tendo em conta a população. O trabalho realizado pela Professora Zaida Charepe, organiza e esquematiza toda a informação necessária para que possa ser aplicada na prática, tal como, a discussão de temas e a partilha de experiências e sentimentos.

APÊNDICE XVIII - Descrição da Atividade 4

Atividade 4
Estágio de Observação no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva
Dia: 4, 5 e 6 de Dezembro de 2013
Duração: 23 horas
Local: Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar conhecimentos sobre a organização e funcionamento do CDC. - Aumentar conhecimentos sobre a avaliação e intervenção realizada à família com crianças e adolescentes com doença crónica no CDC.
<p>Principais Contributos:</p> <p>Na “ Promoção do autocuidado nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica” o enfermeiro de família, tem um papel importante na articulação entre as várias instituições da comunidade, bem como de apoio e suporte na adaptação e bem estar da família. A avaliação e intervenção familiar integram esta intervenção, bem como a intervenção em grupo e a articulação com os recursos da comunidade.</p> <p>O Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, surge como um recurso da comunidade importante para estas famílias. A articulação com o enfermeiro de família é essencial para a prestação de cuidados holísticos e de qualidade. É essencial referenciar que 70 % das famílias que constituem a amostra deste projeto, são acompanhadas no CDC. Surgiu então, a necessidade de realizar este estágio de observação de forma a aumentar conhecimentos sobre a organização e funcionamento do CDC, bem como sobre a avaliação e intervenção realizada à família com crianças e adolescentes com doença crónica no CDC.</p> <p>De forma a concretizar os objetivos propostos, o estágio decorreu durante três dias e o horário foi adequado às atividades realizadas no local de estágio, de forma a permitir o maior número de experiências possíveis, de forma enriquecedora.</p> <p>Relativamente à organização e funcionamento do CDC, este constitui uma unidade do Serviço de Pediatria, juntamente com a Urgência Pediátrica, a Consulta Externa de Pediatria, o Serviço de Neonatologia, a Pediatria Cirúrgica e a Pediatria Médica.</p> <p>Relativamente à equipa multidisciplinar o grupo de coordenação é constituído pela Enf^a Chefe, pelo Médico Coordenador, pela Enf^a Coordenadora, por uma médica de Medicina</p>

Física e Reabilitação e por uma administradora hospitalar.

A restante equipa multidisciplinar divide-se em três áreas: a área da Medicina Física e Reabilitação comportando dois fisiatras, duas terapeutas ocupacionais duas terapeutas da fala, uma psicomotricionista e duas fisioterapeutas; a área do desenvolvimento e Neuropediatria, que possui três neuropediatras, cinco médicos do desenvolvimento e quatro psicólogos; e por último uma área comum composta por três enfermeiras, duas assistentes operacionais, duas assistentes técnicas e uma assistente social.

Esta equipa multidisciplinar tem como estratégias de formação a realização de um *Journal Club*, que se realiza uma vez por semana durante 30 minutos. Tenta-se que constitua um momento de partilha e de aprendizagem para todos os membros da equipa. Normalmente partilham artigos científicos, projetos interessantes ou inovações. Também uma vez por semana, há uma reunião da equipa multidisciplinar. Existem também atividades com as famílias no exterior do centro duas vezes por ano, bem como, sessões de educação para a saúde para os pais uma vez por ano.

O espaço físico tem a forma de L, com uma área para consultas e acesso a utentes e uma área de acesso exclusivo a profissionais. Todo o serviço é circundado por um corredor acedido apenas por profissionais. Possui uma sala de espera e uma sala de educação.

Esta instituição presta cuidados a crianças e a adolescentes pertencentes aos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Porém, em algumas situações é possível integrar crianças fora desta área.

A referenciação para o CDC é realizada pela Consulta de Pediatria. É realizada uma triagem por uma médica e um psicólogo que direcionam para os vários médicos do centro. Para a consulta de enfermagem, as crianças podem ser referenciadas por todos os profissionais. Existem porém grupos populacionais, que possuem consulta de enfermagem específica direcionada para a sua situação de saúde.

A equipa de enfermagem é constituída por três enfermeiras. Uma das enfermeiras está responsável pela coordenação da equipa de enfermagem, da equipa de assistentes operacionais e pelos equipamentos e materiais, realizando todas as articulações e reuniões necessárias neste âmbito. Está também responsável pelo Núcleo de Spina Bífida. Neste momento esta consulta é realizada na primeira quarta feira de cada mês e engloba 33 crianças.

Outra enfermeira é responsável pela consulta de Neonatologia, fazendo o *follow-up* das crianças até aos 8 anos. Esta consulta decorre à quarta e quinta feira. Neste âmbito o acompanhamento é iniciado numa consulta pré alta no serviço de Neonatologia e de seguida são realizadas várias consultas de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança até aos dois anos de idade. Após os dois anos as consultas de

enfermagem são realizadas mediante referenciação. Esta enfermeira é também responsável pelas colheitas de sangue no serviço e toda a organização e articulações necessárias. Estas colheitas podem ser internas ou podem ser enviadas para vários laboratórios externos nacionais e internacionais.

A terceira enfermeira é responsável pela consulta de Paralisia Cerebral, que se realiza às 2ª, 4ª e 6ª feiras, preferencialmente dirigida às crianças pertencentes aos níveis 3, 4 e 5 de classificação da função motora.

Todas as outras crianças e suas famílias com alterações do desenvolvimento e seguidos na Neuropediatria são divididos pelas três enfermeiras da equipa de enfermagem.

Estas crianças frequentam também várias terapias neste centro, nomeadamente, terapia da fala, terapia da fala com meios aumentativos da comunicação, psicomotricidade, terapia ocupacional, psicologia, e medicina física e de reabilitação pediátrica.

Relativamente à avaliação e intervenção realizada à família com crianças e adolescentes com doença crónica no CDC, os registos são realizados em formato de papel, em processo individual para cada criança. Na consulta de enfermagem, é realizada uma avaliação relativa a: atividades de vida (sono e repouso, eliminação vesical e intestinal, alimentação, higiene, locomoção); adaptação em contexto escolar; frequência do ensino especial ou do SNIPI; atividades recreativas e lazer em que participam; presença de sintomatologia; suporte social e familiar; intercorrências de saúde e terapêutica atual; subsídios e bonificações.

