



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências
da Universidade Católica para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por

Anabela Sineiro Barbedo

Porto, Março de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências
da Universidade Católica para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por

Anabela Sineiro Barbedo

Sob orientação de Professora Norminda Magalhães

Porto, Março de 2011

RESUMO

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento das populações está a aumentar, e consequentemente a prevalência de doenças crónicas. Muitas vezes, aliada ao aumento da idade, coexiste a diminuição da independência para as actividades de autocuidado. As Políticas sociais da actualidade, tendem a manter as pessoas idosas, o mais tempo possível no seu domicílio, mesmo com dependência moderada a elevada, tornando-se um desafio para profissionais de saúde, por falta de recursos humanos e para os cuidadores informais, que necessitam de conhecimentos cognitivos e de aprendizagem de habilidades. O papel de prestador de cuidados, desempenhado, em muitos casos, por um elemento do agregado familiar, torna-se uma mais-valia, para a continuidade dos cuidados. Mas, por vezes, cuidar de alguém, com dependência, pode alterar a dinâmica familiar. Foi devido a uma percepção dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar Aguda, a uma inquietação das alunas do estágio (grupo de trabalho) e revisão bibliográfica, que surgiu a realização de um Diagnóstico de Saúde ao grupo familiar (famílias inscritas na Unidade de Saúde Familiar Aguda), cujo agregado doméstico incluísse um portador de patologia crónica, na abordagem da temática da Relação Dinâmica Familiar, segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009). Após o levantamento de dados, tratamento e análise dos mesmos, foi possível estabelecer as necessidades, das famílias incluídas no Diagnóstico de Saúde, executado durante o Módulo I de Estágio. Através da priorização pela técnica de comparação por pares, chegou-se aos problemas, (traduzidos em Focos de enfermagem) que deveriam ser alvo de intervenção comunitária. No Módulo II de Estágio, foi proposto desenvolver um projecto, com o objectivo de dar resposta a pelo menos um dos problemas encontrado. O Foco Papel Prestador de Cuidados, com o juízo não adequado, foi o seleccionado para a intervenção do projecto denominado Cuidar Familiar, que teve como objectivos, sensibilizar a comunidade para o papel da família no cuidar informal, fomentar a importância do papel do prestador de cuidados dentro da família e junto da equipa multidisciplinar, promover a adequação do papel do prestador de cuidados nas famílias e proporcionar às famílias formação formal/informal sobre o papel de prestador de cuidados. A realização dos dois Módulos de Estágio, proporcionou o desenvolvimento de mais competências profissionais, indo ao encontro do preconizado pelo Plano de Estudos do Curso de Mestrado com Especialização na Área de Enfermagem Comunitária e do Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

In developed countries, ageing populations are increasing, and consequently the prevalence of chronic diseases. Often, coupled with increasing age, coexists decreased independence for self-care activities. The current social Policies tend to maintain elderly people, as long as possible in your home, even with moderate to high dependency, becoming a challenge for health professionals, for lack of human resources, and to informal caregivers that require cognitive skills and learning abilities. The role of care provider, played in many cases, an element of the household, becomes an asset to continuity of care. But, sometimes, caring for someone with dependency, you can change the family dynamics. Was due to a perception of health professionals of Acute Family Health Unit, to a concern of students of internship (workgroup) and literature review, which emerged a health Diagnosis to family group (families in Acute family health Unit) whose household included a chronic carrier of pathology in the thematic approach of family dynamics, dynamic template Family assessment and Intervention (Figueiredo, 2009). After data collection, processing and analysis, it was possible to establish the needs of families included in the diagnosis of health, executed during the module I Stage. Through prioritization by the technique of pair-wise comparison, problems, (translated into outbreaks of nursing) that should be the subject of Community intervention. In module II Stage, it was proposed; develop to respond to at least one of problems found. Focus Healthcare Provider Role, with appropriate judgment, was not selected for the project called Family Care, which had , aims to sensitize the community to the role of the family in informal foster care, the importance of the role of care provider within the family and in the multidisciplinary team promote the role of provider care in families and provide formal/informal training families on the role of care provider. The achievement of two Stage modules, provided the development of more professional skills, going to meet the recommended by syllabus of the masters course with specialization in the area of Community Nursing and regulation of specific competencies of Nurse Specialist in Community Nursing.

AGREDECIMENTOS

À Regente da Disciplina Professora Norminda Magalhães pela orientação, colaboração presença e conhecimentos

À Professora Henriqueta Figueiredo pela sua disponibilidade, observações e partilha de experiência,

Ao Orientador de Estágio Enfermeiro Paulo Catarino pela orientação e incentivo,

Ao Director Executivo e Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde Espinho/Gaia pelo acolhimento,

À Sra. Enfermeira Celeste Pinto pelo apoio e acreditar

À Coordenadora da USF Aguda Dr.^a Goreti pela colaboração

Aos Enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar Aguda e da UCSP Grijó pela força impulsionadora,

À Nânci Teixeira, pelo caminhar colaborativamente ao longo do curso

Ao Agripino Aires, Cristiano Aires e Augusta Sineiro, pelo apoio incondicional e força motivadora

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação para a Prática de Enfermagem

FACES - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

O. E. – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

	Página
0 - INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA..	13
1.1 - Plano de Estudo de Enfermagem Comunitária	13
1.2- Local de Estágio	14
1.3 - O envelhecimento e a Doença Crónica.....	15
1.4- A Família e o Suporte Social.....	16
1.5- Enfermagem Comunitária e o Grupo Família.....	17
1.6 - Modelo de Enfermagem.....	17
1.7 - Diagnóstico de Saúde.....	18
CAPITULO II – PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS DO ESTÁGIO DE	
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	23
2.1- Planear, porquê?	23
2.2- Actividades Planeadas Módulo I	24
2.2.1- Equipa de saúde	24
2.2.2- Grupo Comunitário Família	25
2.3- Actividades Planeadas Módulo II	26
2.3.1- Dimensão funcional do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	26
2.3.2- Projecto de intervenção comunitária.....	27
2.3.2.1- Visitação domiciliária.....	30
2.3.2.2- Educação para a saúde aos prestadores de cuidados e famílias	30
2.3.2.3- Formação em serviço.....	31
2.3.2.4- Workshop	32
2.3.2.5- Equipa multidisciplinar	32
2.3.2.6- Convívio com prestadores de cuidados e famílias	32
2.3.2.7- Parcerias (parceiros comunitários)	33
2.3.2.8- Folhetos e poster	33
2.3.2.9- Organização de um Simpósio	34
CAPÍTULO III – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS	
DO ESTÁGIO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	35
3.1- Poster	35
3.2 - Visitação Domiciliária	36

3.3- Empoderamento dos Prestadores de Cuidados	36
3.4- Formação em Serviço	42
3.5- Equipa Multiprofissional	43
3.6- Workshop	44
3.7- Grupo de Apoio Mútuo	45
3.8 - Contactar Parceiros Comunitários e Estabelecer Parcerias	46
3.9- Realização do Simpósio	47
3.10- Avaliação do Impacto do Projecto Cuidar Familiar	48
CAPÍTULO IV – ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	55
4.1- Competências desenvolvidas	55
5- CONCLUSÃO	59
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	67
Anexo I: Gráficos do Diagnóstico de Saúde	69
Anexo II: Autorizações e consentimentos	73
Anexo III: Quadro nº1: Planeamento das estratégias	85
Anexo IV: Planeamento da visitação domiciliária	91
Anexo V: Folhetos e panfleto	99
Anexo VI: “Alimentação saudável”	107
Anexo VII: Planeamento e Plano da formação em serviço, ficha de diagnóstico e de Heteroavaliação.....	113
Anexo VIII: Planeamento do Workshop	131
Anexo IX: Texto integral	139
Anexo X: Powerpoint do Simpósio	143
Anexo XI: Folheto do Simpósio	155
Anexo XII: Certificado do Simpósio.....	159

INDÍCE DE QUADROS

Página

Quadro nº 1: Planeamento das estratégias	87
Quadro nº 2: Poster Projectos de Intervenção Comunitária	35
Quadro nº3: Avaliação da actividade visitação domiciliária	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico nº 1: Idade dos membros do agregado familiar	71
Gráfico nº 2: Idade dos cuidadores informais	71
Gráfico nº 3: Idade dos dependentes	71
Gráfico nº 4: Índice de Barthel	71
Gráfico nº 5: Durabilidade da doença crónica	71
Gráfico nº 6: Foco rendimento familiar e Foco abastecimento de água	20
Gráfico nº 7: Foco animal doméstico	20
Gráfico nº 8: Foco precaução de segurança e Foco edifício residencial	21
Gráfico nº 9: Foco satisfação conjugal	21
Gráfico nº 10: Foco papel prestador de cuidados	21
Gráfico nº 11: Foco processo familiar	22
Gráfico nº 12: Focos de enfermagem priorizados	22
Gráfico nº 13: Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	37
Gráfico nº 14: Avaliação do conhecimento sobre padrão alimentar adequado	38
Gráfico nº 15: Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação dos alimentos	38
Gráfico nº 16: Avaliação do conhecimento sobre preparação dos alimentos	39
Gráfico nº 17: Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação oral, SNG	39
Gráfico nº 18: Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	40
Gráfico nº 19: Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa	40
Gráfico nº 20: Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa	41
Gráfico nº 21: Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência na actividade recreativa	41
Gráfico nº 22: Avaliação do conhecimento sobre recursos da comunidade	42
Gráfico nº 23: Número de formandos que responderam acertadamente/por pergunta	43

0 - INTRODUÇÃO

A prática do cuidar de enfermagem pode ser encarada como uma interacção social, com dois sentidos (dar e receber) porque ao interagir com alguém, estes também agem e interagem, numa evolução e construção de conhecimentos.

O exercício profissional dos enfermeiros é baseado na evidência científica, o que conduz à procura constante de actualização de conhecimentos cognitivos e práticos, para intervir junto dos indivíduos, famílias e comunidade, dentro dos padrões de qualidade, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, obtendo ganhos em saúde.

A profissão de enfermagem e o conceito de ser enfermeiro e do cuidar, tem sofrido alterações ao longo dos tempos. Passou pela visão do cuidar através do Modelo bio - médico, em que a pessoa era vista como um conjunto de partes específicas a serem tratadas separadamente, para o Modelo holístico, um olhar da Pessoa como um todo, com valores intrínsecos, inserida num contexto ambiental, numa família, numa comunidade.

Actualmente, os países desenvolvidos, deparam-se com um aumento do envelhecimento das populações, e associadamente, um aumento da prevalência das doenças crónicas, com défices de carácter físico e intelectual. O fenómeno, também é conhecido em Portugal, conduzindo a desafios presentes e futuros, para os profissionais de saúde, tendo em conta, os recursos humanos, materiais e institucionais para apoio à pessoa idosa, e para os cuidadores informais e famílias, pois a doença pode afectar toda a dinâmica familiar.

Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, cuidadores formais, devem colaborar na capacitação das populações e famílias, para que possam, ser a rede de suporte social, das pessoas com mais de 65 anos de idade, muitos dos quais, portadores de patologias crónicas e dependentes. Contemporaneamente, as políticas sociais e de saúde, tendem a retirar as pessoas dos locais de institucionalização, mantendo-os junto das suas famílias.

É a família, sobretudo, os membros do mesmo agregado familiar, que muitas vezes, assume, o papel de prestador de cuidados, principalmente elementos do género feminino, necessitando de conhecimentos cognitivos e habilidades, para cooperar nas actividades do autocuidado. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pelas suas competências, pode desenvolver estratégias, contribuindo para a formação de comunidades mais saudáveis e dinâmicas.

Todo o percurso profissional, de sensivelmente 15 anos, esteve ligado aos Cuidados de Saúde Primários, com intervenções dirigidas aos indivíduos e suas famílias, exercendo funções de enfermeiro em cuidados gerais.

Nos últimos 4-5 anos, foi convidada para participar na equipa de Saúde Escolar, Núcleo Local da Diabetes do Centro de Saúde de Arcozelo e, iniciar, conjuntamente com uma Assistente Social e uma Médica de Saúde Pública, o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco, abrangendo todos os utentes inscritos, nas oito Unidades de Saúde. Para iniciar e desenvolver as diversas actividades, inerentes às funções exercidas, dos Núcleos e Saúde Escolar, foi necessário fazer formações, quer no serviço, quer na ARS Norte, ficando a motivação e incentivo para o trabalho com grupos da comunidade. Recentemente, foi convidada para fazer parte de uma equipa multiprofissional, iniciando o projecto de criação de uma Unidade de Saúde Familiar.

Na procura da melhoria de prestação de cuidados de enfermagem aos utentes, individualmente ou em grupo, em contexto familiar ou comunitário, foi iniciada formação, mais especializada, através do Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. As Unidades Curriculares, e o Estágio nos Módulos I e II, contribuíram para a realização profissional e desenvolvimento pessoal, através de aquisição de novas competências. O Módulo III de Estágio foi creditado, após avaliação do currículo profissional.

O Relatório de Estágio, descrito no presente trabalho, faz parte da avaliação de uma unidade curricular, e tem como objectivo transmitir, de forma crítica – reflexiva, o caminho percorrido ao longo dos Módulos de Estágio, explicitando, as actividades desenvolvidas. Para melhor compreensão, o relatório será dividido em quatro Capítulos. No Capítulo I, será feita a contextualização teórica, abordando, o local de estágio, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009), a fundamentação teórica para a selecção temática, o Diagnóstico de Saúde (população alvo, área geodemográfica, metodologia de colheita, tratamento de dados, avaliação e priorização dos problemas, traduzidos em focos de enfermagem). O Capítulo II, será apresentado o planeamento das actividades do estágio, para a concretização dos objectivos propostos. De uma forma sumária, serão apresentadas actividades, que foram planeadas para a realização do Diagnóstico de Saúde e do Projecto de Intervenção Comunitária Cuidar Familiar. No Capítulo III, serão explanadas a execução e avaliação das actividades implementadas, tais como: capacitação do prestador de cuidados, visita domiciliária, formação em serviço, Workshop, organização de um Simpósio, incentivar a formação de grupo de ajuda mútua e equipa multiprofissional, referindo alguns ganhos em saúde. O Capítulo IV, fará uma reflexão crítica – reflexiva, do Estágio, das competências desenvolvidas, comparando com o que é proposto pelo Plano de Estudos e pelo que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A realização do Diagnóstico de Saúde, a um grupo comunitário, no Módulo I de Estágio, foi uma proposta do plano de estudos. A definição da temática (dinâmica familiar) e grupo alvo de intervenção (o grupo comunitário família, cujo agregado incluísse, um elemento com mais de 65 anos de idade, dependente e portador de patologia crónica), surgiu pela tríade: percepção dos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar Aguda - inquietação das alunas do curso - revisão bibliográfica). Na procura de um modelo de enfermagem, que sustentasse e descrevesse a prática de cuidados, encontrou-se uma resposta, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, (Figueiredo, 2009), porque, apesar de Modelo, é uma Teoria com aplicabilidade prática nos cuidados de enfermagem, pois *“pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, partindo da discussão alicerçada nos pressupostos da Enfermagem de família, na sua vertente epistemológica, teórica, de investigação prática ”* (Figueiredo, 2009, p. 267). Utiliza a linguagem ICNP/CIPE, versão Beta 2, nomeadamente, nas dimensões, focos de atenção, juízos e intervenções, facilitando a sua aplicabilidade no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (Sape), utilizado nos Cuidados de Saúde Primários. O MDAIF é um Modelo *“interactivo, flexível e cuja utilização pretende ser promotora de mudança”* (Figueiredo, 2009,p. 268).

1.1 - Plano de Estudo de Enfermagem Comunitária

O desenvolvimento de estratégias e actividades, ao longo dos Módulos de Estágio, aliado à aquisição de competências propostas pelo plano de estudos e continuidade de uma prática de cuidados, baseada na evidência, contribuiu, para a consecução de um caminho de formação especializada, indo ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros em Setembro de 2010. O campo de estágio é um lugar privilegiado para a implementação de actividades que contribuem para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico, através do contacto com novas realidades e inter-relacionamento com enfermeiros e outros profissionais de saúde, inseridos na procura activa do processo de ensino e aprendizagem. A prevalência de doenças crónicas e as mudanças na pirâmide demográfica, são desafios para os cuidados de saúde primários, que deverão assumir-se, como primeiro patamar de contacto dos utentes, família e comunidade, colaborando no processo de capacitação, para a resolução de problemas e necessidades. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, deverá ter um conhecimento mais aprofundado da dinâmica e processo comunitário.

Deve desenvolver actividades de “*educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

1.2- Local de Estágio

Os dois Módulos de Estágio, foram realizados na Unidade de Saúde Familiar Aguda (USF Aguda), pertencente ao ACES Espinho/Gaia. A Unidade de Saúde está situada no lugar da Aguda, na Freguesia de Arcozelo, Concelho de Vila Nova de Gaia, Distrito Porto. A Freguesia de Arcozelo apresenta uma área de 7.82 km², com uma densidade populacional de 1442.9 de Hab/Km², somando um total de 12393 habitantes (INE- censos 2001), sendo rodeada pelas Freguesias de: S. Félix da Marinha a Sul, Gulpilhares a Norte, Serzedo a Este e pelo Oceano Atlântico a Oeste, distancia-se 5 Km de Espinho e 10 Km de Vila Nova de Gaia. Localizado à beira mar, o lugar de Aguda, e inerente Arcozelo, dinamiza a actividade económica através da pesca artesanal, conjuntamente com alguma actividade agrícola, comércio e indústria, coexistindo várias estruturas e instituições de saúde, desporto, ensino, lazer, turismo e culto.

A Unidade de Saúde Familiar, contabiliza cerca de 8922 utentes inscritos, (segundo o Plano de Acção da Unidade em 2008), residentes, na sua maioria, na Freguesia de Arcozelo mas também nas Freguesias vizinhas, tais como, Gulpilhares e S. Félix da Marinha, numa área geográfica de cerca de 2300 hectares O número contabilizado de famílias inscritas é de cerca de 3929, apresentando um rácio de 982: 1 por enfermeiro. A equipa de profissionais de saúde é constituída por 4 Enfermeiros de cuidados gerais e 1 especialista em saúde comunitária e mestre em gestão e economia da saúde, 5 médicos de medicina familiar, 4 assistentes técnicos e 2 assistentes operacionais. Os serviços de saúde prestados aos utentes, são abrangentes, existindo consultas programadas de vigilância para grupos de risco e/ou vulneráveis (diabéticos, hipertensos, grávidas, infantil e juvenil, adulto, idoso, dependentes), aplicação do Programa Nacional de Vacinação, tratamentos, domicílios e visitação domiciliária. É uma Unidade de Saúde dinâmica, que planeia sessões de educação para saúde, caminhadas, mantendo um contacto próximo, acessível e promotor de comportamentos de vida saudáveis, para os utentes e suas famílias, para a comunidade.

Foi neste contexto de Estágio, que “nasceu” a temática para o Diagnóstico de Saúde, através da conjugação de três itens: a percepção da equipa de saúde, uma inquietação das alunas (grupo de trabalho) e revisão bibliográfica. Foi, também, nesta área geodemográfica da USF Aguda, que foram realizadas várias actividades, junto da comunidade e dos profissionais de saúde, elaborado o diagnóstico de saúde e realizado o projecto de intervenção comunitária, com o objectivo de dar resposta a pelo menos um problema encontrado, contribuindo para ampliar e aplicar conhecimentos adquiridos nas várias Unidades Curriculares ao longo do Curso de Especialização e obter alguns ganhos em saúde.

1.3 - O envelhecimento e a Doença Crónica

Em Portugal, assim como nos países desenvolvidos, a esperança média de vida tem aumentado, graças a mais e melhores condições sanitárias, cuidados de saúde, desenvolvimento tecnológico, económico, social, etc. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), entre os anos de 1960 e 2001 “o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres” (INE, 2002). Os mesmos dados, referenciam que, residia pelo menos um idoso, em cerca de 32, 5% das famílias clássicas, e 17,5% do total das famílias eram constituídas somente por idosos. No conjunto de famílias compostas unicamente por pessoas idosas, 48,1% é formada por dois idosos e 50,5% apenas por um elemento idoso. Estamos perante uma ancianidade da população e aliada ao mesmo, o aumento da prevalência das doenças crónicas e o seu impacto na diminuição da independência e autonomia no autocuidado. Envelhecer é um fenómeno biológico, mas cada pessoa vivencia-o de maneira diferente, física e psicologicamente, contendo por isso, um cunho pessoal intransmissível, quer em termos geracionais, quer em termos antropológicos. Contudo, existem patologias mais frequentes nas pessoas idosas, causando défices de carácter físico, intelectual, modificações nas reacções emocionais pelo acumular de perdas e separações, podendo coexistir marginalização social e solidão. A família perante doença de um membro pode adoptar algumas atitudes, como refere Novellas, et al (1996), citado por Moreira 2001, tais como: a Negação (que pode inicialmente actuar como um mecanismo psicológico de defesa, perante o receio de reconhecimento da realidade), a Conspiração e silêncio (em que tanto a família como o elemento familiar doente evitam falar sobre a doença e sua evolução, tentando por vezes, até ocultar a informação adquirida), o Excesso de realismo (em que a família centra-se em torno do doente e da doença, vivenciando uma ansiedade enorme e em virtude do cansaço e/ou sentimento de incapacidade, não atribui valor ao que se faz, nada vale a pena), a Super protecção (em que a família tenta fazer tudo pelo doente, conferindo-lhe pouca autonomia, subestimando a sua capacidade para o autocuidado) e o Isolamento social (em que pode ocorrer um certo isolamento das relações sociais, devido ao medo de transmissão de informação, fragilidade e diminuição da auto-estima). No início da doença, a família tem que lidar com os sintomas, reconhecendo-os, e aceitar o papel de doente, reorganizar as suas actividades para se adaptar à doença, aprender a lidar com o sistema de cuidados em saúde. A doença crónica, de um elemento do agregado familiar, principalmente aliado a défices de autocuidado, pode alterar a estrutura e dinâmica familiar, que necessita de assumir novos papéis.

A família tende a reestruturar-se para ultrapassar a situação de crise, procurando o seu equilíbrio, a manutenção da autonomia dos seus membros, para que a doença “ocupe o seu lugar na dinâmica familiar, deixando a família de girar somente em torno da doença”. A adaptação de estratégias de coping, neste contexto, é colaborativo para fazer face às necessidades e crise, em que, vivências passadas positivas de resolução de problemas semelhantes, podem contribuir para um melhor desempenho de funções e reestruturação funcional.

A procura de perceber a perspectiva relacional da envolvimento do contexto familiar, perante um idoso dependente, foi relevante para a temática do diagnóstico de saúde.

1.4- A Família e o Suporte Social

A família, como unidade social centrada em todas as sociedades, tem uma história de vida, desde a gestação e nascimento até ao declínio e morte. Em todo este percurso existe a capacidade de adaptação às mudanças, pois, superar crises, faz parte das vivências das famílias (Martins, 2002). A família, como sistema, possui fronteiras semi permeáveis, estando sujeita a pressões internas e externas, tendo que encontrar um equilíbrio e estabilidade ao longo da mudança, pois a família não é um sistema estático, mas sim dinâmico. Como refere Figueiredo, citando Maturana e Varela, 2005, *“a família, sujeita a constantes perturbações internas e externas que advém das interações entre os seus membros e/ou da constante interação com o meio ambiente, utiliza meios no sentido de concretizar os seus objectivos no processo designado como adaptação, surgindo este conceito do princípio do determinismo estrutural”* (Figueiredo, 2009, p. 95). Sabe-se que a existência de redes de suporte social, podem actuar como uma protecção contra factores de stress, a sua ausência como uma fonte de stress, a sua perda como uma fonte de aumento de stress, sendo benéfica a sua existência, quer na ausência, quer perante fontes de stress, fortalecendo os indivíduos, tornando-os mais aptos contra as adversidades, por saberem que sempre terão um recurso, em caso de precisão. A família pode assumir um papel de protecção e promoção para a saúde, ou ser causadora de doença, podendo potenciar as mudanças de comportamento e evolução da saúde, sabendo que a *“família é o contexto onde se desenvolvem padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, sendo que a forma como a família é capaz de gerir as transições de saúde de um dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar”* (Figueiredo, 2009, p. 130). Em muitos casos, a família, nomeadamente, os elementos do mesmo agregado, são o único apoio social e de prestação de cuidados informais que os idosos dependentes têm. Na nossa cultura e dados sociológicos asseveram, são as mulheres, principalmente as esposas, filhas e noras, que desempenham o papel de prestador de cuidados, sendo que, por definição, cuidador primário, principal ou informal (Martin, 2005) é alguém que cuida, de forma não formalizada. Constituem-se, muitas vezes um elo de ligação entre os profissionais de saúde e o dependente, assegurando a continuidade dos cuidados não formais.

O assumir, o desempenho e a sobrecarga do papel de prestador de cuidados, pode por si só, modificar o desempenho de outros papéis (exemplo o parental), alterando a dinâmica familiar. A sobrecarga a que os cuidadores estão sujeitos refere-se a perturbações física, psicológica, emotiva, social, ou financeira, que pode surgir com o cuidar de um doente dependente fisicamente e/ou incapacitado mentalmente.

1.5- Enfermagem Comunitária e o Grupo Família

A família, para Figueiredo, citando Elsen, Marcon e Silva (2002) “*supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixas e de sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais*” (Figueiredo, 2009, p.130)

A concepção dos cuidados no apoio aos grupos familiares e aos prestadores de cuidados, que têm que conviver com a doença crónica dos seus membros é fundamental e a dinâmica das actividades deve conter a finalidade da promoção da saúde, capacitando a comunidade, os grupos e os indivíduos. O conhecimento dos recursos e mecanismos de apoio comunitários existentes, pode ser usado, para benefício do grupo família, motivando-o a usufruí-los como uma força externa. A identificação das necessidades deste grupo comunitário, elaborando projectos de intervenção, pode conduzir a que os enfermeiros possam constituírem-se, como uma força externa das famílias, potenciando e colaborando na capacitação cognitiva e prática, obtendo ganhos em saúde.

1.6 - Modelo de Enfermagem

A enfermagem, enquanto profissão e ciência, tem o seu desenvolvimento associado à interligação do conhecimento científico com o conhecimento prático. Desta forma, os modelos conceptuais e as teorias de enfermagem são orientadoras e prescritivas da prática, proporcionando uma descrição, por exemplo, dos fenómenos que integram as actividades de cuidados e que se constituem como guias para a formação, investigação e gestão dos cuidados de Enfermagem. Na procura de um modelo de enfermagem, com aplicabilidade prática nos cuidados de enfermagem à família, que orienta-se, descreve-se a prática de cuidados, recorreu-se e foi aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDIAF), (Figueiredo, 2009), que, pese embora seja Modelo, tem aplicabilidade prática por ser uma teoria. A linguagem de enfermagem, através da ICNP/CIPE versão Beta 2 é utilizada neste Modelo, para melhor percepção dos conteúdos, facilitando a introdução prática nos cuidados e intervenções de enfermagem, estando presente nos focos de atenção, juízos, dimensões e acções, sendo porventura possíveis os seus registos no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

O MDAIF, pretende “*dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, partindo da discussão alicerçada nos pressupostos da Enfermagem de Família, na sua vertente epistemológica, teórica, de investigação prática*” (Figueiredo, 2009,p.267).

A avaliação familiar “*centra-se nas áreas de atenção, definidas como categorias avaliativas das dimensões de avaliação, que em complementaridade com os dados avaliativos constitui-se como uma estrutura de organização sistemática, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar*” (Figueiredo, 2009, p. 268).

A avaliação familiar, neste Modelo, divide-se em 3 Dimensões, onde se pode avaliar vários dados do agregado familiar: Estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança abastecimento de água, animal doméstico), Desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental) e Funcional (papel do prestador de cuidados, processo familiar). O MDAIF foi operacionalizado no Diagnóstico de Saúde e na elaboração do Projecto de Intervenção Comunitária e planeamento das actividades referentes aos cuidados de enfermagem.

1.7 - Diagnóstico de Saúde

A realização de um Diagnóstico de Saúde, é o primeiro passo, do planeamento, que “*deverá corresponder às necessidades de Saúde das populações*” (Imperatori, 1986, p.13), e a sua elaboração passa por três fases: Planeamento, Execução, Métodos e Técnicas de Identificação de Problemas e Necessidades, sendo que, cada uma, é constituída por diversas actividades. Através do Diagnóstico de Saúde é possível definir prioridades, seleccionar estratégias, elaborar programas e projectos, aprontar a execução e avaliar (Imperatori, 1986). O Diagnóstico de Saúde, foi realizado na área geodemográfica da Freguesia de Arcozelo, zona de intervenção da USF Aguda, tendo como população alvo, o grupo comunitário família, cujo agregado incluísse, um elemento com mais de 65 anos de idade, dependente e portador de patologia crónica, numa abordagem da relação dinâmica familiar, segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009). O trabalho foi elaborado pelas duas alunas do curso de especialização em enfermagem comunitária, com recurso ao sistema informático do serviço (SINUS e SAPE), meios de telecomunicação, viatura própria, entre outros meios logísticos. O grupo familiar, foi seleccionado pelo método de conveniência, (10 famílias), através das listagens dos enfermeiro de família, sabendo que, uma população pode ser definida como “*uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios*”, sendo que “*população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações*” (Fortin, 1999, p. 202). Saliento, que foi necessário proceder à “*exclusão*” de um grupo familiar, por não cumprir um dos critérios previamente definidos, após avaliação com a Escala de Barthel: dependência; logo, o nº de grupos ficou remetido a 9.

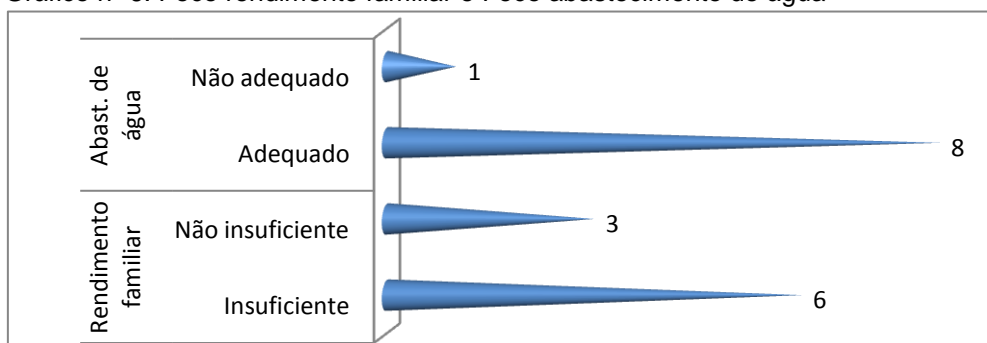
O primeiro passo de proximidade estabelecido com o grupo familiar foi através de contacto telefónico, para agendamento de visitação domiciliária, pois esta foi a melhor estratégia encontrada, para ter um contacto directo com as famílias conhecendo-as no seu contexto. Permitted a colheita de dados e preenchimento do instrumento de trabalho, necessários para a elaboração do diagnóstico de saúde. A colheita de dados foi realizada através da entrevista semi - estruturada à família, que se exprime pela existência de um guião previamente preparado, que serve de eixo orientador ao desenrolar da entrevista, procurando garantir que os vários participantes respondam às mesmas perguntas, não exigindo uma ordem inflexível nas questões, o desenvolvimento da entrevista vai adaptando-se ao entrevistado (Acúrcio, Costa e Rocha, 2004-2005), na qual foi aplicado um formulário misto e preenchidas algumas notas de campo. As perguntas abertas existentes no instrumento de colheita de dados, foram planeadas porque *“deixam o sujeito livre para responder como entender, sem que tenham de escolher respostas predeterminadas* (Fortin, 1999,p.247), tendo sido tratadas através da análise de conteúdo. As perguntas fechadas obtiveram tratamento estatístico, através do SPSS, na versão 17.0 para Windows e do EXCEL (Microsoft Office Excel, versão 12.0). Ocorreu, portanto uma análise mista (análise de conteúdo e tratamento estatístico), do instrumento de recolha de dados, que se denomina triangulação. Triangulação, que se define *“como o emprego de uma combinação de métodos e perspectivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno”* (Fortin, 1999:322). Segundo Lefrançois, citado por Fortin *“ o modelo da triangulação tipo é aquele em que se reúnem métodos qualitativos e quantitativos, sendo as regras processuais próprias de cada um escrupulosamente respeitadas”* (Fortin, 1999, p.322).

Foi ainda utilizado o programa *genopro* para a elaboração de mapas familiares (genograma e ecomapas). Foram utilizadas várias escalas e índices, tais como: Escala de Graffar (baseia-se no estudo de um conjunto de cinco critérios: a profissão, o nível de instrução, as fontes de rendimento familiares, o conforto do alojamento e o aspecto do bairro onde habita, para medir o nível sócio-económico), Índice de Barthel (a independência funcional é avaliada por meio de 10 tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas, em que cada item do instrumento é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente), Faces (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) é um questionário individual, de auto-avaliação do funcionamento familiar (ou de casal), que classifica as famílias (ou casais), no Modelo de Calgary (Fernandes, 1995), permite operacionalizar os conceitos coesão e adaptabilidade através dos itens de uma escala) e Apgar Familiar de Smilkstein, 1978 (é um teste que quantifica a percepção que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive, da funcionalidade que o mesmo atribui ao agregado familiar, no contexto das relações que tem com a família, em altamente funcional; moderada disfunção e disfunção acentuada).

Consta de 5 perguntas que cobrem 5 parâmetros da funcionalidade familiar: adaptação intra-familiar, convivência/comunicação, crescimento/desenvolvimento, afecto e dedicação à família, Holmes e Rahe (questionário auto-administrado com uma lista de 43 eventos, que correlaciona os eventos de vida com o stress e a doença, tendo como base os acontecimentos ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano, identificando situações causadoras de stress).