Toda a equipa multidisciplinar valoriza a família com um todo e esta constitui parte significativa no planeamento e prestação dos cuidados. A abordagem realizada pela equipa de enfermagem à família é dirigida à criança e à sua patologia mas também tem em conta a dinâmica familiar, a comunicação entre os membros da família, a divisão de tarefas e papéis familiares. Nota-se que esta abordagem será mais direcionada à família como sistema e já não tanto à família como contexto. Porém, esta abordagem não contempla diagnósticos de enfermagem dirigidos à família e os registos de enfermagem também não permitem esta aplicação.

Foi também possível, observar durante este estágio, a consulta de obesidade no serviço de consultas externas de Pediatria, que constitui também uma unidade que presta cuidados a crianças e adolescentes com doença crónica. Esta consulta faz também uma abordagem multidisciplinar à criança e família. É uma intervenção mais direcionada à criança e à sua doença. A família é utilizada como um recurso importante e implicada nos cuidados à criança de forma a obter bons resultados e promover o seu bem estar. Observei no âmbito desta consulta uma abordagem à família como contexto.

Este estágio de observação trouxe-me bastantes contributos no que diz respeito à

organização das consultas de enfermagem. Tendo em conta que uma das estratégias do meu projeto de intervenção comunitária é a implementação da consulta de enfermagem á família, fiz algumas aprendizagens que pretendo desenvolver no meu local de intervenção relativas à: colheita de dados, organização dos ficheiros, organização do processo da família, registos de enfermagem e preparação antecipada da consulta.

Constituiu uma experiência muito gratificante e trouxe contributos importantes quer para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, quer para a minha prática profissional enquanto enfermeira de família. A equipa de enfermagem do CDC, mostrou-se muito disponível para promover a minha aprendizagem no âmbito dos objetivos propostos e contribuiu de forma positiva para a minha aquisição de conhecimentos e de forma bastante enriquecedora na transmissão de experiências e situações vividas. Para a equipa de enfermagem do CDC a minha presença foi um importante meio para favorecer a articulação entre as duas instituições, o CDC e a USF CSI Seixal e consequentemente promover a qualidade dos cuidados.

O contato com esta equipa permitiu-me tomar consciência que dão primazia ao bem estar da criança e a sua preocupação é que tudo seja feito para promover o desenvolvimento e crescimento destas crianças apesar dos seus problemas e limitações. Todos unem esforços num objetivo comum.

Posso concluir que consegui atingir os objetivos a que me propus e que este estágio trouxe benefícios para mim pessoalmente, para a prestação de cuidados às minhas famílias e também para o desenvolvimento do meu projeto, mas também, que muito teria a aprender neste serviço e com todos estes profissionais.

**APÊNDICE XIX - Planeamento da 1ª sessão de grupo de ajuda
mútua**

Plano da 1ª Sessão de Grupo de Ajuda Mútua

Tema	A Família com crianças e adolescentes com doença Crónica				
Data e Hora	11 de Dezembro às 18 horas				
Local	USF CSI Seixal				
Destinatários	Pais de Crianças e Adolescentes com doença crónica inscritos na lista I da USF CSI Seixal				
Objetivo	- Promover a partilha de conhecimentos e experiências entre os membros do grupo relativamente ao impacto da doença crónica na criança e adolescente e na sua família.				
Conteúdos	Atividades	Método/ Técnica	Domínio de conheci mento	Recursos	Tempo
Introdução - Transmitir as Boas-Vindas - Agradecer a presença de todos os membros do grupo - Explicar em que âmbito acontece o encontro (mestrado, tema, objetivos, diagnósticos de enfermagem identificados na fase de diagnóstico) - Explicar o que está planeado para esta e para as sessões seguintes - Apresentação dos membros do grupo	Distribuição do folheto informativo sobre o projeto Dinâmica de apresentação do grupo – Quebra Gelo	Expositivo Interativo	Cognitivo	Folheto Informativo Diapositivos	20'
Desenvolvimento - A Família com crianças e adolescentes com doença crónica Conceito de família Papeis familiares,	Exposição da temática Partilha de experiências e opiniões	Expositiva Interativa	Cognitivo Afetivo	Diapositivos Narrativas que favoreçam	20'

Liderança, Resolução de problemas, Comunicação familiar Impacto da doença crónica na família Estádios vivenciais, parentalidade, conjugalidade, relação da família com a rede social, gestão relacional entre irmãos				a partilha	
Conclusão Facilidades e Dificuldades sentidas pelas famílias com crianças com doença crónica	Construção de um mural com as facilidades e dificuldades sentidas pela família	Interativa	Afetivo		20'
Avaliação	Preenchimento de ficha de avaliação da sessão	Interativa	Instrumental	Ficha de avaliação da sessão	10'

A FAMÍLIA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÓNICA

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR
CSI SEIXAL

ENF.ª MARIA INÊS CARVALHO

11 DE DEZEMBRO




CONCEITO DE FAMÍLIA

“conjunto de indivíduos unidos por laços de sangue ou matrimoniais”.

“são dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico”.

“A nossa família é quem nós consideramos como tal”.

Poder

Resolução de Problemas



Comunicação Familiar

Papéis Familiares



IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA DA CRIANÇA NA FAMÍLIA

1º Estádio – Choque e Negação

2º Estádio – Ajuste

3º Estádio – Reintegração e Reconhecimento

(Wong, 1999, p.470)



IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA DA CRIANÇA NA FAMÍLIA

Impacto no sistema conjugal (casal)

Impacto na relação com os irmãos

Impacto na vida social



CONSTRUÇÃO DE UM MURAL ...

Facilidades sentidas pelas famílias com crianças com doença crónica.	Dificuldades sentidas pelas famílias com crianças com doença crónica.
--	---



PRÓXIMAS SESSÕES ...

8 de Janeiro de 2014 às 18 horas
“Recursos da comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica”

29 de Janeiro de 2014 às 18 horas
“Reconstrução da Esperança”

MUITO OBRIGADO ...