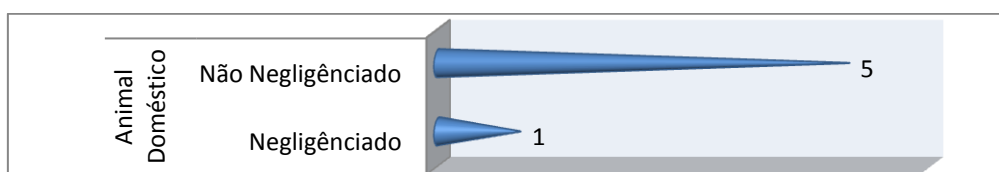
Na análise e discussão dos dados, emergiram conclusões, das quais iremos apenas abordar as seguintes: a idade predominante dos elementos do agregado familiar, encontrava-se na faixa etária dos 55-74 anos, o prestador de cuidados na sua totalidade era do género feminino (4 com idades entre 35-54 anos e 5 com idades entre os 55-74 anos); o elemento dependente era na sua maioria de género feminino (6 indivíduos: 2 na faixa etária dos 55-74 e 4 na faixa etária dos 75-94 anos), e na minoria do género masculino (3 indivíduos na faixa etária dos 75-94 anos). No que respeita ao grau de dependência, 5 apresentavam dependência total, 2 dependência grave e 2 com dependência moderada. A durabilidade da doença crónica, na pessoa com dependência, era de cerca de 10 anos em 44%, de 20-30 anos em 3 indivíduos, persistindo por mais de 40 anos em 2 indivíduos. (Ver Anexo I: gráficos nº1, nº2, nº3, nº4 e nº5). Da avaliação das necessidades, e tendo como base teórica, a aplicabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, (Figueiredo, 2009), foram identificadas nove problemas de saúde familiar, traduzidos em Focos de Enfermagem, que constaram na avaliação das dimensões dos diagnósticos e de juízos de enfermagem, utilizando a linguagem CIPE. Para melhor percepção e leitura, apresentam-se os gráficos e respectiva análise.

Gráfico nº 6: Foco rendimento familiar e Foco abastecimento de água



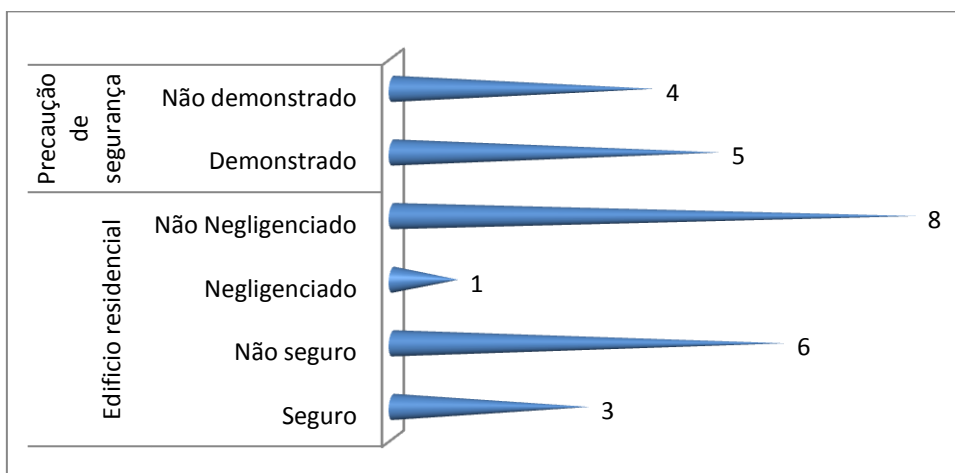
O rendimento familiar, de 6 famílias era insuficiente, o que veio ao encontro do Índice de Graffar. O abastecimento de água, numa família era não adequado, por utilização de água do poço, para uso doméstico, sem avaliação de salubridade.

Gráfico nº 7: Foco animal doméstico



Das 6 famílias com 1 ou mais animais domésticos, nomeadamente, cães, gatos e aves, uma família, não vacinava nem desparasitava o/os seus animais.

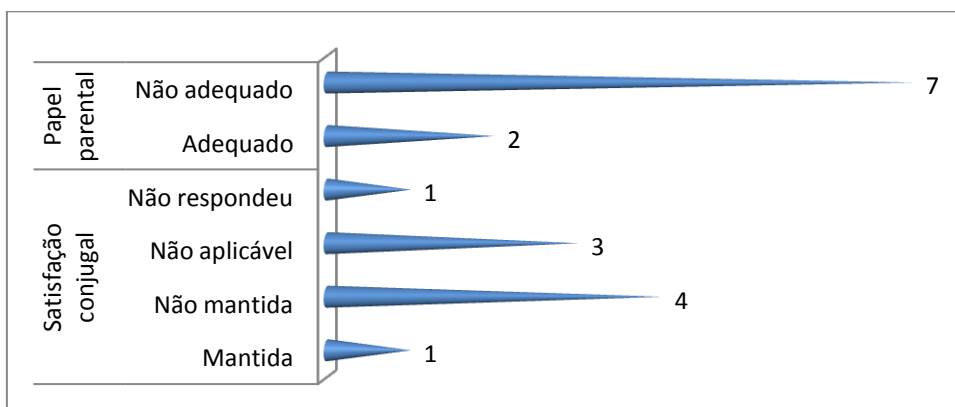
Gráfico nº 8: Foco precaução de segurança e Foco edifício residencial



A nível do foco precaução de segurança, 5 famílias demonstraram precaução de segurança.

A nível do foco edifício residencial, 6 famílias, apresentavam edifício não seguro, 1 uma mostrava sinais de residência negligenciada

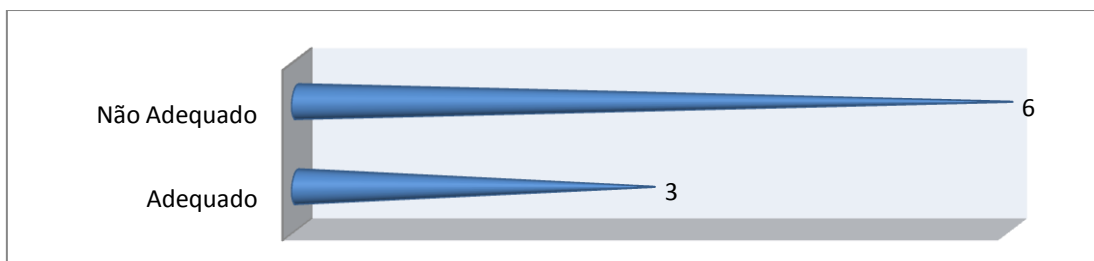
Gráfico nº 9: Foco satisfação conjugal



Na avaliação das famílias, denotou-se que 4 casais não mantinham a satisfação conjugal.

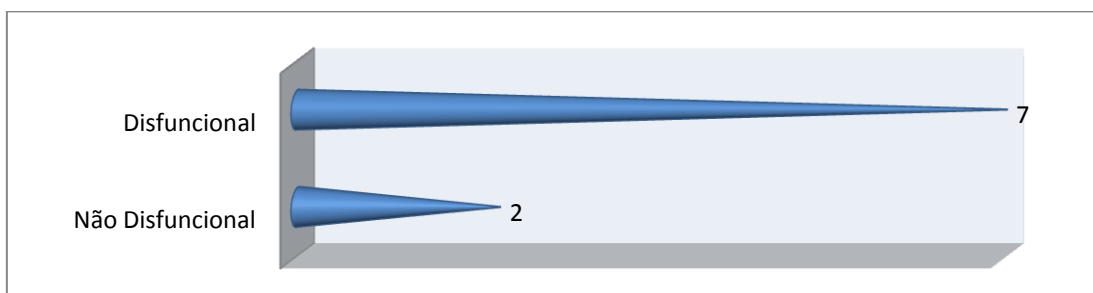
A nível do papel parental, 2 famílias apresentaram um papel não adequado.

Gráfico nº 10: Foco papel prestador de cuidados



A nível deste foco, 6 famílias desmonstraram papel não adequado, por falta de conhecimentos e/ou aprendizagem e/ou adesão.

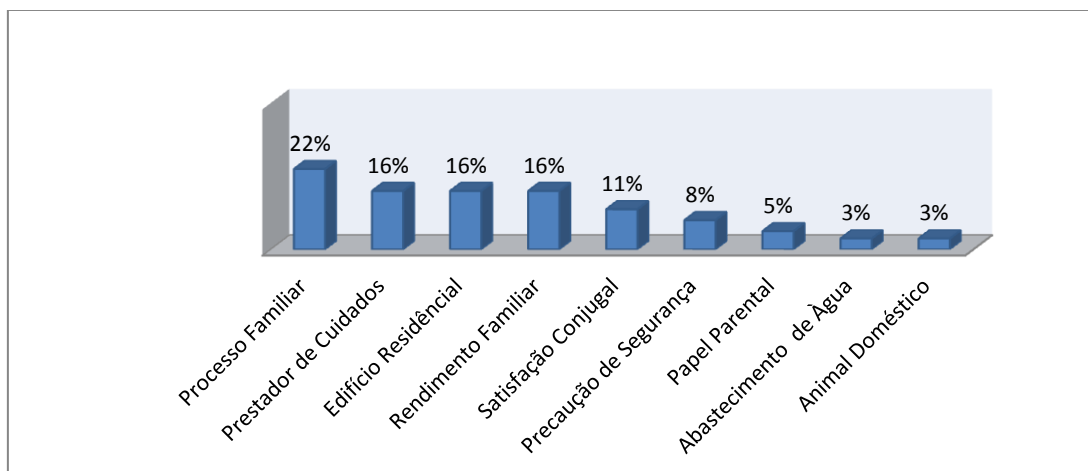
Gráfico nº 11: Foco processo familiar



A nível do processo familiar, 7 são disfuncionais e 2 funcionais.

Os problemas de enfermagem identificados, nas famílias, que fizeram parte do Diagnóstico de Saúde, foram vários, desde o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água, o animal doméstico, a satisfação conjugado papel parental, até ao papel do prestador de cuidados e processo familiar. Nesta etapa, foi necessário, prioriza-los. A técnica seleccionada, para a priorização, foi a comparação por pares, que consiste numa das duas técnicas gerais de ordenação, que “*permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com os outros*” (Tavares, 1992, p.96). Os resultados encontram-se, no gráfico nº 15, abaixo descrito.

Gráfico nº 12: Focos de enfermagem priorizados



Através da análise do gráfico, poderemos destacar em primeiro lugar, o Foco Processo Familiar (21.6%), em segundo lugar, os Focos Prestador de Cuidados, Edifício Residencial e o Rendimento familiar (16.2%), e sucessivamente os Focos Satisfação Conjugal (10.8%) Precaução de Segurança (8.1%), Papel Parental (5.4%) e os Focos Abastecimento de Água e Animal Doméstico (2.7%).

O foco papel prestador de cuidados não adequado, foi o alvo, para o planeamento do projecto de intervenção comunitária, denominado “Cuidar Familiar” e das intervenções executadas no decorrer do Módulo II de Estágio.

CAPITULO II – PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS DO ESTÁGIO DE CAPÍTULO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Nos dois Módulos de Estágio, foram pensadas, planeadas, várias actividades na comunidade e com o grupo comunitário alvo, para o conseguimento dos objectivos de estágio e desenvolvimento de competências. O projecto de intervenção comunitária com o nome Cuidar Familiar, foi planeado para colaborar com os prestadores de cuidados nas tarefas de autocuidado, todavia, somente 2 autocuidados (comer e actividade recreativa) dos 11 mencionados no Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009) foram trabalhados, devido ao tempo de duração do estágio e possível exequibilidade dos mesmos. Neste capítulo, são abordadas as actividades planeadas, fazendo referência, numa breve abordagem, do motivo porque foram seleccionadas.

2.1- Planear, porquê?

“O Planeamento em Saúde é um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde” (Tavares, 1992, p. 12).

Planeia-se, porque a existência de recursos na comunidade são muitas vezes escassos e as infra-estruturas são caras, devendo-se utiliza-los de forma eficiente, para que um maior número possível de pessoas possam usufrui-los, mas também, porque é necessário intervir nas causas dos problemas, definir prioridades, evitando acções isoladas; *“procura em última análise, um estado de Saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações”* (Tavares, 1992 p.37).

O conhecimento das necessidades de cuidados de saúde, reais ou sentidas, e do meio envolvente, são fulcrais para um planeamento eficiente, e desenvolvimento de medidas de intervenção mais adequadas, dentro de padrões de qualidade, de colaboração e de co-responsabilização entre os profissionais de saúde e os utentes.

Ao delinear estratégias, deve-se ter em atenção a sua exequibilidade, definindo-se *“estratégia em saúde como um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”* (Imperatori, Giraldes, 1986, p.65).

2.2- Actividades Planeadas Módulo I

No Capítulo I, foi feita, uma breve abordagem das actividades, realizadas, para a consecução do Diagnóstico de Saúde. Contudo, parece pertinente, salientar, mais especificamente algum desse dinamismo, até porque, as actividades, foram pensadas, para que ocorressem de forma dinâmica e não isolada.

Assim muitas acções, inicialmente planeadas e executadas no primeiro Módulo de Estágio, serviram de “trampolim”, para outras mais elaboradas, coexistindo sempre a reflexão crítica e ética.

A preocupação ética, surgiu desde o inicio da implementação do Diagnóstico de Saúde até à execução do Projecto de Intervenção Comunitária, e em todas as actividades desenvolvidas com os utentes e suas famílias. A salvaguarda do direito ao sigilo, assim como o direito de, a qualquer momento desistirem do consentimento inicialmente dado, sem qualquer prejuízo, foi respeitado, até porque as pessoas possuem, dentro da filosofia de Kant e citado pela Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Enfermeira Maria Augusta Sousa, “um valor absoluto e devem ser consideradas sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio” (Ordem dos Enfermeiros, 2007,p.1).

Tendo em consideração as implicações éticas, foi pedido a cada família, autorização para recolha de dados. Para a utilização de MDAIF e dos dados do sistema operativo SAPE da Unidade de Saúde Familiar Aguda, para caracterização das famílias, foi pedido autorização por escrito, aos respectivos autores envolvidos (ver anexo II: autorizações).

2.2.1- Equipa de saúde

A integração na equipa da Unidade de Saúde Familiar de Aguda, respeitando e colaborando com os vários profissionais de saúde, foi um passo importantíssimo para o êxito dos objectivos inicialmente propostos. O entendimento da metodologia de trabalho (enfermeiro de família) e organização do serviço, em termos de recursos humanos e materiais, foi uma mais-valia para as competências profissionais, pois encontramos-nos a iniciar um projecto de construção de uma Unidade de Saúde Familiar, com uma equipa multiprofissional disposta a abertura para novos desafios. O método de trabalho por enfermeiro de família, permite que o enfermeiro estabeleça um elo de ligação entre o utente, a família e a comunidade, articulando todas as variáveis do ambiente envolvente com o objectivo de proporcionar segurança e continuidade de cuidados, através das competências pessoais (assertividade, respeito) e técnico-científicas instituindo laços de empatia e de crescimento mútuo. A satisfação do utente e família poderá aumentar, até porque estes, saberão sempre a quem poderão dirigir-se quando sentirem necessidade de cuidados de enfermagem, sabendo também que o enfermeiro ajudará sempre que precisarem, mesmo quando não se aperceberem que necessitam de serem cuidados.

Somente um método de trabalho em que um enfermeiro “faz tudo” aos utentes e famílias num contexto de continuidade de cuidados ao longo do ciclo vital, é possível emergir um conhecimento integral do processo de mudança das necessidades dos mesmos, conduzindo a um planeamento eficaz, com avaliação do impacto dos cuidados implementados. Como todos os métodos de trabalho, este também deverá necessitar de supervisão clínica, devido há possibilidade de exaustão por parte do enfermeiro responsável ou do utente, o que poderá implicar a substituição provisória do enfermeiro de família, o que será directamente proporcional em relação ao tempo de relacionamento enfermeiro/utente.

A gestão dos recursos humanos de forma a garantir a cobertura do horário de atendimento (08:00 -22:00 horas de Segunda a Sexta Feira e 08:00 – 13:00 horas aos Sábados) e dos recursos materiais é, na USF Aguda, sempre pensada de forma eficiente, mantendo a qualidade dos cuidados e satisfação dos utentes, famílias e profissionais de saúde.

2.2.2- Grupo Comunitário Família

O desempenho de funções de enfermagem a nível de prestação de cuidados de saúde primários na USF Aguda, no âmbito de cuidados gerais, não representou uma novidade, porque já são desempenhados há muitos anos, contudo, face à metodologia de trabalho e indicadores contratualizados a cumprir, foi um campo de aprendizagem devido à troca de experiências, até porque, *“o processo educativo não se limita a uma certa fase etária ou estágio de desenvolvimento. Pelo contrário, percorre toda a vida do sujeito e tende sem em para o futuro, ou seja, é intrínseco ao devir da pessoa humana”* (Sidónio, 2007). A formação deve ser encarada, como um algo contínuo, que envolve processos cognitivos de mediação interna, durante ao longo da vida individual e profissional.

O contacto com o grupo comunitário família, constitui-se como o cuidar mais especializado em enfermagem comunitária, desencadeando o processo de mais pesquisa de evidência científica que contextualiza-se a dinâmica familiar, o envelhecimento, doença crónica e o cuidar com e na comunidade. A estratégia selecionada, para entrar em proximidade com as várias famílias, foi através do contacto telefónico, após pesquisa no sistema operativo SAPE, e conversações com os enfermeiros de família, de forma a obter informações necessárias para planear a segunda forma de proximidade, a visitação domiciliária para recolha de dados para o diagnóstico de saúde.

Devo, frisar, que, o conhecimento prévio da constituição do agregado familiar e do contexto sócio - económico e cultural, teve como alvo a adequação da linguagem, para que de forma eficaz fosse estabelecida, com todos os membros familiares, no sentido do respeito pelas suas crenças e valores.

2.3- Actividades Planeadas Módulo II

O planeamento do Projecto Cuidar Familiar, e a sua implementação no Módulo II de Estágio, remete para a delineação de estratégias e execução de actividades, junto das famílias e prestadores de cuidados, dos profissionais de saúde e da comunidade. Pretendeu, de uma forma transversal, sensibilizar e transmitir conhecimentos sobre o papel dos prestadores de cuidados, nas sociedades actuais. O envelhecimento das populações, é um desafio para todos que cuidam de uma forma ou informal, sendo necessária a actualização de conhecimento cognitivos e de habilidades, para a prestação de cuidados, que têm como alvo a manutenção, restabelecimento ou protecção da saúde, individual e colectiva.

2.3.1- Dimensão funcional do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

A Dimensão Funcional integra duas dimensões elementares do funcionamento da família, a Instrumental (actividades quotidianas da família) e a Expressiva (interacções entre os membros da família). Assim, esta dimensão, *“alude primordialmente aos padrões de interacção familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade”* (Figueiredo, 2009, p. 289). Ao utilizar este Modelo, é possível de uma forma organizada e seguindo uma estrutura sólida, levantar as necessidades das famílias, estabelecer focos de atenção e implantar intervenções de enfermagem adequadas às necessidades, obtendo ganhos em saúde. O Foco Papel do Prestador de Cuidados, dentro da Dimensão Funcional, foi o alvo de intervenção, sendo concebido o Projecto “Cuidar Familiar” como forma planeada de intervenção comunitária para a consecução do Foco Papel do Prestador de Cuidados Demonstrado.

Dada a dimensão das intervenções no Papel do Prestador de Cuidados, que consiste nas dimensões de: conhecimento do papel, com 11 áreas de atenção (conhecimento/aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado higiene, vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono – repouso, actividade recreativa, actividade física, auto administração de medicamentos, habilidades de autovigilância e conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico); comportamentos de adesão; consenso; conflito e saturação, somente foram alvo de intervenção do projecto, o autocuidado actividade recreativa, autocuidado comer e comportamentos de adesão direccionados a estes autocuidados.

A selecção teve como principal factor, o tempo de estágio, a potencial possibilidade de exequibilidade das intervenções e a noção sentida e apreendida através do Diagnóstico de Saúde, que estas áreas de atenção e dimensões deveriam ser alvo de intervenção.

2.3.2- Projecto de intervenção comunitária

Os cuidados formais realizados por profissionais de saúde, nomeadamente por enfermeiros, são essenciais para a manutenção de uma maior qualidade de vida da pessoa idosa, mas os cuidados também deverão, ser dirigidos para a família e prestadores de cuidados. Em muitas situações, são os familiares, principalmente os constituintes do agregado familiar, a fonte de apoio, suporte e garantia de continuidade de cuidados informais, tornando-se num elo de ligação entre os profissionais de saúde e a pessoa que precisa de cuidados, sendo por isso necessário colaborar na aprendizagem cognitiva e prática para as tarefas do autocuidado e apoiar a família, que convive com a doença crónica. Na análise dos dados, levantados a nível do foco prestador de cuidados, salientou-se, algum défice de conhecimento e aprendizagem de habilidades de autocuidado, a nível da fisiopatologia da doença crónica do membro familiar, de nutrição, da actividade física e recreativa, armazenamento dos medicamentos, entre outros. Evidenciou-se, também, a saturação, falta de convívio social, desconhecimento dos diversos recursos da comunidade e rede social de apoio, e desinteresse e/ou indisponibilidade pela procura dos mesmos, devido a falta de tempo ou o ter que deixar a pessoa dependente sozinha.

No seguimento do primeiro Módulo de Estágio, o Módulo II, decorrente no período de 6 de Outubro a 26 de Novembro de 2010, foi proposto a elaboração e execução de um Projecto de Intervenção Comunitária, com o objectivo de dar resposta a pelo menos um dos problemas encontrados, contribuindo para desenvolver e aplicar conhecimentos adquiridos nas várias Unidades Curriculares ao longo do Curso de Especialização.

Face aos problemas priorizados, no final do Diagnóstico de Saúde, o foco de atenção seleccionado, para o Projecto de Intervenção, foi o Papel Prestador de Cuidados, com o juízo não adequado, porque o cuidador informal nas famílias em estudo, era um elemento do agregado familiar, que executava as actividades de autocuidado da melhor forma que tinha conhecimento, podendo melhorar a prestação, com mais informação e conhecimentos cognitivos e práticos. A população alvo foi constituída por um grupo de 11 famílias, de um universo de 40 famílias contabilizadas no SAPE, nas listas dos enfermeiros de família, com elemento dependente portador de doença crónica, pertencentes à área geodemográfica de Arcozelo. Saliento, neste ponto que, para o projecto foram convidadas a participarem as famílias que entraram no diagnóstico de saúde, contudo durante os meses de intervalo entre os módulos de estágio, ocorreu o falecimento de alguns elementos dependentes com patologias crónicas. Por este motivo, foram convidadas a participarem, também, outras famílias, com prestadores de cuidados e características semelhantes às do Diagnóstico de Saúde. Sensibilizar a comunidade para o papel da família no cuidar informal, (o reconhecimento através da promoção do papel que as famílias desempenham na comunidade, mormente aquelas que cuidam do ou dos seus idosos, portadores de patologias crónicas, pode servir como atento, para os parceiros comunitários e população em geral, motivando para se unirem em grupos de apoio mutuo, cuidando e colaborando no cuidar de quem cuida),

Fomentar a importância do papel do prestador de cuidados dentro da família e junto da equipa multidisciplinar (a consideração do cuidador, do que faz e do stress a que poderá estar sujeito), poderá contribuir para que mais elementos, do agregado familiar e externos à família, apoiem o prestador de cuidados, aumentando as forças internas e externas), promover a adequação do papel do prestador de cuidados nas famílias e proporcionar às famílias formação formal/informal sobre o papel de prestador de cuidados, foram os objectivos gerais. Os objectivos específicos e operacionais encontram-se, seguidamente, delineados.

Objectivos específicos

- ▶ Divulgar o papel da família que cuida na comunidade
- ▶ Informar os cuidadores sobre os recursos da comunidade
- ▶ Informar as famílias dos cuidadores sobre os recursos da comunidade
- ▶ Motivar o cuidador na procura de apoio nas forças internas e externas da família
- ▶ Capacitar o prestador de cuidados de conhecimentos de autocuidado comer
- ▶ Capacitar a família de conhecimentos de autocuidado comer
- ▶ Incentivar o prestador de cuidados na aprendizagem habilidades de autocuidado comer
- ▶ Elogiar o prestador de cuidados nos comportamentos de adesão de autocuidado comer
- ▶ Motivar o prestador de cuidados na estimulação da independência da pessoa dependente no autocuidado comer
- ▶ Capacitar o prestador de cuidados de conhecimentos de autocuidado actividade recreativa
- ▶ Capacitar a família de conhecimentos de autocuidado actividade recreativa
- ▶ Elogiar o prestador de cuidados nos comportamentos de adesão autocuidado a. recreativa
- ▶ Motivar o prestador de cuidados na estimulação da independência da pessoa dependente no autocuidado actividade recreativa

Objectivos operacionais

O objectivo da avaliação de um projecto é essencial, para reconhecer o seu impacto e ganhos em saúde, sendo possível através dos objectivos operacionais. Para o projecto Cuidar Familiar foram os seguintes:

- ▶ 2 Divulgações públicas (poster e simpósio) do papel da família com prestador de cuidados na Comunidade e para a Comunidade no período 6-9 de Outubro e 26 de Novembro 2010
- ▶ 2 Divulgações (formação em serviço e simpósio) para os profissionais de saúde do ACES Espinho/Gaia no período de 26-30 de Outubro e 26 de Novembro de 2010
- ▶ Que 30% dos prestadores de cuidados recebam informação dos recursos de comunidade (Instituições, serviços de apoio) no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 30% das famílias com prestadores de cuidados recebam informação recursos da Comunidade no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 30% dos prestadores de cuidados refiram que se sentem apoiados pela família e/ou agentes da comunidade no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 30% dos prestadores de cuidados recebam conhecimentos sobre autocuidado comer no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 30% das famílias com prestador de cuidados recebam conhecimentos sobre autocuidado comer no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 20% dos prestadores de cuidados sejam capazes executar habilidades de autocuidado comer no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 20% dos prestadores de cuidados promovam a independência da pessoa com dependência no autocuidado comer no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 30% dos prestadores de cuidados recebam conhecimentos sobre autocuidado Actividade recreativa no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 30% das famílias com prestador de cuidados recebam conhecimentos sobre autocuidado recreativa no período de 11/Outubro até 25 de Novembro de 2010
- ▶ Que 20% dos prestadores de cuidados promovam a independência da pessoa com dependência no autocuidado actividade recreativa no período de 11/10 até 25/11 de 2010

Para concretizar os objectivos propostos para o projecto “Cuidar Familiar” foram planeadas várias estratégias, tais como: conhecer as necessidades do cuidador e da família, empoderamento das famílias cuidadoras, desenvolver instrumentos pedagógicos de apoio à tomada de decisão, potenciar os recursos da comunidade, incentivar a formação de equipa multidisciplinar, incentivar a organização de grupos de ajuda mútua, partilha interdisciplinar de saberes e experiência sobre a Família, partilhar conhecimentos e experiência com a equipa de enfermagem USF Aguda, mediatizar o papel da Família e do cuidador informal e exposição de material didáctico. (Anexo III Quadro nº1: planeamento das estratégias). Em seguida relataremos as actividades implementadas.

2.3.2.1- Visitação domiciliária

A visitação faz parte de uma metodologia de trabalho, do exercício de Enfermagem, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, *“podendo ser redefinida como um instrumento no conjunto dos instrumentos (técnicos, procedimentos e saberes) da Enfermagem em saúde colectiva, utilizando para intervenção no processo saúde-doença-familiar realizada no local de moradia, e não de trabalho ou estudo”* (Egry e Fonseca, 2000, p.235).

Através da visitação domiciliária é possível conhecer o agregado familiar no seu contexto, identificar necessidades reais e sentidas (quer pelo utente, quer pelo enfermeiro). Foi a forma seleccionada para colher os dados para o diagnóstico de saúde, assim como para identificar necessidades de autocuidados comer e actividade recreativa, transmitindo conhecimentos cognitivos e habilidades aos prestadores de cuidados e restantes membros do agregado familiar, sempre que possível, assim como informar e orientar para recursos da comunidade, contribuindo para as forças externas da família. (Ver Anexo IV: planeamento da visitação domiciliária)

2.3.2.2- Educação para a saúde aos prestadores de cuidados e famílias

A capacitação dos prestadores de cuidados foi feita através da transmissão de conhecimentos e habilidades, tendo em consideração a dimensão conhecimento do papel, nos itens de avaliação por área de atenção: conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa e conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência, conhecimento da família sobre a importância de manter a actividade recreativa, conhecimento do prestador de cuidados sobre o padrão alimentar adequado, conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos, conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG), aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação, conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência, e dimensão comportamentos de adesão. Sempre que possível, tentar, capacitar membros da família nos mesmos autocuidados, para poderem, assumir o papel desempenhado pelo cuidador, em caso de necessidade, com o menor stress possível.

Para cada item de avaliação, por área de atenção, foram planeadas, várias intervenções de enfermagem, segundo linguagem CIPE, versão Beta 2, tendo em consideração, o conhecimento demonstrado ou não demonstrado. Como exemplo, transcreve-se, algumas partes, do plano da visita domiciliária:

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa

Intervenções: Elogiar prestador de cuidados; Incentivar o prestador de cuidados para manter a actividade recreativa; Informar o prestador de cuidados sobre actividades recreativas; Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade; Informar sobre recursos da comunidade

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

Intervenções: Elogiar o prestador de cuidados; Ensinar sobre a importância de estimular a Independência

Conhecimento do prestador de cuidados sobre o padrão alimentar adequado

Intervenções: Elogiar o prestador de cuidados; Orientar para o serviço de nutrição; Ensinar sobre hábitos alimentares saudáveis

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação

Intervenções: Elogiar o prestador de cuidados; Instruir a utilização de estratégias adaptativas Instruir sobre como assistir no alimentar-se; Treinar o prestador de cuidados para assistir no comer

2.3.2.3- Formação em serviço

A partilha de conhecimentos e experiências com os enfermeiros da USF Aguda, através da formação em serviço, no local de trabalho, foi uma actividade planeada, com o objectivo de apresentar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009), utilizado como o modelo de enfermagem no suporte operativo da realização do diagnóstico situacional da dinâmica das famílias pertencente à USF Aguda, e projecto de intervenção comunitária pretendendo informar acerca da tipologia do MDAIF, instruir sobre formas de aplicação na prática, exemplificando através dos Diagnósticos de Enfermagem (CIPE). Com esta actividade, surge a proposta de colaborar no enriquecimento do processo contínuo de aprendizagem dos profissionais de saúde, aprofundando conhecimentos e habilidades, de forma a coordenar a teoria com a prática, na prestação de cuidados aos utentes, famílias e comunidade, que certamente, irá repercutir no aumento da satisfação dos utentes, e possivelmente na organização do serviço.

A atenção para com o público alvo, no que concerne os seus objectivos de aquisição de conhecimentos, foi um ponto fundamental, para o planeamento da sessão, uma vez que os adultos tendem a aprender aquilo para o qual sentem necessidade e motivação, até porque, *“Não basta a simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra. É necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos”* (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p.2). (Ver anexo V: planeamento e plano da formação em serviço).

2.3.2.4- Workshop

O planeamento do Workshop teve como alvo os prestadores de cuidados e membros da sua família, convidando-os a participarem nas actividades propostas para este evento. Com esta actividade, foi pensado transmitir conhecimentos e habilidades de uma forma informal, ao mesmo tempo que se estabelecia o contacto e partilha de experiências entre os cuidadores e todos os participantes. Foi uma forma encontrada, para estabelecer o contacto social, pois muitos prestadores de cuidados, refiram isolamento social e corte nas antigas amizades, contribuindo, também, para o reconhecer e procurar o apoio nas forças interna e externas familiares.

Os prestadores de cuidados para irem ao Workshop, teriam que ter alguém com quem deixar aos seus cuidados pessoa com dependência, durante a ausência.

2.3.2.5- Equipa multidisciplinar

A pessoa deve ser cuidada de uma forma holística, respeitando e conhecendo os seus valores, as suas crenças, o seu contexto familiar, a comunidade onde está inserida. As famílias como grupo e parte integrante da sociedade, e sujeita a pressões externas e internas, pode ser definida como *“um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interacção com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas”* (Minuchin, 1990; Hanson, 2005; Alarcão, 2002), citado por (Figueiredo, 2009, p.29). Uma equipa multidisciplinar e multiprofissional com experiências e saberes diferentes, pode através da partilha e da cooperação, prestar cuidados diferenciados, dentro das suas disciplinas, às famílias com necessidades diversas, capacitando-as, aumentando os ganhos em saúde. Reunir com profissionais de saúde do ACES Espinho/Gaia, convidando-os a participar em conjunto, como equipa multiprofissional, constitui-se como uma actividade do projecto.

2.3.2.6- Convívio com prestadores de cuidados e famílias

“Os grupos de discussão, dado o seu carácter psico educativo, enfatizam o estabelecimento de uma atmosfera não patológica, proporcionando o contexto ideal para estas famílias, por um lado, aprenderem sobre a doença e, por outro falarem sobre ela, designadamente, sobre o modo como invadiu a identidade familiar e está a interferir no desenvolvimento da família” (Sousa, Relvas e Mendes, 2007, p. 77).

O lançar das “sementes” da criação de um grupo de ajuda mútua, sem carácter psicoterapêutico, em que o profissional de saúde, servisse apenas como mediador, poderia permitir o convívio entre famílias, entre prestadores de cuidados, aumentando os contactos sociais, ao mesmo tempo possibilitar a troca de experiências, até porque *“reunir-se com outras famílias que vivem circunstâncias similares é uma oportunidade para partilhar experiências, ideias e preocupações”* (Sousa, Relvas e Mendes, 2007, p.92). A organização voluntária das famílias e dos prestadores de cuidados pode ainda fomentar a redução do stress, aumentando a esperança.

2.3.2.7- Parcerias (parceiros comunitários)

Estabelecer contacto com os parceiros comunitários, conhecendo os seus recursos, é importante para os enfermeiros, principalmente para os especialistas em enfermagem comunitária. A potenciação destes recursos, através de parcerias formais ou informais, pode tornar-se uma mais-valia, nas intervenções essenciais para melhorar a qualidade de vida das famílias, do prestador de cuidados e da pessoa doente, pois podem prestar serviços diferenciados, indo ao encontro das diversas necessidades dos mesmos, tais como: apoios sociais, empréstimo de material de apoio à mobilidade, fornecimento de serviços de alimentação e de cuidados de higiene, etc.

As Instituições que apoiam a comunidade de Arcozelo, são várias, tais como: Instituições Humanitárias (Bombeiros Voluntários Aguda), Instituições Públicas de Solidariedade Social (prestam serviços ao domicílio a nível de higiene da pessoa doente, fornecimento de refeições a pessoas com dependência) Instituições Religiosas (colaboram na dádiva de roupas e mantimentos, e ajuda na comparticipação dos custos de medicamentos, para além dos Centros de Saúde da rede dos Cuidados de Saúde Primários, entre outras, Contudo, os recursos por vezes são escassos perante o avolumar das necessidades, sendo por isso necessário, utilizá-los de forma eficiente.

2.3.2.8- Folhetos e poster

A elaboração de folhetos, com informação sobre autocuidados comer e actividade recreativa., para entregar aos prestadores de cuidados, foi pensado para servir de apoio cognitivo, através de consulta, em caso de dúvidas. As mensagens escritas, para além de transmitir conhecimentos, deveriam deixar espaço, para procura de mais informações e conhecimentos, fomentando a pesquisa pessoal ou o entrar em contacto com o enfermeiro de família. Os resultados do Diagnóstico de Saúde, assim como a divulgação dos nomes dos Projectos de Intervenção Comunitária que emergiram, em forma de poster, afixando-o, em local de acesso ao público, como a USF Aguda, foi uma forma planeada para divulgar a dinâmica familiar e despertar a curiosidade dos utentes.