APÊNDICE XX - Planeamento da 2ª sessão de grupo de ajuda mútua

Plano da 2ª Sessão de Educação para a Saúde

Tema	Recursos da comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica				
Data e Hora	8 de Janeiro de 2014 às 18 horas				
Local	Sala de Formação do C S Seixal				
Destinatários	Pais de Crianças e Adolescentes com doença crónica inscritos na lista I da USF CSI Seixal				
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar conhecimentos sobre os recursos da comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica; - Promover a partilha de conhecimentos e experiências sobre os recursos da comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica. 				
Conteúdos	Atividades	Método/ Técnica	Domínio de conheci mento	Recursos	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> - Transmitir as Boas-Vindas - Agradecer a presença de todos os membros do grupo - Fazer um resumo do que aconteceu na sessão anterior - Explicar o que está planeado para esta sessão 	Distribuição do folheto com referência ao tema e objetivo da sessão	Expositivo	Cognitivo	Folheto informativo sobre o projeto	10'

<p>Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoio e suporte Social - Recursos na comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica - Legislação de apoio 	<p>Exposição da temática</p> <p>Partilha de experiências e opiniões</p>	<p>Expositiva</p> <p>Interativa</p>	<p>Cognitivo</p> <p>Afetivo</p>	<p>Diapositivos</p> <p>Narrativas que favoreçam a partilha</p> <p>Guia de Recursos na comunidade para famílias com crianças e adolescentes com doença crónica</p>	<p>20'</p>
<p>Conclusão</p> <p>Recursos utilizados por cada família</p> <p>Recursos que a família poderá vir a utilizar</p>	<p>Realização da</p> <p>Árvore dos recursos para a Família</p>	<p>Interativa</p>	<p>Afetivo</p> <p>Instrumental</p>	<p>Cartolina</p> <p>Canetas de cor</p> <p>Guaches</p> <p>Pinceis</p>	<p>20'</p>
<p>Avaliação</p>	<p>Preenchimento de ficha de avaliação da sessão</p>	<p>Interativa</p>	<p>Instrumental</p>	<p>Ficha de avaliação da sessão</p>	<p>10'</p>

Recursos na Comunidade para as Famílias com Crianças e Adolescentes com doença crónica



Rede social

todas as relações que uma pessoa percebe como significativas, por exemplo, família, amigos, relações comunitárias, relações com o sistema de saúde e agências sociais, relações de trabalho ou estudo.



Apoio e suporte social

utilização dos recursos disponíveis na rede social formal ou informal.

A rede social pode prestar vários tipos de apoio social, nomeadamente:

- Apoio informativo

transmitido pelos profissionais de saúde, baseado na transmissão de informação relacionado com a doença, terapêutica e cuidados específicos. Permite diminuir a incerteza e a ansiedade nas tomadas de decisão.

- Apoio espiritual e emocional

tem origem na rede informal e consiste no apoio, no encorajamento, na esperança e na escuta.

- Apoio material

consiste no acesso a recursos materiais (bens, transporte, refeições, apoio domiciliário).



- Apoio valorativo

consiste no reforço positivo fornecido pela rede formal e informal, no sentido de reconhecer o esforço e persistência da família nos cuidados ao seu filho.

Funções da rede social

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



"existe suporte e apoio social quando estes recursos envolvem o ajudar e o ser ajudado, o apoio emocional, a compreensão, a escuta, o encorajamento e o interesse em cuidar e em ser cuidado."

(Charepe, 2011, p.55)



Guia de recursos na comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica.

Instituições Públicas

- ACES Almada Seixal - USF CSI Seixal
- UCC Seixal
- Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, no HGO.

Instituições Privadas de Solidariedade Social

Rede Incluir

CRIAR - T

Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Almada e Seixal

Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

Associação de amigos e pais da criança com doença crónica

Associação Portuguesa de Deficientes

Associação de Surdos do Concelho do Seixal

CNAD - Cooperativa Nacional de Apoio a Deficientes

Cooperativa pelo Sonho é que vamos

Associação Almadense Rumo ao Futuro

CERSISA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas - Almada

CERSIMBRA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas - Sesimbra

Associação Portuguesa Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Lisboa

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Seixal

União Concelhia das Associações de Pais e Encarregados de Educação do Seixal

Centro Paroquial de Bem-Estar Social da Arrentela

Centro Paroquial de Bem-Estar Social Fernão Ferro

Centro Paroquial e Social da Sagrada Família de Miratejo / Laranjeiro

Centro de Solidariedade Social de Pinhal de Frades

Centro Assistência Paroquial de Amora

Centro Comunitário Várias Culturas Uma Só Vida

Centro de Formação Profissional do Seixal

Acrescer - Associação Juvenil de Animação Socio-Educativa

Associação Juvenil Interrogações

Outras Instituições a salientar ...

Oinar - Associação pela Prevenção e Apoio à Saúde Mental

reaficinas

Liga Portuguesa Contra a Epilepsia

Instituto de Apoio à Criança

Associação Terra dos Sonhos

ACREBITAR - Associação de Pais e Amigos da Criança com Câncer

ASBHP - Associação Síndrome Bifida e Hidrocefalia

APN - Associação de Doenças Neuromusculares

AFQ - Associação de Fibrose Quística

COAÇÃO FELIZ - APAEDC - Associação de Proteção e Apoio à Criança com Doença Cardíaca

DTT - Diabéticos Todo Terreno

HEPATIX - Associação Nacional das Crianças e Jovens Transplantadas com Doença Hepática

Legislação de Apoio

Subsídio de assistência a filhos com deficiência ou doença crónica (Guia prático - 1.0/2013)

Decreto-Lei n.º 133 - B/07

Define a proteção nos encargos familiares através da atribuição das seguintes prestações:

Subsídio familiar a crianças e jovens;

Bonificação, por deficiência, do subsídio familiar a crianças e jovens;

Subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial.

construção de um cartaz com a árvore dos recursos utilizados pelas famílias



**APÊNDICE XXI - Planeamento da 3ª sessão de grupo de ajuda
mútua**

Plano da 3ª Sessão de Educação para a Saúde

Tema	Reconstrução da Esperança				
Data e Hora	29 de Janeiro de 2014 às 18 horas				
Local	Sala de Formação do C S Seixal				
Destinatários	Pais de Crianças e Adolescentes com doença crónica inscritos na lista I da USF CSI Seixal				
Objetivo					
Conteúdos	Atividades	Método/ Técnica	Domínio de conhecimento	Recursos	Tempo
Introdução - Transmitir as Boas-Vindas - Agradecer a presença de todos os membros do grupo - Explicar o que está planeado para esta sessão	Distribuição do panfleto com referência ao tema e objetivo da sessão	Expositivo	Cognitivo	Panfleto informativo sobre o projeto	10'
Desenvolvimento	Leitura da História por todos os membros do grupo	Expositiva Interativa	Cognitivo Afetivo	Diapositivos Narrativas que favoreçam a partilha	20'
Conclusão	Partilha de experiências e opiniões	Interativa	Cognitivo		20'
Avaliação	Preenchimento de ficha de avaliação da sessão		Instrumental	Ficha de avaliação da sessão	10'

Promoção da Esperança



O que é a esperança?