2.3.2.9- Organização de um Simpósio

A organização de um simpósio, subordinado ao tema grupo comunitário família, foi pensado para transmitir a profissionais de saúde do ACES Espinho/Gaia, conhecimentos e experiências, sobre esta temática, expor os resultados do Diagnóstico de Saúde e apresentar os Projectos de Intervenção Comunitária, assim como, possíveis ganhos em saúde, numa partilha de saberes. Para a realização de um Simpósio, foram planeadas diversas actividades, tais como: pedir autorização, organizar os recursos humanos e materiais, prever custos, procurar estrutura com capacidade de realização do simpósio, em termos de espaço e meios audiovisuais, contactar peritos para palestrarem, convidar enfermeiros da USF Aguda, para partilharem as suas experiências de enfermeiro de família no contexto organizacional de Unidade de Saúde Familiar, após 10 anos de experiência, publicitar o simpósio, elaborar as apresentações, contactar parceiros comunitários, convidar individualidades de referência, do ACES Espinho/Gaia, elaborar certificados de presença, organizar o meio de inscrição dos profissionais de saúde no Simpósio, elaborar poster de apresentação do evento, entre outras.

CAPÍTULO III – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS DO ESTÁGIO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

As actividades descritas no capítulo anterior, foram executadas junto e na comunidade, tendo como alvo de cuidados, o grupo comunitário família, com a finalidade de concretizar os objectivos propostos pelo plano de estudos e pelos objectivos operacionais de projecto. A avaliação feita, é agora explanada, referindo o que foi alcançado e os ganhos em saúde obtidos. Contudo, por vezes, impedimentos surgem, impondo-se à concretização dos objectivos propostos. Identificar os obstáculos e formas de os contornar, pode ser uma mais-valia, para projectos futuros, através de redefinição de estratégias e actividades.

3.1- Poster

Foi elaborado um Poster (Quadro nº2), em colaboração com a colega de estágio, que de uma forma resumida, traduzia o Diagnóstico de Saúde, em alguns dos seus pontos, como a população alvo, o modelo de enfermagem, os focos de enfermagem, após a priorização pela técnica de pares, os nomes dos projectos de intervenção comunitária, conjuntamente com os focos alvo das intervenções.

Quadro nº 2: Poster Projectos de Intervenção Comunitária



A USF Aguda foi o local eleito para expor o poster, após apresentação ao Director Executivo, Presidente e Vogais do Conselho Clínico do ACES Espinho/Gaia.

A Coordenadora da Unidade de Saúde, que autorizou a sua afixação. A mensagem contida no poster, foi apercebida principalmente os resultados obtidos através do Diagnóstico de Saúde, ficando desperta a curiosidade, sobre a metodologia aplicada e os projectos de intervenção

3.2 - Visitação Domiciliária

As visitas domiciliárias foram agendadas telefonicamente, tendo sido realizadas a 11 agregados familiares, conforme o planeamento. Das 11 famílias, 4 tiveram visita por equipa multiprofissional e multidisciplinar, (3 pela aluna e assistente social, do ACES Espinho/Gaia e 1 pela aluna, pela enfermeira em cuidados domiciliários da USF Aguda e assistente social), identificando as necessidades dos prestadores de cuidados, capacitando-os nos autocuidados comer e actividade recreativa, assim como na informação e orientação para os recursos da comunidade. No total, foram realizadas 13 visitas, porque 2 agregados familiares, necessitaram de 2 visitas. A avaliação da actividade encontra-se no Quadro nº3: avaliação da actividade domiciliária.

Quadro nº3: Avaliação da actividade visitação domiciliária

Meta planeada	Indicadores de actividade	Avaliação dos resultados
Visitação domiciliária a 30% das famílias referenciadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas propostas}} \times 100$	28%
Visitação domiciliária a 25% das famílias pela equipa multidisciplinar	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas propostas}} \times 100$	10%

Foi previsto a realização de visitação domiciliária a pelo menos 12 agregados familiares pela aluna e pelo menos 10, por uma equipa multidisciplinar. Contudo, a ocorrência de internamento para cirurgia da pessoa dependente, condicionou a vontade de participação do prestador de cuidados no projecto. As visitas em equipa, foram realizadas consoante a disponibilidade dos elementos envolventes, face a compromissos profissionais. A receptividade dos prestadores de cuidados e familiares presentes foi um estímulo, para que actividades semelhantes, continuem nos serviços, numa dinâmica colaborativa multiprofissional

3.3- Empoderamento dos Prestadores de Cuidados

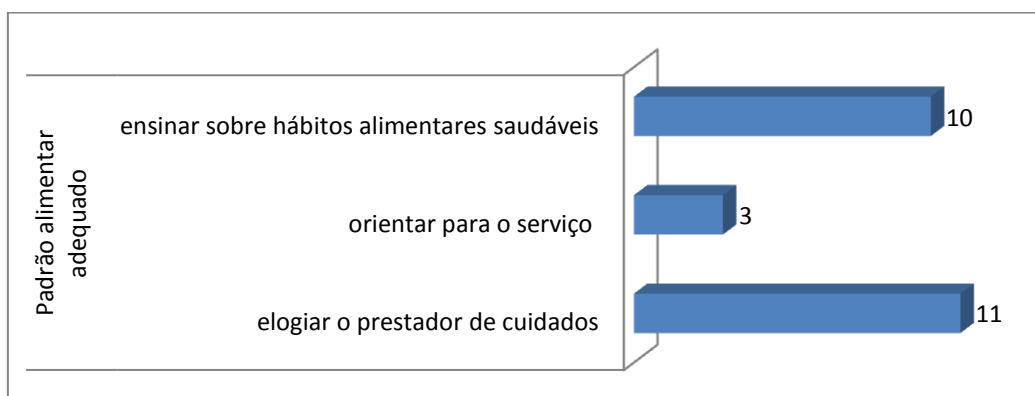
A capacitação dos 11 prestadores de cuidados foi realizada, principalmente, durante a visitação domiciliária. Para as dimensões, conhecimento do papel, nos itens de avaliação autocuidado comer e autocuidado actividade recreativa e comportamento de adesão, foram planeadas intervenções de enfermagem, do tipo elogiar, informar, incentivar, orientar, ensinar, instruir, treinar, que foram executadas consoante as necessidades dos prestadores de cuidados.

Como exemplo, a nível do autocuidado comer, foi realizada educação para a saúde, sobre hábitos alimentares saudáveis, formas de confeccionar os alimentos, estratégias adaptativas, etc.

Em todos os itens de avaliação de conhecimentos/aprendizagem de habilidades, houve sempre o cuidado de elogiar o prestador de cuidados, mesmo quando estes itens eram não demonstrados. O reforço positivo era indispensável, pois cuidavam da melhor forma que sabiam, podendo este reforço, aumentar a sua auto-estima, conduzindo a uma maior motivação para cuidar, aprendendo novas formas mais eficazes. Para apoio na aquisição de conhecimentos, foram elaborados dois folhetos: Alimentação saudável - Dicas para uma boa refeição da pessoa dependente e Exemplos para pequeno-almoço e lanches) e um panfleto: Actividade recreativa (Anexo V). No Workshop, foi dada a possibilidade de treino de alimentação por sonda nasogátrica, após instrução, assim como, abertura para debater sobre alimentação saudável, no fim da apresentação de slides (sobre o tema), através do programa Powerpoint, (Anexo VI).

As intervenções efectuadas e a avaliação de resultados da capacitação dos prestadores de cuidados, foram tratados, estatisticamente, apresentando-se, em baixo, graficamente, os itens avaliados (Gráficos nº 13-22).

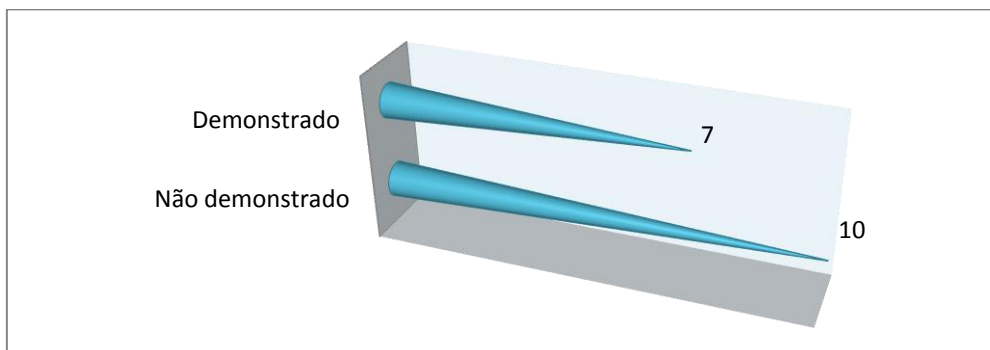
Gráfico nº 13: Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado



Todos os prestadores de cuidados foram elogiados. Foram efectuadas intervenções de enfermagem, do tipo ensinar, sobre hábitos alimentares saudáveis (ex: aumento de consumo de vegetais e fruta, evitar bebidas açucaradas e com cafeína - refrigerantes, o número de refeições diárias e quantidade de alimentos, os nutrientes) a 10 cuidadores. Foram orientados para a enfermeira e/ou médico de família 3 pessoas com dependência, para avaliação e potencial, posterior envio para o serviço de nutrição (via protocolo do serviço), para adequar o padrão alimentar ao estado de saúde e nutricional. Os motivos, para pedido de colaboração foram: 2 casos por magreza e perda acentuada de massa muscular e 1 por referir constantemente fome, apesar de alimentado frequentemente (utente diabético).

A avaliação dos conhecimentos apreendidos, pelos prestadores de cuidados, sobre ao padrão alimentar adequado, foi feita, através de perguntas, num diálogo informal. Os resultados dos juízos de enfermagem, (Demonstrado e Não demonstrado), encontram-se no gráfico nº 14..

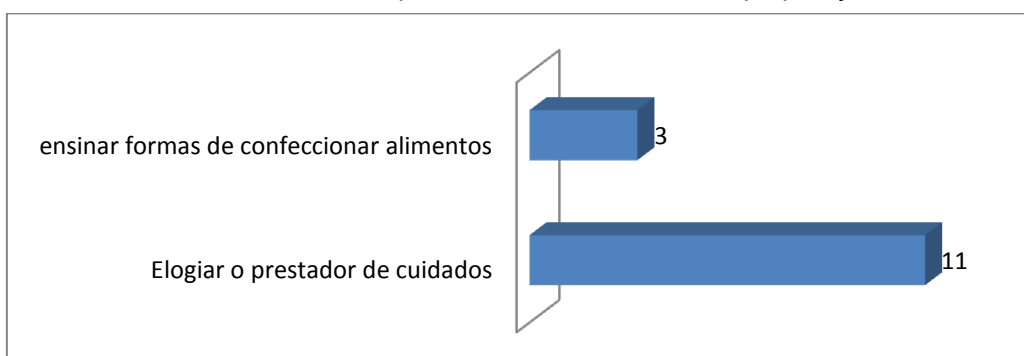
Gráfico nº 14: Avaliação do conhecimento sobre padrão alimentar adequado



Dos 10 prestadores de cuidados, que inicialmente tinham conhecimento sobre padrão alimentar adequado, não demonstrado, 7 passaram a conhecimento demonstrado.

Dentro da dimensão conhecimento do papel, nos dados de caracterização do conhecimento/aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, sobre Autocuidado comer, por itens de avaliação por área de atenção, foram, também, implementadas intervenções de enfermagem, do tipo ensinar, sobre formas de preparação dos alimentos. (Ver gráfico nº 15).

Gráfico nº 15: Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação dos alimentos

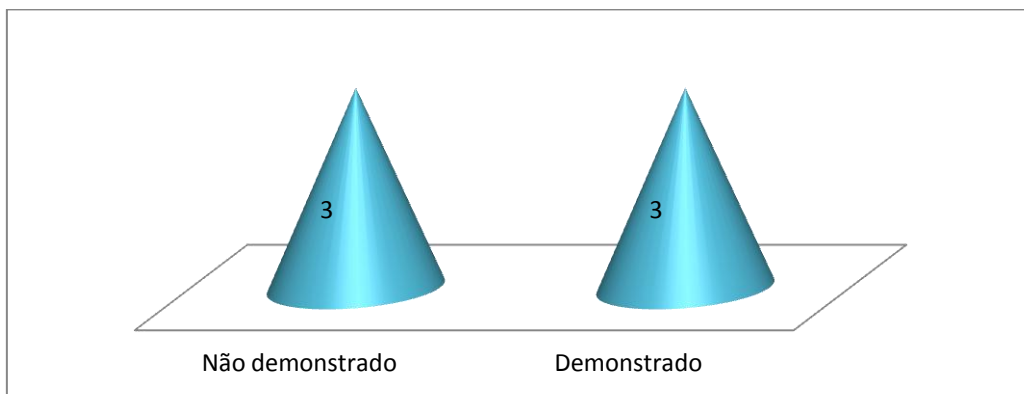


Foi necessário, intervir (tipo ensinar), em 3 prestadores de cuidados, sobre formas de preparação dos alimentos, com o objectivo de, preparem os alimentos de forma diferentes, consoante o estado de saúde das pessoas dependentes. Denotou-se, em 2 pessoas, portadoras de doença crónica e dependentes, dificuldade de deglutição, assim como, o desejo e a capacidade de 1 pessoa com dependência, de deglutir alimentos em estado sólido, bastando para isso, que, os alimentos fossem cortados em pequenos pedaços, (não necessitando, que todas as refeições fossem de consistência mole).

Como reforço positivo todos os prestadores de cuidados foram elogiados.

A avaliação do conhecimento sobre a preparação de alimentos, em termos de juízos de enfermagem, junto dos prestadores de cuidados, encontra-se representada, em baixo, no gráfico nº 16.

Gráfico nº 16: Avaliação do conhecimento sobre preparação dos alimentos

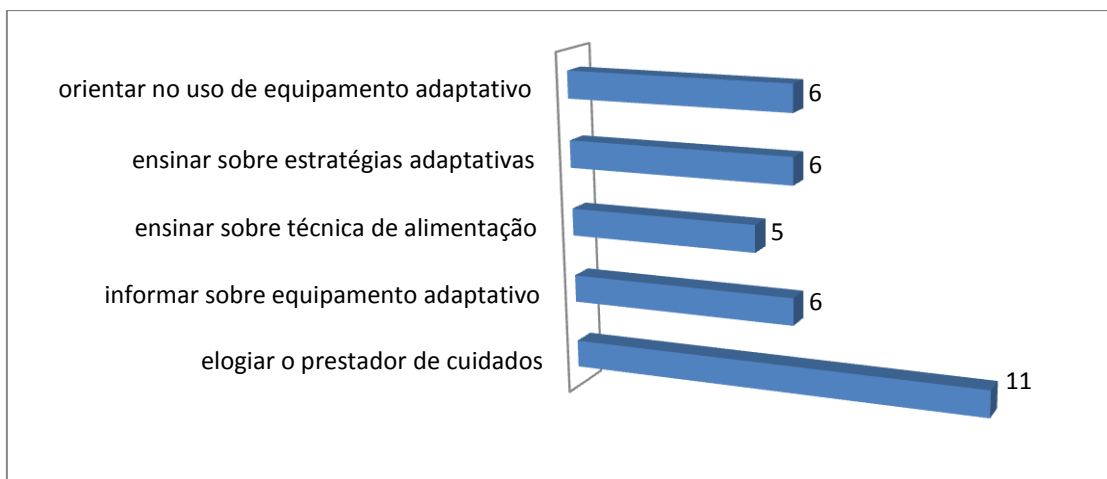


Após as intervenções de enfermagem, o juízo de Não demonstrado do conhecimento de preparação dos alimentos de 3 prestadores de cuidados, passou a Demonstrado.

No Autocuidado Comer, surgiu, também, a preocupação de intervir no conhecimento do prestador de cuidados, sobre técnica de alimentação oral, SNG, seguindo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009), indo ao encontro das necessidade do, prestador de cuidados e pessoa com dependência.

No Gráfico nº 17, poderemos fazer uma leitura das intervenções planeadas e executadas

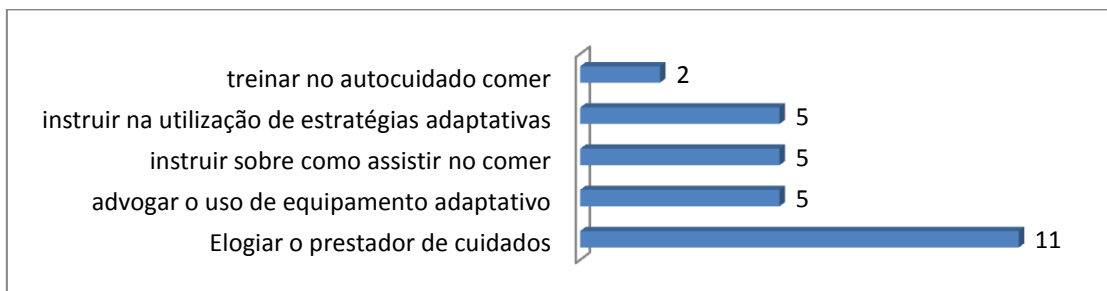
Gráfico nº 17: Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação oral, SNG



Dos 11 prestadores de cuidados, 6 tiveram intervenções de enfermagem do tipo informar e orientar, para o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se, 6 tiveram intervenções do tipo ensinar sobre estratégias adaptativas, e 5 tiveram intervenções do tipo ensinar sobre técnica de alimentação (1 prestador de cuidados tinha experiência anterior, por cuidar de familiar, já falecido). Todos foram elogiados.

A aprendizagem de habilidades sobre técnica de alimentação, foi alvo de intervenções de enfermagem, implementadas no decorrer do Projecto Cuidar Familiar, com o objectivo de aumentar a capacitação do prestador de cuidados, dentro do Autocuidado Comer. No Gráfico nº 18, evidencia-se o que foi realizado.

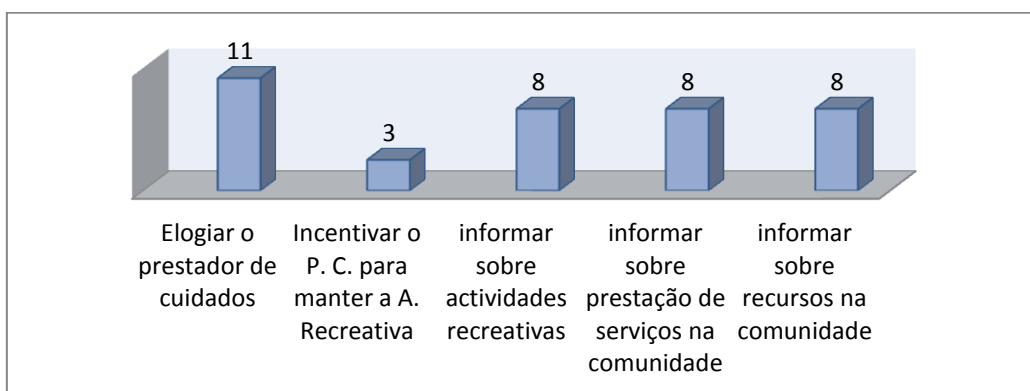
Gráfico nº 18: Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação



Embora 5 prestadores fossem instruídos na utilização de estratégias adaptativas, 5 instruídos como assistir no comer, apenas, em 2 cuidadores existiu a possibilidade de treino de técnica de alimentação por SNG. Todos os 11 prestadores foram elogiados, mesmo aqueles que aparentemente, não praticavam a habilidade de forma mais eficiente, pois faziam da melhor maneira que sabiam e podiam, cuidando e alimentando o seu familiar.

O Autocuidado Actividade Recreativa, é um dos itens de avaliação, do papel do prestador de cuidados, no Modelo de Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e uma das necessidades sentidas, nas famílias alvo do Projecto de Intervenção Cuidar Familiar. As intervenções implementadas, para a capacitação de conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa, foram várias, conforme a leitura do Gráfico nº 19, poderá demonstrar.

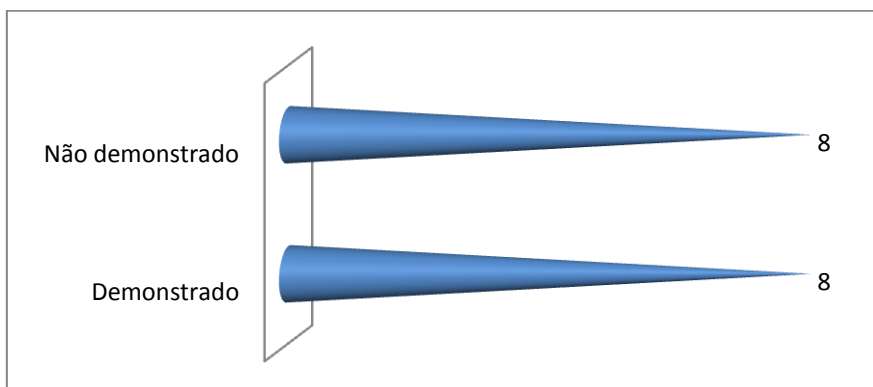
Gráfico nº 19: Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa



Dos 11 prestadores de cuidados, 8 tiveram como intervenção de enfermagem o informar sobre actividades recreativas, 8 sobre a prestação de serviços na comunidade e 8 sobre recursos.

Três prestadores de cuidados foram incentivados a manter a actividade recreativa, da pessoa com dependência (ex: passeios ao Domingo, jogar cartas, fazer levante para ver os programas preferidos na televisão).

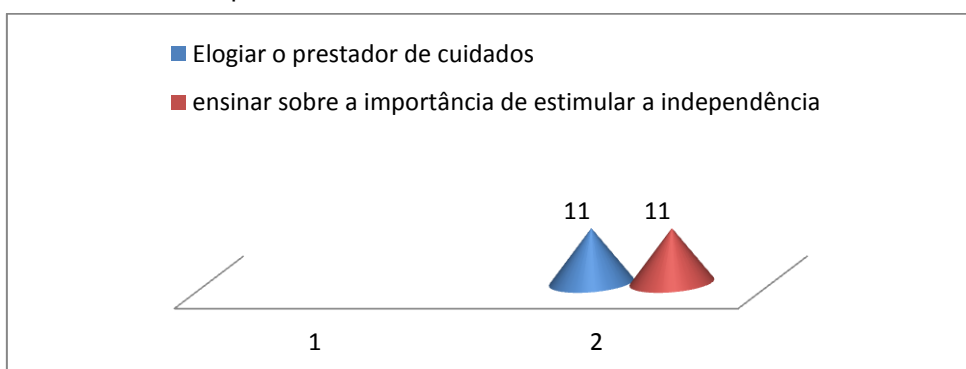
Gráfico nº20: Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa



Dos 8 prestadores de cuidados com conhecimento não demonstrado sobre a importância de manter a actividade, 8 demonstraram ter apreendido a informação sobre as actividades recreativas e a sua função para a diminuição de factores de stress, através das intervenções de enfermagem implementadas.

Manter, sempre que possível a independência, no autocuidado, é importante, e o prestador de cuidados tem um papel relevante. Assim, no seguimento das intervenções já descritas, no Gráfico nº 20, foi essencial, intervir, no sentido de aumentar o conhecimento do cuidador, sobre a importância de estimular a independência na actividade recreativa. (Ver Gráfico nº 21).

Gráfico nº 21: Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência na actividade recreativa

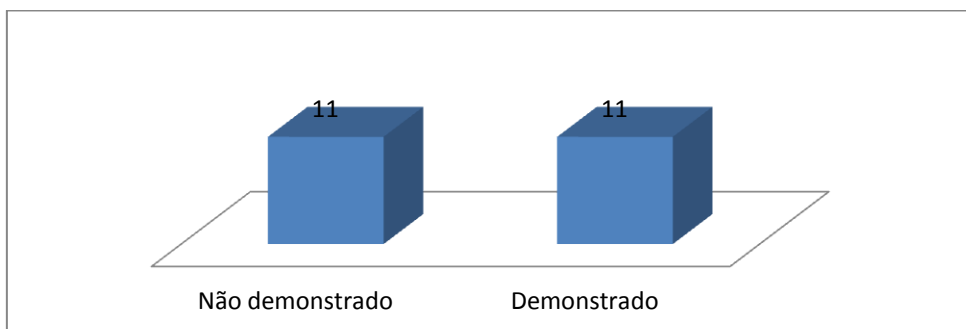


Todos, os prestadores de cuidados (11), foram alvo das intervenções planeadas, no que diz respeito à importância de estimular a independência da pessoa que cuidavam.

Os dados deste gráfico, parece traduzir, muito do que os prestadores de cuidados sentiam e referiam: falta de tempo para as actividades recreativas quer para si, quer para a pessoa com dependência.

No âmbito dos autocuidados necessários implementar, parece que o autocuidado actividade recreativa è deixada para "segundo plano", estando em primazia os que directamente estão ligados com o manter a vida, em termos fisiológicos. Poderá ser apenas uma percepção, da autora deste trabalho, mas fica lançado o desafio para investigações futuras e projectos para estimular e incentivar a actividade recreativa, dentro do possível, de todos os membros constituintes de uma família.

Gráfico nº 22: Avaliação do conhecimento sobre recursos da comunidade



Todos os prestadores de cuidados, demonstravam, inicialmente, algum desconhecimento sobre 1 ou mais recursos da comunidade (dentro dos propostos no projecto). A informação sobre os recursos, teve a colaboração das assistentes sociais (no caso de 3 prestadores de cuidados)

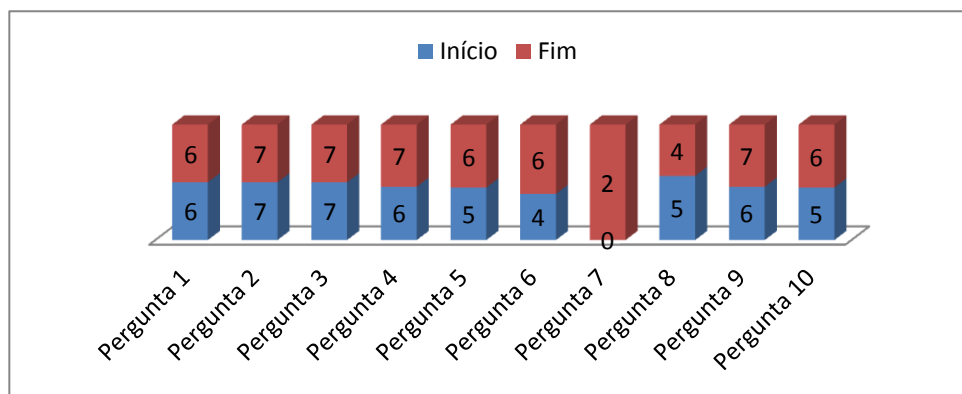
3.4- Formação em Serviço

A formação em serviço, foi realizada no dia 29 de Outubro de 2010, por duas formadoras que de uma forma colaborativa, apresentaram a temática, dividindo a apresentação por partes, em que cada uma, pronunciou-se sobre a dimensão avaliativa, referente ao foco de enfermagem, seleccionado, para os projectos individuais de intervenção comunitária. A formação, teve como objectivo geral, apresentar o Modelo de Enfermagem, intitulado Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009), como suporte operativo da realização do diagnóstico situacional da dinâmica familiar de um grupo de famílias da USF Aguda e posteriores projectos de intervenção, aos profissionais de saúde. Foi, pretendido, através desta actividade, informar acerca da tipologia do MDAIF, instruir sobre formas de aplicação na prática, exemplificando através dos Diagnósticos de Enfermagem, utilizando linguagem CIPE. A metodologia utilizada foi a expositiva/participativa/interrogativa com recurso ao programa Powerpoint, para apresentação dos conteúdos. O planeamento da formação, encontram-se em anexo (Anexo VII).

Foram convidados a participar, a Regente do Mestrado, a Vogal do Conselho Clínico, do ACES Espinho/Gaia e os enfermeiros da Unidade de Saúde, assim como outros profissionais. Participaram 7 enfermeiros, que preencheram uma ficha de diagnóstico de conhecimentos (Anexo VII), respondendo com Verdadeiro (V), Falso (F), Não Sei (NS) a 10 afirmações, no inicio e no fim da sessão, para avaliação do impacto da mesma.

Os resultados da avaliação foram tratados e apresentados em gráfico, conforme, abaixo representado (gráfico nº: 23), tendo sido consideradas para efeitos estatísticos, o numero de formandos que responderam acertadamente a cada pergunta, quer no inicio quer no fim da formação.

Gráfico nº 23: Número de formandos que responderam acertadamente/por pergunta



Da análise do gráfico nº 23, denota-se um aumento de conhecimentos por parte dos formandos, tendo que numa próxima sessão formal ou informal, explicitar mais o tema da questão número 8.

Numa atitude de avaliação contínua das intervenções realizadas, para que através de uma critica construtiva, e intercâmbio de saberes, seja possível melhorar o desempenho, foi pedido aos formandos que explicitassem dúvidas e criticas, registando os seus pareceres, numa grelha de heteroavaliação (Anexo VII). O resultado foi de 100% de objectivos cumpridos, em todos os itens avaliativos.

3.5- Equipa Multiprofissional

A teoria dos sistemas, e numa abordagem simplista, diz-nos que, é necessário um quadro conceptual com uma lógica mais complexa na qual diferentes elementos de uma realidade estabelecem relações entre si, podendo-se nesta linha de pensamento dizer-se que a criação de redes e parcerias apoia-se na teoria sistémica (interacção, totalidade, multidisciplinaridade, multidimensionalidade, articulação, complexidade, reciprocidade, sinergias e regulação), (Barroso et al, 2005). Durante o Módulo II de estágio, foram agendadas reuniões com duas Assistentes Sociais e uma Psicóloga do ACES Espinho/Gaia, que têm como população alvo de intervenção, os residentes na área geodemográfica da Freguesia de Arcozelo e/ou os utentes inscritos na USF Aguda. Os resultados, foram positivos. A partilha de experiências e saberes sobre as famílias e recursos comunitários, constituíram-se uma mais-valia, para a colaboração no percurso de ensino/aprendizagem e prestação de mais cuidados especializados a grupo comunitário.

A partir das reuniões, foi possível a concretização do “lançar as sementes” para uma possível e futura constituição de uma equipa multidisciplinar, pois as Assistentes Sociais concordaram fazer visitaçao domiciliária em conjunto com as alunas do curso, e orientar dentro da sua área disciplinar os prestadores de cuidados e famílias. Aceitaram, também o convite, para palestrarem no Simpósio EUCuidador Familiar. A psicóloga aceitou o convite para participar no Workshop. O Feedback dos prestadores de cuidados e elementos do agregado familiar ficaram satisfeitos com a visitaçao domiciliária multiprofissional, pois foi um momento, em que expuseram as dúvidas, necessidades, recebendo informação, orientação, ensino, instrução sobre vários assuntos, e os profissionais sentiram e expressaram satisfação de trabalhar em conjunto, em benefício dos utentes e suas famílias. Os enfermeiros e médicos de família, foram sempre solícitos, sempre que se havia necessidade de troca de informações para benefício dos utentes. A nutricionista do Centro de Saúde, apesar de não poder acompanhar nas visitaçoes domiciliárias, devido a compromissos profissionais, mostrou-se receptiva para receber e acompanhar os casos que lhe fossem enviados, pelos médicos de família (protocolo do serviço, para envio dos utentes para serviço de nutrição). Para efeito de avaliação, foram contabilizados os profissionais de saúde Assistentes sociais e nutricionista, que foram convidados para equipa multiprofissional, uma vez que a equipa da Unidade de Saúde Familiar Aguda, já tinham uma organizaçao passível de trabalharem em equipa. A psicóloga, foi convidada mais tardiamente, tendo participado no Workshop - Grupos de ajuda mútua.

A actividade foi avaliada, através dos seguinte indicador de actividade :

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais aderiram}}{\text{N}^\circ \text{ de profissionais convidados}} \times 100 = \frac{4}{4} = 100\%$$

A meta desta actividade, excedeu em cerca de 60% a meta prevista, que era de 40 %. Este valor, poderá reflectir a vontade de organizar equipas, multiprofissional e multidisciplinares, para acompanhar as pessoas com dependência, seus cuidadores e famílias, nos seus domicílios. Esta organizaçao e metodologia de trabalho poderá trazer maior satisfação dos utentes, assim como dos profissionais envolvidos, sendo uma mais-valia para as Unidades de cuidados na Comunidade e Cuidados Integrados.

3.6- Workshop

Fábrica de ideias e de conhecimento, foi o título do Workshop realizado no dia 12 de Novembro de 2010, pelas alunas do curso de Mestrado, a realizar o estágio do Módulo II, na USF Aguda. Todos os prestadores de cuidados e alguns dos seus membros familiares, foram convidados a participar, bem como os profissionais de saúde. Efectivamente, alguns cuidadores, apesar de agradecerem a ideia, refiram desde logo, o receio de não poderem comparecer, por motivo de falta de apoio na vigilância da pessoa com dependência.

De facto, somente 2 pessoas compareceram (2 cuidadoras), que conseguiram apoio nas forças internas dos seus agregados familiares, permitindo as suas ausências da residência. A psicóloga do ACES Espinho/Gaia aceitou o desafio, participando. Pretendeu-se, com esta actividade, confluir os dois projectos de estágio, o Cuidar Familiar, que teve como foco de enfermagem o papel do prestador de cuidados, e o EUCuidador com o foco processo familiar. Os dois projectos, tinham em comum, o grupo comunitário família, e a utilização do MDAIF (Figueiredo, 2009). Os objectivos delineados para o Workshop, estavam orientados para os objectivos traçados para cada projecto, que no que concerne ao Cuidar Familiar, especificavam o ensinar sobre alimentação saudável, ensinar sobre estratégias para alimentar, instruir sobre estratégias para alimentar, treinar sobre estratégias para alimentar, ensinar sobre a importância da actividade recreativa e informar sobre a importância de manter a independência. Os conteúdos, foram apresentados sob a forma de slides em Powerpoint (Anexo VI), folhetos, panfletos, numa relação dinâmica conhecimentos cognitivos e práticos. A metodologia activa/participativa, proporcionou, momentos de partilha de experiências dos prestadores de cuidados que participaram, reportando vivências anteriores de cuidar de familiares, e formas de ultrapassar as situações de crise, estabelecendo estratégias de coping. A experiência foi gratificante, apesar de o número de pessoas que participaram ser, reduzido, perante o número de famílias, inseridas nos projectos, devido à satisfação manifestada pelos utentes e profissional de saúde, que motivaram para que mais reuniões semelhantes ao Workshop acontecessem. Desafio, que foi lançado aos enfermeiros e outros profissionais de saúde da USF Aguda e ACES Espinho/Gaia, até porque, a realização deste evento, foi uma “porta aberta”, para os grupos de ajuda mútua acontecerem. (Anexo VIII: planeamento do Workshop)

3.7- Grupo de Apoio Mútuo

Não foi pretensão do projecto, organizar de forma formal, grupos de ajuda mútua, mas apenas lançar o desafio, iniciar o “lançamento das sementes”, para que no futuro, fosse possível a sua formação. A todos os prestadores de cuidados que entraram no projecto Cuidar Familiar, assim como a elementos familiares, presentes, aquando da visita domiciliária, foi pedido opinião, sobre a reunião de pessoas que cuidam, para partilha de experiências e convívio. De uma forma geral, todos concordaram num ponto comum “seria bom existir”; inclusive, um familiar, que colabora na prestação de cuidados, referiu e passo citar “...*para transmitir que aquilo que eu já passei e senti*”. Todos foram incentivados a procurar convívio com outras pessoas que vivenciam experiências semelhantes. Através, do Workshop, procurou-se fomentar a convivência social e a partilha de experiência, tendo para isso, sido efectuado convite para participação. Os elementos que participaram (2 prestadores de cuidados), deram alento a que, se deixasse o desafio, aos profissionais de saúde da USF Aguda, para iniciarem a formação de grupos de ajuda mútua, com frases e passo a citar “*Já me sinto mais aliviada*” “*deveria haver mais reuniões como esta*”, “*sai de casa e estou com outras pessoas*”.