"uma emoção... confiança nos outros e no futuro ... expressão de razões para viver ... paz interior, otimismo, associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia"



Ter esperança é acreditar

... que tudo é possível.
... que o dia seguinte será melhor que o que já passou.
... em algo.
... que a vida nos vai sorrir.

Ter esperança é sentir

Força ... É uma espécie de força invisível que ajuda a ir em frente, de modo a podermos ultrapassar as limitações e obstáculos. É uma força que nos move.

Confiança ... nos outros, na própria vida, no presente e no futuro.

Fé ... É ter fé em nós e nos outros

Dar um sentido ... É tentar dar um sentido à vida quando tudo parece perdido.



Porque é que a esperança é importante?

Porque é uma condição de vida

É fundamental para vivermos com a melhor qualidade de vida possível.

A esperança rege e guia a nossa vida

Surge como uma "luzinha ao fundo do túnel".

Como procurar estratégias e recursos de esperança?



Potenciar a personalidade e individualidade

A nossa personalidade e individualidade são mecanismos que temos para enfrentarmos situações complexas ao longo da nossa vida.

Enfrentar as tarefas difíceis como sendo desafios e não ameaças
Ser perseverante
Recuperar das contrariedades

Potenciar a Positividade

Partindo ao encontro de palavras positivas
Celebrar as competências
Deve-se dar mais importância às capacidades e potencialidades das crianças e não dar tanta importância às angústias

Partilhar as suas vivências e experiências

Procurar junto da comunidade os recursos disponíveis



Que contributos trás a esperança?

- Antecipa as possibilidades
- Tranquiliza
- Dá capacidade de resistir e reagir



Uma história de Esperança ...

Para ler e comentar ...

"Numa quinta bem distante da cidade, um lugar verdejante com um céu azul celeste e grande de se " perder de vista", vivia a Sr^a. Pata Patatinha, com o seu marido, Sr. Pato Patapom.

A Patatinha em breve ia ser mãe. Mãe de sete patinhos. Passava os dias a aconchegar os seus ovos debaixo das suas fofas penas castanhas e brancas. O Patapom ajudava a manter os ovos quentinhos, pois por vezes, quando a Patatinha queria esticar um pouco as patas; comer ou dar umas voltinhas no lago, era o Patapom que ficava a substituí-la.

Era uma família feliz. Passaram-se dias e os ovinhos pareciam querer estalar a casca, para os patinhos saírem.

As vizinhas Galinhas e Coelhas juntaram-se em seu redor para verem os rebentos e poderem em primeira mão dar as boas novas.

O Patapom estava ansioso, e caminhava a volta do ninho, dando saltinhos para conseguir ver, pois as vizinhas tinham-se colocado à sua frente. O Patapom empurrou, empurrou, até que conseguiu ficar mesmo ao pé do ninho.

Pouco depois, o primeiro patinho partiu a casca do seu ovo, e depois outro e outro e começaram a ver-se bicos vindos de dentro dos ovos, que partiam o resto da casca saindo para o exterior, e que depressa fizeram "quá-quá".

Ficaram maravilhados com os seus patinhos, todos amarelinhos de olhos pretos e patas grandes. Mas falta um ovinho! A casca estava quebrada, mas o tempo passou e nada. O sétimo patinho não saiu do ovo.

-O que se passa?! - Perguntou Patapom, mas a Patatinha não deu resposta, porque não sabia o que se passava.

Até que a vizinha Galinha disse:

- Patatinha pica a casca do ovo, ajuda o teu filho a nascer.

E a mãe pata assim fez. Picou, picou com cuidado mas com toda a sua força interior. A casca abriu, e por fim saiu lá de dentro um patinho amarelinho de olhos pretos e patas grandes como os seus irmãos, mas...
...mas só tinha uma patinha.

- Oh!!!! - Exclamaram as vizinhas.

Os pais patinhos olharam um para o outro e apesar de não saberem bem o que fazer, pensaram logo que teriam de amar também aquele patinho, mesmo sendo diferente dos irmãos.

O patinho sem pata fazia tudo. Era um pouquinho mais lento a andar, mas ia a todo o lado onde os irmãos iam.

Mas, quando chegou o momento de ir nadar para o lago, os pais pensaram que ele não seria capaz.

A vizinha Coelha para os encorajar disse:

- Tenham esperança ele vai ser capaz. É um patinho cheio de força e vai ultrapassar mais esta dificuldade.

O patinho sem pata foi o último a chegar ao lago e ao ver os irmãos lá dentro a nadar, pensou não ser capaz, teve medo e olhou para trás, como a pedir ajuda aos pais.

Os pais queriam acreditar que sim, que ele seria capaz. E ao ver aqueles olhos pretinhos a pedir ajuda, como a dizer: E agora o que é que eu faço?!

Os pais foram ao seu encontro dizendo:

- Força filho, vais ser capaz. Vai, estamos aqui ao teu lado para te ajudar, vamos contigo, entramos também na água.

E lá foram os três para dentro do lago. Juntaram-se aos outros seis patinhos. O pato sem pata ao verificar que conseguia nadar ficou feliz.

Nadava mais devagar, meio torto, mas conseguia, e à sua volta a família gritava:

- És capaz, és capaz...Viva!!!

Até a Sr^a Coelha e a D. Galinha, vizinhas muito amigas da Patatinha e do Patapom gritavam á beira do lago:

- Boa, és capaz, já estás a nadar como os teus irmãos!

É claro que só ficaram à beira do lago, pois os coelhos e as galinhas não sabem nadar..."

**APÊNDICE XXII – Convite às famílias para participação na 1ª sessão
de grupo de ajuda mútua**



Unidade de Saúde Familiar
Cuidados de Saúde Integrados do Seixal

Convite

Realiza-se no dia 11 de Dezembro de 2013, pelas 18 horas, uma sessão de educação para a saúde com o tema “ A Família com crianças e adolescentes com doença crónica”.

Esta sessão está inserida no âmbito do projeto de intervenção comunitária “Promoção do Autocuidado nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica”.

Organização:
Enf^a Maria Inês Carvalho
Telefone: 96 353 34 49

Morada: USF CSI Seixal
Largo da Mundet
2840 Seixal
Telefone: 21 2277183

Correio electrónico:
mipcarvalho30@gmail.com

APÊNDICE XXIII – Panfleto informativo sobre o projeto



“ Promoção do Autocuidado nas Famílias com Crianças e Adolescentes com Doença Crónica”

A família é o lugar onde nascemos, crescemos e morremos. A nossa família é quem nós consideramos como tal. Podemos ou não ter laços de sangue ou estar unidos pelo casamento. Podemos ou não viver na mesma casa mas temos o compromisso mútuo de cuidar uns dos outros ao longo do tempo.

Existem, porém momentos de crise na vida de todas as famílias. É nestes momentos que a intervenção do Enfermeiro de Família pode ser importante.

Este Projeto de Intervenção Comunitária visa dar resposta a algumas dificuldades sentidas pelas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica.

Neste âmbito está a ser implementada na USF CSI Seixal, em articulação com outras unidades de saúde, a Consulta de Enfermagem à Família.

Vão também ser dinamizadas várias sessões de educação para a saúde dirigidas a estas famílias com os seguintes temas:

11 de Dezembro de 2013 – “A Família com crianças e adolescentes com doença Crónica”

8 de Janeiro de 2014 às 18 horas – “Recursos da comunidade para as famílias com crianças e adolescentes com doença crónica”

29 de Janeiro de 2014 às 18 horas – “Reconstrução da Esperança”

USF CSI Seixal

Enf^o Maria Inês Carvalho

Seixal

2013

APÊNDICE XXIV - Ficha de avaliação das sessões



Avaliação da 1ª Sessão de Educação para a Saúde

“ A Família com crianças e adolescentes com doença Crónica”

O preenchimento deste questionário vai permitir avaliar o impacto nas expectativas dos participantes. Responda à questão colocando um X na opção que corresponde à sua opinião.

A sessão de educação para a saúde satisfaz as minhas expectativas.

A sessão de educação para a saúde não satisfaz as minhas expectativas.

APÊNDICE XXV – Descrição da actividade 5

Atividade 5
Articulação com a UCC
Dia: Segunda 4ª feira de cada mês
Duração: Aproximadamente 1h: 30'
Local: Sala de Formação do Centro de Saúde do Seixal
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmitir Informações sobre as crianças acompanhadas na Pedopsiquiatria. - Transmitir Informações sobre as crianças acompanhadas no SNIPI. - Discutir casos entre a equipa multidisciplinar. - Planear a intervenção a realizar por cada membros da equipa. - Sinalizar situações detectadas.
<p>Principais Contributos:</p> <p>Esta articulação entre as várias unidades funcionais é uma mais valia para a continuidade da prestação de cuidados às famílias com crianças com doença crónica. Permite também uma eficaz articulação entre os vários elementos da comunidade.</p> <p>Nestes momentos estão presentes enfermeiros representantes de todas as unidades funcionais do ACES e também os professores representantes dos agrupamentos de escolas do Concelho do Seixal, permitindo-nos partilhar situações e planear a intervenção mais adequada por cada instituição.</p> <p>A articulação com a UCC, permite também recebermos informações sobre as crianças seguidas na Pedopsiquiatria e no SNIPI, indispensáveis à nossa prestação de cuidados.</p> <p>Apesar de se realizar um reunião mensal, esta articulação é contínua, facilitando a resolução de problemas e poupando tempo e recursos.</p> <p>As informações e os resultados das discussões realizadas nas reuniões são registadas posteriormente no processo do utente e família e são realizadas as diligências necessárias para dar continuidade ao planeado.</p> <p>Foi desenvolvida pela mestranda uma folha de registo dirigida a estas reuniões de forma a facilitar o registo e a consulta de informações.</p>

APÊNDICE XXVI – Descrição da actividade 6

Atividade 6
Identificação de todas as crianças com doença crônica inscritas na USF CSI Seixal.
Dia: 2 de Dezembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014
Duração: 2 meses
Local: USF CSI Seixal
Objetivos: Identificar as famílias com crianças e adolescentes com doença crônica inscrita na USF CSI Seixal
Principais Contributos: No decorrer do desenvolvimento deste projeto, foi realizada avaliação familiar e intervenção nas famílias inscritas na lista I da USF CSI Seixal. Foi construído um projeto com várias actividades dirigidas a estas famílias. Porém, existem outras famílias inscritas na USF com doença crónica e é nosso objetivo que posteriormente venham a beneficiar desta intervenção, pelo que o primeiro passo deste processo é a identificação de todas as crianças e adolescentes com doença crónica. Começámos por construir um documento, onde consta a identificação da criança, o diagnóstico clínico, as instituições da comunidade que frequenta e o plano de intervenção. Este documento tem sido uma mais valia na articulação com a UCC, uma vez que esta identificação e esquematização facilita a organização do trabalho e a consulta de informações.

**APÊNDICE XXVII – Plano de formação à equipa de enfermagem da
USF CSI Seixal**

Questionário para diagnóstico dos conhecimentos sobre avaliação e intervenção familiar

O presente questionário está inserido no Projeto “Promoção do Autocuidado nas famílias com crianças e adolescentes com doença crónica” e pretende avaliar os conhecimentos e percepção da equipa de enfermagem relativamente á avaliação e intervenção familiar.

Pede-se que leia as questões e coloque um X na classificação correspondente.

1 - Como considera o seu nível de conhecimentos sobre avaliação familiar?

Inexistente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

2- Que Instrumentos de avaliação familiar conhece?

3 - Como considera o seu nível de conhecimentos sobre intervenção familiar?

Inexistente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

4 - Como considera o seu nível de conhecimentos sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?

Inexistente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

5 - Que modelos de avaliação e intervenção familiar conhece?