A psicóloga do ACES Espinho/Gaia, que participou, escreveu: “os grupos de suporte para cuidadores são uma oportunidade para que estes encontrem pessoas que estão numa situação semelhante, reflectindo em estratégias úteis e que não haviam pensado. Os grupos de auto-ajuda, são grupos de ajuda mútua entre indivíduos que partilham do mesmo problema, e que são orientados para a mudança, para a educação e para o apoio”...” *O embrião dos grupos de auto-ajuda, lançado pelas enfermeiras (...) parece-me representar uma oportunidade para reflectirmos em novas intervenções na saúde, olhando para a problemática dos cuidadores de forma holística e inovadora no nosso país*” (Sandra Prata, 2010). O texto integral encontra-se em anexo (Anexo IX)

A actividade foi avaliada, através dos seguintes indicadores de actividade:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores incentivados}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadores}} \times 100 = 11/11 = 100\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias que apoiam a ideia}}{\text{N}^\circ \text{ de famílias inseridas no projecto}} \times 100 = 11/11 = 100\%$$

Embora, o número de prestadores de cuidados e família, que participaram, não fosse significativo, em quantidade, a significância qualitativa, deixou o desafio para iniciar a formação de grupos de ajuda mútua, o que motivou, a coordenação de USF Aguda, a colocar em prática formalmente, uma ideia embrionária, a Liga dos Amigos da USF Aguda.

3.8 - Contactar Parceiros Comunitários e Estabelecer Parcerias

As Instituições que prestam serviços na Freguesia de Arcozelo, são várias, sendo as mais conhecidas e solicitadas as seguintes: Bombeiros Voluntários Aguda, Instituições Públicas de Solidariedade Social, (Centro de Dia de S. Miguel), Religiosas (Vicentinas), Centros de Saúde da rede dos Cuidados de Saúde Primários e Junta de Freguesia de Arcozelo. Na estratégia (potenciar recursos da comunidade), planeada para o Projecto Cuidar Familiar, foram propostas, como actividades contactar parceiros comunitários e estabelecer parcerias com o ACES Espinho/Gaia, Junta de Freguesia, Instituições de apoio domiciliário.

O Presidente dos bombeiros voluntários foi contactado telefonicamente, para agendamento de reunião, com o objectivo de discutir sobre a possibilidade de cedência do Salão Nobre (Auditório), para a realização do Simpósio. Da reunião, saiu o aval positivo, com a cedência do espaço, sem custos, assim como toda a colaboração possível, a nível de controlo de som.

O Presidente da Junta de Freguesia de Arcozelo, foi contactado e agendada reunião, da qual, para além de ter sido convidado para o Simpósio, obteve conhecimento dos projectos de intervenção comunitária, tendo referido que colaboraria em caso de necessidade.

A assistente social, do Centro de Dia de S. Miguel, foi contactada pela assistente social do Centro de Saúde de Arcozelo, no âmbito da equipa multiprofissional que se criou, no decurso do estágio, do Módulo II, para discutir a possibilidade de ser alterado o padrão alimentar de uma pessoa com dependência, a qual, esta instituição fornecia as refeições.

Esta utente, necessitava de uma sopa, mais enriquecida em nutrientes, principalmente, proteínas, devido, a rejeitar, outra forma de confecção de alimentos para além da sopa. A alteração da ementa, tornando-a mais adequada ao estado individual de saúde e necessidades nutricionais, seria possível, sendo apenas, necessária uma prescrição do padrão alimentar.

O ACES Espinho/Gaia, prestou colaboração, no apoio dado ao projecto de intervenção comunitária, através da aceitação das várias intervenções planeadas necessárias para a execução dos mesmos e disponibilização dos meios humanos (assistentes sociais e psicóloga). Para a apresentação do projecto Cuidar Familiar, foi agendada reunião no Centro de Saúde de Espinho, com a Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico. Foram transmitidas as conclusões do Diagnóstico de Saúde e apresentado o projecto, assim como de uma forma muito resumida o Modelo de Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Neste contexto, foi pedido autorização e colaboração para a divulgação do Simpósio, por todos os profissionais de saúde.

A actividade foi avaliada, através dos seguintes indicadores de actividade:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contactos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de parceiros comunitários}} \times 100 = \frac{4}{5} = 80\%$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de parcerias estabelecidas}}{\text{N}^\circ \text{ de parcerias propostas}} \times 100 = \frac{3}{5} = 60\%$

O primeiro indicador ultrapassou as expectativas em cerca de 50% e o segundo em cerca de 30%. Contactar os vários parceiros comunitários, estabelecendo parcerias formais ou informais, pode ser uma forma de prestar cuidados de forma mais eficiente à comunidade, tornando-os uma força externa das populações, e aliados dos profissionais de saúde.

3.9- Realização do Simpósio

No dia 26 de Novembro de 2010, foi realizado um Simpósio, denominado, EUCuidador Familiar, no Salão Nobre dos Bombeiros de Aguda, no lugar de Aguda, Freguesia de Arcozelo. O espaço cedido pelos Bombeiros, com cerca de 300 lugares sentados, reunia condições acústicas, audiovisual e local para organizar o coffee break.

A realização deste evento, teve como objectivos, reflectir em torno da temática Família, apresentar e discutir os resultados do Diagnóstico de Saúde, realizado no Módulo I de Estágio e apresentar os Projectos de Intervenção Comunitária (Eucuidador e Cuidar Familiar), realizados durante o Módulo II de Estágio, tendo sido dirigido para os profissionais de saúde.

Para partilha de experiências e conhecimentos, foram convidados palestrantes, com trabalho e experiencia nesta área. A apresentação do Projecto Cuidar Familiar, em programa informático Powerpoint, teve como finalidade, transmitir, o papel fundamental do cuidador não formal, inserido na dinâmica familiar, tendo como objectivo, demonstrar a aplicabilidade prática de um Modelo de Enfermagem (Anexo X).

Para partilha de experiências e conhecimentos, foram convidados palestrantes, com trabalhos e experiência nesta área, nomeadamente a autora do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, Enfermeiros e Assistentes Sociais.

A divulgação do Simpósio EUCuidador Familiar, foi feita através do Conselho Clínico do ACES Espinho/Gaia, que enviou por correio electrónico o folheto informativo (Anexo XI), para todos os colaboradores, do Blogue EUCuidador Familiar, criado para o evento, (a consultar em www.eucuidadorfamiliar.blogspot.com) e através de pedido para divulgação no site da Ordem dos Enfermeiros, petição que foi atendida, tendo sido enviado um mandatário.

A participação no Simpósio foi gratuita, com direito a Certificado de Presença. (Anexo XII). Para convite pessoal foi criado um convite, que foi distribuído a alguns profissionais de saúde Coordenadores de Unidades de Saúde, membros do Conselho Clínico, Director Executivo e Presidente da Junta de Freguesia.

A apreciação global do Simpósio, foi positiva, principalmente na transmissão de conhecimentos e experiências, o que se denotou pelo interesse manifestado pelos enfermeiros, que iniciam a implementação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Tendo sido o primeiro Simpósio realizado no ACES Espinho/Gaia, e a receptividade gratificante, foi lançado o desafio, para que mais eventos como este venham a ser realizados e que mais enfermeiros mostrem e partilhem os trabalhos que realizam.

3.10- Avaliação do Impacto do Projecto Cuidar Familiar

Todos os projectos devem conter a avaliação do impacto dos resultados e consequentes ganhos em saúde. A fase final de um projecto, deverá ter uma relação circular com a fase inicial, pois se os valores quantificados não corresponderem aos inicialmente esperados, todo ou parte do processo de planeamento do projecto deverá ser redefinido, porque “*avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir*” (Imperatori, Giraldes, 1986, p.127).

A operacionalização quantitativa dos objectivos, abaixo definida, dará uma percentagem dos objectivos concretizados, até porque o conceito de avaliação, acima descrito, “*leva-nos a precisar simultaneamente o objectivo e o objecto da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão*” (Imperatori, Giraldes, 1986, p. 127).

A avaliação do projecto Cuidar Familiar, foi feita através dos seguintes indicadores de impacto, relacionados com os objectivos operacionais, descritos no Capítulo II:

$$\frac{\text{Nº de divulgações públicas do papel da família com prestador de cuidados realizadas}}{\text{Nº de divulgações públicas do papel da família com prestador de cuidados propostas}} \times 100 = \\ = \frac{2}{2} = 100\%$$

As formas de divulgação propostas, inicialmente, foram através da elaboração e fixação de poster e a realização de um Simpósio.

O Poster, foi elaborado na primeira semana de estágio e afixado entre a 2^a-3^a semana, na sala de espera dos utentes na USF Aguda, após ter sido colocado à consideração da professora regente da unidade curricular e ter obtido permissão pela coordenadora da Unidade. O Simpósio foi realizado no dia 26 de Novembro de 2010, no Salão Nobre do Bombeiros Voluntários Aguda, divulgando a Dinâmica Familiar, com um membro do agregado familiar dependente, portador de doença crónica com mais de 65 anos de idade, através da apresentação do Diagnóstico de Saúde, Projectos de Intervenção Comunitária, Modelo de Enfermagem e apresentações dos palestrantes convidados. A abertura das inscrições a profissionais de saúde e alunos de enfermagem, assim como a divulgação do simpósio, através de Blogue, permitiu que pessoas, fora do ACES Espinho/Gaia, tivessem a possibilidade de estarem presentes. Das inscrições, constavam, para além de colaboradores do ACES, professores e alunos de enfermagem, mestrandos de psicologia. Foram propostas 2 divulgações, o que foi conseguido, tendo sido atingindo este objectivo.

Nº de divulgações para os profissionais de saúde do ACES Espinho/Gaia realizadas x 100 =
Nº de divulgações para os profissionais de saúde do ACES Espinho/Gaia propostas
= 2/2 X 100 = 100%

Na USF Aguda, ACES Espinho/Gaia, foi realizada uma acção de formação em serviço, para os profissionais de saúde, tendo sido assistida por todos os enfermeiros dessa Unidade excepto, por um elemento que se encontrava em licença de maternidade, tendo sido convidada a Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e a Professora Regente do Mestrado. Foram convidados a participar no Simpósio EUCuidador Familiar, como participantes, palestrantes ou moderadores de mesa, desafio que foi aceite. O Simpósio foi divulgado, internamente, por todos os profissionais do ACES, através de Correio electrónico, mandatário pelo Conselho Clínico. Os enfermeiros que se encontram a organizar e a implementar as UCC Carvalhos e UCC Espinho (Unidades Funcionais do ACES Espinho/Gaia), mostraram particular interesse nos temas tratados, tendo vindo cumprimentar os palestrantes, solicitando mais partilha de experiência dos Projectos de Intervenção Comunitária e conhecimentos sobre o MDAIF e a forma de o aplicar na prática de cuidados de enfermagem, no contexto dos projectos das Unidades de Cuidados na Comunidade.

Nº de prestadores de cuidados que receberam informação dos recursos da comunidade x100 =
Nº total de famílias com prestador de cuidados
= 11/40 X 100 = 28%

Todos os 11 prestadores de cuidados, que aceitaram fazer parte do projecto, foram informados sobre os possíveis recursos na comunidade (Instituições e serviços de apoio). Denotou-se, no geral, défice no conhecimento sobre a existência de serviço de nutrição e psicologia no ACES Espinho/Gaia.

Alguns, confundiam a assistente social do Centro de Saúde com a pertencente à Junta de Freguesia. Outros desconheciam a possibilidade de orientação para os Cuidados Continuados, de curta ou média duração e para descanso do cuidador, ou a possibilidade de recorrer a apoio domiciliário para higiene da pessoa dependente. Alguns prestadores de cuidados, expuseram dúvidas sobre comparticipação da segurança social para apoio à compra de fraldas, entre outras questões. Foi transmitida informação sobre a forma como poderiam orientar-se para esses cuidados ou orientados para as assistentes sociais do Centro de Saúde de Arcozelo. A três prestadores de cuidados ocorreu visita domiciliária em equipa (enfermeira e assistente social), o que permitiu informações mais dirigidas às suas necessidades e dúvidas, como exemplo, o direito ao subsídio para apoio a terceira pessoa, em que o valor é alterado conforme o grau de dependência, coexistindo a possibilidade de avaliação por Junta Médica, no domicílio, para atribuição do mesmo.

A meta proposta para este objectivo operacional era de 30%. O que não foi possível atingir por uma diferença de 2%.

$$\frac{\text{Nº de prestadores de cuidados que referem apoio pela família e/ou agentes da comunidade}}{\text{Nº total de famílias com prestador de cuidados}} \times 100$$
$$= \frac{8}{40} \times 100 = 20 \%$$

Dos 11 prestadores de cuidados, 8 manifestaram ter algum suporte social, em caso de extrema necessidade através de elementos do seu agregado familiar ou de família extensa, ou de Instituições. Embora, muitas vezes, segundo a percepção da autora, não movimentassem essa força interna e externa, por receio de incomodar ou por sentirem que a responsabilidade do papel de prestador de cuidados era quase exclusivamente deles. Deixo o desafio para futuras investigações. 3 prestadores de cuidados referiram não se sentirem apoiados pelas instituições, por não sentirem que a resposta às necessidades da pessoa idosa, com dependência portadora de doença crónica, fosse a mais adequada e pelo menos 1 sentia-se isolado no papel de cuidador.

$$\frac{\text{Nº de prestadores de cuidados que receberam conhecimentos sobre autoc. comer}}{\text{Nº total de famílias com prestador de cuidados}} \times 100 =$$
$$= \frac{11}{40} \times 100 = 28\%$$

A todos os 11 prestadores de cuidados, foram transmitidos conhecimentos sobre o autocuidado comer, segundo as suas necessidades, sob a forma de intervenções de enfermagem, associadas ao conhecimento sobre autocuidado não demonstrado: conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado (ensinar sobre hábitos alimentares saudáveis orientar para o serviço de nutrição), conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação dos alimentos, conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação oral/SNG (orientar no uso de equipamento adaptativo, ensinar sobre estratégias adaptativas, ensinar sobre técnica de alimentação, informar sobre equipamento adaptativo.

Pelo menos três prestadores de cuidados não demonstraram conhecimento sobre padrão alimentar adequado, tendo sido orientados para equipa da USF Aguda.

A meta proposta para este objectivo operacional era de 30%. O que não foi possível atingir por uma diferença de 2%.

Nº de prestadores de cuidados capazes de executar habilidades de autoc. comer x 100

Nº total de famílias com prestador de cuidados

= 11/40 X 100= 28%

Dos 11 prestadores de cuidados, denotou-se que, 5 necessitavam de aprendizagem de executar habilidades de forma a melhorar a prestação, tendo para isso sido alvo de intervenções de enfermagem, a nível do instruir sobre como assistir no comer, instruir na utilização de estratégias adaptativas, advogar o uso de equipamento adaptativo. No final da avaliação, houve a percepção de que todos eram capazes de continuar a executar as habilidades, incluindo os 5 prestadores de cuidados que demonstraram motivação e aprendizagem.

A meta proposta para este objectivo operacional era de 30%. O que não foi possível atingir por uma diferença de 2%.

Nº de prestadores de cuidados que promovem a independência no autoc. comer x 100

Nº total de famílias com prestador de cuidados

7/40 = 17,5%

Para este indicador, foram planeadas, como intervenções de enfermagem. o ensinar sobre a importância de estimular a independência incentivar na promoção de comportamentos de adesão. Do total dos 11 prestadores, 7 tentavam manter alguma independência, através de actos simples, como: passar um talher para a mão e colaborar, colocar as refeições em local de fácil acesso, fazer levantar da cama e sentar à mesa; 4 prestadores de cuidados, faziam tudo pela pessoa, não estimulando a independência, face ao estado de saúde e grau de dependência da pessoa idosa.

Nº de prestadores de cuidados que receberam conhecimentos sobre autoc. actividade recreativa x 100

Nº total de famílias com prestador de cuidados

= 11/40 X 100= 28%

A todos os 11 prestadores de cuidados, foram transmitidos conhecimentos, informações sobre o autocuidado actividade recreativa, segundo as suas necessidades, sob a forma de intervenções de enfermagem, associadas ao conhecimento sobre autocuidado não demonstrado.