6 - Considera benéfico a realização de formação em serviço sobre avaliação e intervenção familiar?

Sim _____

Não _____

Resultados da aplicação do questionário

Perceção sobre os conhecimentos

Tema	Inexistente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conhecimento sobre avaliação familiar		4	1		2
Conhecimento sobre intervenção familiar		4		1	2
Conhecimento sobre MDAIF		4		1	2

Instrumentos de avaliação familiar que conhecem

Número de Enfermeiras	Instrumentos Conhecidos
3	Nenhum
2	Conhecem vários instrumentos
1	Conhece um instrumento

Modelos de avaliação e intervenção familiar que conhecem

Número de Enfermeiras	Modelos Conhecidos
7	Modelo de Calgary
4	MDAIF

Realização de formação sobre a temática

Sim – 7 enfermeiras

Plano de Formação sobre “Avaliação e Intervenção Familiar”

Objetivos:

- informar sobre a organização e funcionamento da consulta de enfermagem à família;
- clarificar conceitos relativos ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar;
- clarificar conceitos relativos a instrumentos de colheita de dados no âmbito da avaliação familiar;
- informar sobre os recursos existentes na comunidade para as famílias com crianças com doença crónica.

Local: Sala de Formação do Centro de Saúde do Seixal

Destinatários: Equipa de Enfermagem da USF CSI Seixal

Data	Tema	Conteúdo	Formadores	Método	Duração
14 Maio 2014	“Avaliação e Intervenção Familiar – Parte I”	- Enfermagem de Família - Tipos de Abordagem à Família - Organização da Consulta de Enfermagem à Família na USF CSI Seixal	Enf ^a Maria Inês Carvalho	Expositivo Interativo	14h-15h
28 Maio 2014	“Avaliação e Intervenção Familiar – Parte II”	Avaliação Familiar - Avaliação estrutural - Avaliação de Desenvolvimento - Avaliação Funcional - Instrumentos de avaliação Familiar	Enf ^a Maria Inês Carvalho	Expositivo Interativo	14h-15h:30m
11 Junho 2014	“Avaliação e Intervenção Familiar- Parte III”	- Intervenção Familiar - Análise de casos práticos. - Avaliação dos conhecimentos adquiridos	Enf ^a Maria Inês Carvalho Enf ^a Miriam Almeida	Expositivo Interativo	14h-15h

APÊNDICE XXVIII – Quadro 10 : Alteração do juízo de não demonstrado para demonstrado

Diagnóstico	1		2		3		4		5		6		7	
Papel Parental não adequado	x		x		x		x		x		x		x	
Critérios de Diagnóstico	ND	D												
Conhecimento sobre vigilância de saúde não demonstrado														
Comportamento de adesão não demonstrado relativamente às Consultas de Vigilância							x	x	x					
Conhecimento não demonstrado sobre padrão alimentar adequado à criança e adolescente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Comportamento não demonstrado sobre padrão alimentar adequado à criança e adolescente	x		x		x	x	x	x	x					
Conhecimento não demonstrado sobre higiene oral e cáries dentárias							x	x					x	x
Comportamento não demonstrado sobre higiene oral e cáries dentárias							x	x					x	x
Conhecimento não demonstrado sobre sono e repouso adequado à criança e adolescente							x	x					x	x
Comportamento não demonstrado sobre sono e repouso adequado à criança e adolescente							x	x					x	x
Conhecimento não demonstrado sobre prevenção de acidentes													x	x
Comportamento não demonstrado sobre prevenção de acidentes													x	
Conhecimento não demonstrado sobre padrão de exercício físico adequado à criança / adolescente	x	x			x	x					x	x		
Comportamento de adesão não demonstrado sobre padrão de exercício físico adequado à criança / adolescente	x	x			x	x					x			
Conhecimento não demonstrado relativamente mudanças da adolescência	x	x	x	x							x	x		
Comportamento de adesão não demonstrado relativamente às mudanças da adolescência	x		x								x	x		
Conhecimento não demonstrado relativamente à socialização e autonomia da criança	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x		
Comportamento de adesão não demonstrado relativamente à socialização e autonomia da criança	x		x		x				x		x	x		
Conhecimento não demonstrado sobre padrão de atividades de lazer adequado	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x		
Comportamento de adesão não demonstrado sobre padrão de atividades de lazer adequado	x		x	x	x	x			x	x	x	x		
Conhecimento não demonstrado sobre regras estruturantes adequado à criança e adolescente	x	x					x	x	x	x			x	x
Comportamento não demonstrado sobre regras estruturantes adequado à criança e adolescente	x						x	x	x				x	
Consenso do papel							x		x	x				
Conflito do papel	x				x		x		x					
Saturação do papel	x		x		x		x		x				x	

APÊNDICE XXIX – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NAS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA

Investigadora: Enfermeira Maria Inês Morita Penetra Carvalho

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

Seixal, ____ de _____ de 2013

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

ANEXOS

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

Estádio 1 - Casal sem filhos

Estádio 2 - Casal com filhos pequenos (filho mais velho com <30 meses)

Estádio 3 - Casal com filhos em idade pré-escolar (filho mais velho com 2,5 A aos 6A)

Estádio 4 - Casal com filhos em idade escolar (filho mais velho com 6A - 13 A)

Estádio 5 - Casal com filhos adolescentes (filho mais velho com 13A - 20 A)

Estádio 6 - Casal com filhos jovens adultos a sair de casa (desde que o primeiro sai até ao último)

Estádio 7 - Progenitores na meia idade (desde o “ninho vazio” até à reforma)

Estádio 8 - Progenitores idosos (desde a reforma até à morte de um dos cônjuges)

**ANEXO II – Classificação Social Internacional de Graffar
(adaptada)**

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

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

Fonte: Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

ANEXO III - Escala de risco familiar de Segóvia Dreyer

1 ponto		2 pontos	
Invalidez		Droga	
Mãe Solteira		Alcoolismo	
Mãe analfabeta		Desnutrição	
Morbilidade Crónica		Pais analfabetos	
Morte de pai ou mãe		Apgar familiar < 4	
Hospitalizações frequentes		Chefe de família preso	
Chefe de família desempregado		Filho grande deficiente	
Ausência temporária de 1 dos pais		Ausência de um dos pais	
Chefe de família com trabalho temporário		Filho com carências afectivas graves	

- Risco Médio : > 3 pts

- Risco Alto: > 6 pts

ANEXO IV - Comprovativo de contato com o sistema de informação

USF CSI

De: suporte@medicineone.net
Enviado: quarta-feira, 10 de Abril de 2013 14:34
Para: enfuscis@esseixal.min-saude.pt
Assunto: Re: [RINC41088] Pedido de informação

Bom tarde Enf. Inês

A escala em causa é a Segovia Dreyer. Não conseguiremos indicar qual a bibliografia.

Atentamente,

Raquel Nogueira

MedicineOne

Instituto Pedro Nunes
Rua Pedro Nunes
Quinta da Hora
3320-190 Corvoça

Tel: +351 289 103 503
Fax: +351 289 103 501
Mail: suporte@medicineone.net
Web: www.medicineone.net

Consideramos o incidente encerrado se no prazo de 72 horas (3 dias úteis) não obtivermos resposta a esta mensagem.

Date: 02-04-2013 11:15:13
Subject: Pedido de informação
From: enfuscis@esseixal.min-saude.pt
To: suporte@medicineone.net; suporte@medicineone.net

Bom dia, chamo-me Inês Carvalho e sou enfermeira na USF CSI Seixal.
Preciso de saber qual o autor utilizado na caracterização da estrutura familiar e do risco familiar. Estes dois parâmetros são registados dentro do processo familiar.
Se possível preciso também saber a bibliografia utilizada.
Sem outro assunto.
Cumprimentos.

**ANEXO V - Comprovativo de contato com a Dra. Isabel Segóvia
Dreyer**

Isabel Segovia (isegovia@med.uchile.cl)
Añadir mis contactos

15-05-2013

Para: Fernanda Silva

De: isegovia@gmail.com en nombre de Isabel Segovia (isegovia@med.uchile.cl)
Enviada: jueves, 15 de Mayo de 2013 14:29:15
Para: Fernanda Silva (fernandraminibus@hotmail.com)
Vista: Vista de Outlook

3 anexos (total 138,4 KB)



ESCALA SALUFAM.pdf
Ver online



ESCALA SALUFAM Klaus.pdf
Ver online



Puchel y cols.pdf
Ver online

Transferir como vnc

Fernanda:

No he contestado, porque no he desarrollado escala de evaluación de riesgo familiar. Se usa el APGAR validado chileno (tiene preguntas diferentes al de Smilkstein), y el FACES III.

El FACES IV no nos ha gustado, más bien es para investigación.

Aquí los diferentes centros han desarrollado sus escalas según su realidad local, como para la gestión de casos.

Con adolescentes usamos mucho tri-su familia, porque es un instrumento chileno.

En la clínica el grupo PCC acaba de desarrollar la escala de vulnerabilidad familiar salufam, que le pueden echar una mirada. Claro que también es un instrumento chileno.

Isabel Segovia

ANEXO VI - Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES)

II

Escala de Coesão e Adaptação Familiar - FACES II

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

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

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

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

**ANEXO VII - Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo
Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em
Enfermagem de Saúde Familiar**

Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), constituindo-se como referencial teórico e operativo, pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A sua co-construção emergiu num percurso de investigação-ação desenvolvido com os enfermeiros que atualmente estão mais ligados à prestação de cuidados à família.

Tal Modelo sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família.

Define os conceitos: Família, Saúde Familiar; Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família.

Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização específica, partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

Os seus postulados ou princípios de intervenção enquadram o Modelo no contexto dos CSP, particularizando a atuação dos enfermeiros no âmbito das atuais Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

A estrutura operativa (integrando as definições teóricas e operacionais e sustentada pelos pressupostos e postulados) permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar. De cariz dinâmico, flexível e interativo, permite aos enfermeiros proporem intervenções que dêem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades.

Na estrutura operativa é utilizada terminologia da ICNP/CIPE, tendo sido definido o Resumo Mínimo de Dados que integra diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados sustentados pelas definições do Modelo e nas ligações operacionais que constituem a sua matriz de ordenação. Com indicadores de estrutura, processo e de resultado que, sustentados nas definições operativas do MDAIF, permitem identificar os ganhos em saúde para as famílias nos seus domínios de funcionamento, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Verifica-se também a adequação do Sistema de Informação em Enfermagem em CSP à matriz operativa do MDAIF.

Salienta-se o Projeto de Investigação: “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma acção transformativa em Cuidados de Saúde Primários”, com os seguintes objetivos: avaliar o impacto da formação sustentada pelo MDAIF, no desenvolvimento das competências dos enfermeiros de CSP na avaliação e intervenção familiar; avaliar o impacto da aplicação do MDAIF no potencial de saúde das famílias, identificando os ganhos em saúde sensíveis à intervenção dos enfermeiros de CSP; aprofundar as categorias das dimensões do MDAIF (estrutural, desenvolvimento e funcional) nas suas vertentes de diagnóstico e de especificação de intervenções. As instituições parceiras são: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Administração Regional de Saúde do Norte, Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores, Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros, Escola Superior de Saúde de Santarém, Escola Superior de 2 Enfermagem de Vila Real, Universidade Católica Portuguesa, Universitat Rovira I Virgili e Universidade de São Paulo. Prevê-se a curto prazo a integração de outras instituições de várias zonas do país.

Os parceiros do projeto pretendem, através de experiências inovadoras em CSP, fazer emergir práticas fundamentadas em referenciais de enfermagem de família, considerando o MDAIF estruturante dos processos de tomada de decisão dos enfermeiros de família.

O MDAIF está integrado em conteúdos programáticos de Unidades Curriculares no âmbito da Saúde Familiar, nomeadamente em Pós-Licenciaturas/Mestrados de Saúde Comunitária e Mestrado de Saúde Familiar, em diversas instituições de ensino de enfermagem em Portugal. É utilizado como referencial teórico e operativo em estágios integrados nos cursos supra-citados.

É igualmente utilizado como referencial teórico em estudos de investigação no âmbito de Mestrado e Doutoramento.

Pelo anteriormente exposto e, considerando o processo de criação da nova especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar; o perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (aprovado por este Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária - CEEC e em Assembleia-geral da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República em Regulamento n.º 126/2011, de 18 de Fevereiro) e ainda, os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Familiar e respectivo Programa Formativo, documentos desenvolvidos com base no referido modelo, discutidos e aprovados em Assembleia Extraordinária do CEEC, de 16 de Julho, sendo o primeiro igualmente aprovado em Assembleia-geral da Ordem dos Enfermeiros (OE) de 22 de Outubro; por proposta da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária ao Conselho Directivo da OE, após ser ouvido o Conselho de Enfermagem, onde nenhum dos conselheiros se manifestou desfavoravelmente existindo até algumas posições francamente favoráveis, foi deliberado favoravelmente, em reunião de 7 de dezembro de 2011, a adoção, pela OE, do referido Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar.

ANEXO

Referências:

Figueiredo, M. (2011). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*, Lisboa: Lusociência (no prelo).

Figueiredo, M. (2011). *Manual de apoio à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. ISBN: 978-989-20-2670-1.

[http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F1282675467/MDAIF_documentoTrabalho \(4\).pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F1282675467/MDAIF_documentoTrabalho (4).pdf)

Figueiredo M., & Martins M. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9 (3), pp. 552-559

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). From practice contexts towards the (co)construction of family nursing care models. *Rev. esc. enferm. USP*, 43 (3), pp. 612-618.

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf>

Figueiredo, M., & Moreira, S. (2009). Cuidar a família: da concepção á documentação dos cuidados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), pp.56-64.

http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf

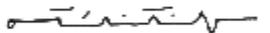
“Sob proposta da MCEEC, o Conselho Diretivo deliberou, em reunião de 07 de Dezembro de 2011, adotar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar, como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar.”

**ANEXO VIII - Autorização da Dra. Otília Monteiro Fernandes para
utilização do FACES II**

Otília Monteiro Fernandes, Professora Auxiliar da UTAD, declara que autoriza a utilização da sua versão portuguesa da FACES II de David H. OLSON, Joyce PORTNER & Richard BELL (1982), conforme consta na sua tese de mestrado *Família e Emigração* (Universidade de Coimbra/FPCE, 1995), a MARIA INÊS MORITA PENETRA, para a realização da sua investigação sobre **Promoção do Autocuidado nas Famílias de Crianças com Doença Crónica**, cuja orientação está a cargo de Professor Doutor José Edmundo Sousa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vila Real, 27 de junho de 2013

a docente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Otilia Monteiro Fernandes', with a horizontal line extending to the right.

Otília Monteiro Fernandes
(professora auxiliar da UTAD)

**ANEXO IX – Pedido de autorização do ACES para aplicação dos
instrumentos de colheita de dados**

Exmo Sr. Director do ACES Almada Seixal

Dr. Luís Amaro

Maria Inês Morita Penetra Carvalho, Enfermeira na USF CSI Seixal, encontra-se a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de enfermagem comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito pretende-se desenvolver um projeto direcionado para a Promoção do Autocuidado nas famílias de crianças com doença crónica. O orientador científico deste projeto é o Professor Doutor José Edmundo Sousa, docente da escola.

Decorre neste momento um ensino clínico, no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, cuja finalidade é a avaliação e intervenção nas famílias de crianças com doença crónica. Nesta fase é necessário a aplicação de alguns instrumentos de dados, tais como o FACES II, que pretende avaliar a Coesão e Adaptabilidade Familiar e a aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar da Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo. Este modelo é, desde 7 de Dezembro de 2011, o referencial teórico em Enfermagem de saúde Familiar adotado pela Ordem dos Enfermeiros, para a prática de prestação de cuidados de enfermagem, aquando da intervenção em famílias.

Assim, venho por este meio pedir autorização para a aplicação destes instrumentos a famílias inscritas na USF CSI Seixal.

Sem outro assunto

Cumprimentos

19 de Junho de 2013

Enfermeira Maria Inês Carvalho

**ANEXO X – Pedido de autorização do ACES para nomear o ACES
Almada Seixal e a USF CSI Seixal**

Exmo. Sr. Diretor do ACES Almada Seixal

Dr. Luís Amaro

Maria Inês Morita Penetra Carvalho, Enfermeira na USF CSI Seixal, encontra-se neste momento a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de enfermagem comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito pretende-se desenvolver um projeto direcionado para a Promoção do Autocuidado nas famílias com crianças com doença crónica.

Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização para que o nome do ACES Almada Seixal e da USF CSI Seixal possa ser mencionado e identificado, no referido projeto de estágio. Será sempre salvaguardada a confidencialidade no referido estudo de investigação.

19 de Junho de 2013

Enfermeira Maria Inês Carvalho

**ANEXO XI: Itens relacionados com a coesão e adaptabilidade e
cotações negativas e positivas a aplicar**

Item da Coesão	Itens da Adaptabilidade
Laços Emocionais: (+) 1, (-) 17.	Imposição: (+) 2, (+) 14, (-) 28.
Limites Familiares: (-) 3, (-) 19.	Liderança: (+) 4, (+) 16.
Coligações (-) 9, (-) 29.	Disciplina: (+) 6 (+) 18
Tempo: (+) 7, (+) 23.	Negociação: (+) 8, (+) 20, (+) 26.
Espaço: (+) 5, (-) 25.	Papéis: (+) 10, (+) 22.
Amigos: (+) 11, (+) 27.	Regras: (+) 12, (-) 24.
Decisões: (+) 13, (+) 21.	
Interesses e Lazer: (-) 15, (+) 30.	

Fonte: Fernandes, O. (1995). Família e Emigração. Tese de Mestrado, Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

ANEXO XII: Scores e Interpretação do FACES II

Coesão		
8	80 - 74	Muito ligada
7	73 - 71	
6	70 - 65	Ligada
5	64 - 60	
4	59 - 55	Separada
3	54 - 51	
2	50 - 35	Desmembrada
1	34 - 15	
Adaptabilidade		
8	70 - 65	Muito Flexível
7	64 - 55	
6	54 - 50	Flexível
5	49 - 46	
4	45 - 43	Estruturada
3	42 - 40	
2	39 - 30	Rígida
1	29 - 15	
Tipo de Família = Coesão + Adaptabilidade / 2		
8 7	Muito Equilibrada	
6 5	Equilibrada	
4 3	Meio-Termo	
2 1	Extrema	

Fonte: Fernandes, O. (1995). Família e Emigração. Tese de Mestrado, Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

ANEXO XIII - Grelha de análise