Foi, também, transmitido informação sobre a existência de Centros de Dia, que poderiam de alguma forma fomentar o convívio e actividades recreativas, da pessoa idosa com dependência, desde que o estado de saúde permitisse frequentar, estas Instituições.

Nº de prestadores de cuidados que promovem a independência na actividade recreativa x 100
Nº total de famílias com prestador de cuidados

Dentro do autocuidado actividade recreativa, foram transmitidos conhecimentos sobre a importância de manter a actividade recreativa, assim como a importância de estimular a sua independência. Contudo somente a 3 prestadores de cuidados foi possível avaliar a promoção da independência. Deixo o desafio futuro, para os enfermeiros de família, continuarem a incentivar e a motivar os prestadores de cuidados para esta actividade, fazendo avaliação da adesão, pois penso que somente terá resultados, se for uma actividade contínua e num espaço de tempo mais alargado do que o tempo de durabilidade do estágio.

Avaliação em termos de Família,

Para melhor compreensão dos resultados desta avaliação, deve ser descrito o tipo de família, encontrada nos 11 agregados familiares incluídos no projecto: Casal - 3; Monoparental liderada pela mulher, com apoio da família extensa (prestador de cuidados) - 1; Nuclear -1; Alargada – 5 e Coabitação -1.

No momento, da capacitação dos prestadores de cuidados, só foi possível, transmitir informação/conhecimentos a outros elementos do agregado, em apenas 2 famílias (família tipo Alargada), correspondendo aos cônjuges, do género masculino, dos prestadores de cuidados. Para efeito estatístico, foram incluídas: as 3 famílias tipo casal, 1 família tipo Coabitação, e 2 famílias tipo Alargada, porque pelo menos um outro elemento do agregado familiar, para além do prestador de cuidados, receberam alguma capacitação do autocuidado e recursos da comunidade.

Nº de famílias com prestador de cuidados que receberam informação dos recursos x 100 =
Nº total de famílias com prestador de cuidados
= 6/40 X 100 = 15%

Informações sobre os recursos da comunidade, foram transmitidos a cerca de 6 famílias, para além das 5, onde só foi possível comunicar com o prestador de cuidados e não com outros elementos constituintes do agregado familiar.

Nº de famílias com prestador de cuidados que receberam conhecimentos sobre autoc. comer x 100

Nº total de famílias com prestador de cuidados

$$= 6/40 \times 100 = 15\%$$

Foram transmitidos conhecimentos sobre autocuidado comer a cerca de 6 famílias, para além das 5, onde só foi possível comunicar com o prestador de cuidados e não com outros elementos constituintes do agregado familiar.

Nº de famílias com prestador de cuidados que receberam conhecimentos sobre autoc. activ. recreativa x100

Nº total de famílias com prestador de cuidados

$$= 6/40 \times 100 = 15\%$$

Foram transmitidos conhecimentos sobre autocuidado actividade recreativa a cerca de 6 famílias, para além das 5, onde só foi possível comunicar com o prestador de cuidados e não com outros elementos constituintes do agregado familiar

O projecto Cuidar Familiar, tentou sempre que possível, envolver, para além do prestador de cuidados, outros membros familiares, dotando-os dos mesmos conhecimentos, no empreendimento de diminuir o factor stress do cuidador, através da criação de uma rede de apoio familiar, constituindo-se uma força interna da família. Rememoro que *“a família, enquanto grupo identitário, constitui-se assim como factor de adversidade ou de protecção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento”* (Figueiredo, 2009, p.31).

A capacitação dos prestadores de cuidados, num processo de colaborar na melhor prestação possível de autocuidado, principalmente, nos autocuidados actividade recreativa e comer, através do conhecimento cognitivo e aprendizagem de habilidades, foi uma mais-valia, obtendo alguns ganhos em saúde. Os elementos de família, envolvidos nesta capacitação, apesar de não terem sido muitos, providenciaram um incentivo, para que futuramente mais ensinamentos sejam realizados, envolvendo toda a família no cuidar, pois podem servir de força interna para os prestadores de cuidados, em caso de saturação do papel ou por não o poderem desempenhar por algum motivo.

Nem todas as metas foram possíveis de atingir, devido a vários factores, como: hospitalização da pessoa dependente, portadora de doença crónica, o que conduziu a que um prestador de cuidados, desistisse de entrar no projecto; membros do agregado familiar em actividade laboral ou estudantil, no horário da visitação domiciliária e membros do agregado familiar, portadores de patologia causadora de défice cognitivo. Contudo, muito foi realizado, desde visitas em equipa multiprofissional até ao Workshop, onde prestadores de cuidados conviveram e compartilharam experiências.

A formação em serviço, realizada na USF Aguda e o Simpósio, serviram para partilhar conhecimentos e experiências com profissionais de saúde, sobre a dinâmica familiar e o papel do prestador de cuidados, dentro do Projecto Cuidar Familiar. Partilha essa, solicitada de maneira mais directa pela UCC dos Carvalhos, através de reunião agendada, com Professora Henriqueta Figueiredo, autora do Modelo Dinâmica de Avaliação e Intervenção Familiar e autoras dos projectos de intervenção comunitária, realizados no Módulo II de Estágio., pois pensam adaptar a temática e as intervenções dos projectos à sua realidade e contratualizações aliando a aplicabilidade prática do MDAIF (Figueiredo, 2009).

No módulo II de estágio, várias actividades foram realizadas, talvez mais poderiam ser feitas, mas dada o tempo de estágio, foi executado o possível para manter a qualidade das intervenções prestadas.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Na procura constante da melhoria dos cuidados de enfermagem, impõem-se uma prática crítica - reflexiva, baseada na evidência, proporcionando aos enfermeiros uma construção de saberes teóricos – práticos, para o exercício profissional dentro dos padrões de qualidade, ditados pela Ordem dos Enfermeiros. O Plano de Estudos para a Especialização em Enfermagem Comunitária, prevê objectivos e competências que deverão ser atingidos no final do curso, para a obtenção do grau de especialista. O desenvolvimento de estratégias e actividades, ao longo dos Módulos de Estágio, assim como a continuidade de uma prática de cuidados baseada na evidência, constitui-se fonte, para a consecução dos objectivos propostos e para o desenvolvimento profissional e pessoal.

4.1 Competências desenvolvidas

O plano de Estudos, prevê vários objectivos, que deverão ser atingidos ao longo do curso, tais como: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em Enfermagem, saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem, capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem, ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo.

Os dois Módulos de Estágio, providenciaram novas experiências, através da implementação de várias actividades, necessárias para a execução dos objectivos propostos, assim como, a pesquisa intensiva de trabalhos de investigação actualizados. No Módulo I, foi proposto a realização de um Diagnóstico de Saúde, aplicando a metodologia de planeamento em saúde, avaliando o estado de saúde de um grupo da comunidade. As unidades curriculares do Plano de Estudo, do Curso de Mestrado com Especialização na Área de Enfermagem Comunitária, contribuíram para a aprendizagem e para a concepção e implementação da metodologia do Diagnóstico de Saúde.

Neste contexto foi definida a área programática, a especificação dos objectivos, a constituição de equipa de trabalho, a identificação e caracterização da comunidade, a selecção das variáveis, a determinação da amostra da população, a selecção das fontes informadoras, a selecção/ elaboração dos instrumentos de recolha de dados, a previsão e tratamento da análise dos dados, a previsão da apresentação dos dados, a previsão dos recursos, o treino do pessoal, a colheita de dados, a organização e tabulação dos dados, a análise e interpretação dos dados, representação dos dados e conclusões e avaliação final. A priorização das necessidades foi realizada através do método de pares, o que permitiu definir quais as prioridades em saúde do grupo alvo, identificando os problemas, que foram traduzidos em focos de enfermagem. Para a realização de todas estas actividades, ocorreu a necessidade de aprendizagem, do sistema estatístico (SPSS) e Microsoft Office Excell e desenvolvimento de mais competências profissionais.

No segundo Módulo de Estágio foi proposto elaborar, executar e avaliar um Projecto de Intervenção Comunitária, como forma de dar resposta a pelo menos um dos problemas encontrados no Diagnóstico de Saúde. Para tal, foram definidos objectivos gerais e específicos, assim como objectivos operacionais, como forma de mensurar o impacto do projecto e os ganhos em saúde e delineadas estratégias passíveis de serem exequíveis, envolvendo membros da comunidade e tendo em conta recursos disponíveis.

Para que os objectivos propostos, nos Módulos de Estágio, fossem efectivados, foi necessário aplicar todos os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, assim como aqueles que foram desenvolvidos ao longo da experiência profissional.

Os resultados do Diagnóstico de Saúde e do Projecto foram transmitidos no Simpósio EUCuidador Familiar aos profissionais de saúde, assim como ao público em geral, através de poster fixado na sala de espera dos utentes, com o resumo do diagnóstico, das necessidades identificadas e dos nomes dos projectos. Na formação em serviço na Unidade de Saúde Familiar Aguda e no Simpósio existiu o cuidado de utilizar formas de comunicação, baseada na evidência científica, consoante o público-alvo, utilizando linguagem técnico-científica com os profissionais de saúde.

As reuniões com outros profissionais de saúde, nomeadamente, assistentes sociais e psicóloga, resultaram numa partilha de experiência sobre a temática seleccionada “Famílias com pessoa dependente, portador de doença crónica, com mais de 65 anos de idade”, tema esse, que surgiu após revisão bibliografia, percepção dos profissionais de saúde da USF Aguda e de uma inquietação das alunas de estágio.

Como forma de orientar a prática dos cuidados de enfermagem, no decurso do Diagnóstico de Saúde e do Projecto Cuidar Familiar, foi aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009), devido à sua aplicabilidade prática e utilização de linguagem ICNP/CIPE, na versão beta 2.

No decurso da capacitação dos prestadores de cuidados e elementos do seu agregado familiar, foi sempre utilizada forma de comunicação adequada, com respeito à sua cultura e crenças e meio onde estavam inseridos, salvaguardando o sigilo.

Aos profissionais de saúde foram lançados os desafios de continuarem o Projecto de Intervenção Comunitária ou iniciarem novos, dentro da temática, assim como investigarem sobre a dinâmica familiar.

Todas as actividades, resumidamente apresentadas, contribuíram para o ganho de mais competências profissionais, porque pela primeira vez, foi realizado pela autora, um Diagnóstico de Saúde a um grupo da comunidade, numa área geodemográfica definida, identificando necessidades e implementado um projecto de intervenção na comunidade, traduzindo-se na capacitação dos elementos envolvidos, indo, ao encontro das competências propostas pelo Plano de Estudos e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ditada pela Ordem dos Enfermeiros em Setembro de 2010.

No Regulamento das competências do enfermeiro especialista pode-se ler, no 4º objecto, no nº1, *a) estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, b) a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, c) integra a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde, d) realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.2).

No final do curso, espera-se ter atingido capacidades que permitirão no futuro, desempenhar as funções de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, sabendo que o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de mais competências deve continuar, no intuito de prestar sempre mais e melhores cuidados à comunidade, colaborando em mais Diagnósticos de Saúde para identificação das necessidades dos grupos comunitários, realizar projectos de intervenção comunitária, consoante os problemas identificados e orientações do Plano Nacional de Saúde. Espera-se, também, com a aquisição de novos conhecimentos, através da frequência das unidades curriculares e experiências no campo de estágio, ter desenvolvido mais competências para a gestão de recursos humanos e materiais e supervisão dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e comunidade.

5- CONCLUSÃO

As famílias, são uma unidade fundamental na sociedade, podendo constituir-se se como uma entidade de protecção dos seus elementos, através da percepção e sinalização dos sintomas, e intervenção na readaptação ou na manutenção do estado de saúde. O aumento da população idosa e associadamente as doenças crónicas, vivenciadas biológica e culturalmente de forma individual, apresenta-se como um desafio na prestação de cuidados formais (profissionais de saúde) e informais.

O papel de prestador de cuidados, desempenhado por um ou mais elementos familiares, principalmente do mesmo agregado, é uma mais-valia, na continuidade de cuidados não formais. Os enfermeiros, de forma colaborativa, devem participar, na capacitação dos indivíduos, família e comunidade, através de conhecimentos cognitivos e de aprendizagem de habilidades para as actividades de autocuidado.

Ao longo dos quatro Capítulos do relatório, foram descritas as actividades planeadas e executadas, nos dois Módulos, assim como a sua avaliação e ganhos em saúde. No primeiro Capítulo, foi feita uma descrição do local de estágio, referente à Unidade de Saúde Familiar Aguda, assim como da Freguesia de Arcozelo onde está inserida, foi feita uma abordagem, resultante da pesquisa bibliográfica, sobre o envelhecimento da população portuguesa, apresentando dados do Instituto Nacional de Estatística e a doença crónica, a família e o suporte social, o papel da enfermagem comunitária junto do grupo família, foi apresentado de forma sumária o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009), constituído por três dimensões de avaliação familiar: Estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança abastecimento de água, animal doméstico), Desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental) e Funcional (papel do prestador de cuidados, processo familiar) e explanado o Diagnóstico de Saúde (grupo alvo, selecção do instrumento de trabalho, metodologia de recolha de dados, organização e tabulação de dados, análise e priorização através do método de pares os problemas, traduzidos em foco de enfermagem, que salientou em primeiro lugar, o Foco Processo Familiar (21.6%), em segundo lugar, os Focos Prestador de Cuidados, Edifício Residencial e o Rendimento familiar (16.2%), e sucessivamente os Focos Satisfação Conjugal (10.8%) Precaução de Segurança (8.1%), Papel Parental (5.4%) e os Focos Abastecimento de Água e Animal Doméstico (2.7%).

No segundo Capítulo, referente ao planeamento das intervenções comunitárias do estágio, foram descritas as actividades do Módulo I de Estágio, como o integrar na equipa de saúde da USF Aguda, fazendo uma abordagem reflexiva sobre a metodologia de trabalho (Enfermeiro de família) e organização do serviço, o início do trabalho com a comunidade, através do grupo família, a componente ética, através da solicitação do consentimento esclarecido às famílias intervenientes no Diagnóstico de Saúde e autorização à coordenadora da USF Aguda; e as actividades planeadas para o Módulo II de Estágio, tais como: Projecto de Intervenção Comunitária, as visitas domiciliárias para capacitação dos prestadores de cuidados e familiares, as sessões informais de educação para a saúde para os prestadores de cuidados e famílias, a realização de formação em serviço para os profissionais de saúde da USF Aguda, focando a dinâmica Familiar, através da apresentação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e dos projectos de intervenção comunitária, a realização de um Workshop e o incentivo para o convívio dos prestadores de cuidados, o convite a profissionais de saúde (Assistentes Sociais e Psicóloga), para formação de equipa multidisciplinar, o que foi aceite, o estabelecer parcerias com elementos da comunidade, o elaborar folhetos e poster e por fim a realização de um Simpósio.

No terceiro Capítulo, referente à execução e avaliação das intervenções, foram descritas, individualmente, a forma como cada actividade foi executada e qual a avaliação resultante, através de indicadores de actividade, por fim foi avaliado o Projecto Cuidar Familiar, conforme os objectivos operacionais, indicando as metas que foram atingidas, quais é que não conseguiram atingir e possíveis obstáculos para o sucedido. Neste capítulo, recorreu-se à apresentação de gráfico como forma de tabular capacitação dos prestadores de cuidados, após tratamento estatístico.

No quarto Capítulo, referente à análise crítica do estágio de intervenção comunitária, foi efectuada uma abordagem crítico – reflexiva das competências desenvolvidas ao longo dos Módulos de Estágio I e II, tendo em ponderação os objectivos e as competências propostas pelo Plano de Estudos e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Chegando à conclusão do trabalho, é de referir que ao longo do percurso de estágio, foram encontrados alguns obstáculos, mas o incentivo e a motivação impeliram para seguir em frente, ultrapassando-os. Terminada esta etapa da vida académica, deseja-se apenas o começo de uma nova etapa da vida profissional.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistémica*, 3ª ed. Coimbra: Quarteto,
- Amendoeira, A.(1994). *Vila de Arcozelo – História e Monografia*, Edição do Autor. pág. 194-203
- Ausloos, G. (2003) *A competência das famílias*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores
- Barreto, (2005). *Os sinais da doença e a sua evolução*. In *A doença de Alzheimer e outras demências em Portug*. Lisboa: Lidel
- Barroso, T., Pereira, A., Rodrigues, M. (2005). *Educação para a Saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasa
- Cerqueira. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau
- Charondiére. (2008). in *Os Centros de Saúde em Portugal – A satisfação dos Utentes e dos Profissionais*. 1ªed:39. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primário
- DGS. (2001). *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa
- Figueiredo, M. (2009). *Um Contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto
- Fortin, (1999). *O Processo de Investigação*. Lusociência
- Goméz. C., Ferrer et al. (2006) *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Hackett, ML; Yapa, C; Parag, V; Anderson. (2005) *Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies*, Stroke. Pag.1330-1340.

- Hanson, S. (2004). *Enfermagem de Cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2^o ed. Loures: Lusociência
- Hesbeen, W. (2001) *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- Hesbeen, W., A. (2003) *Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos*. 2^a ed. Lisboa: Lusociência
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2^a ed, Coimbra: Formasau
- Imperatorl, E, Giraldes, M. (1986) *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública
- INE (2004). *Instituto Nacional de Estatística, 2004, Revista de estudos demográficos*: 35.
- Lopes, J. (2000) *A Cidade e a Cultura*, Porto: Afrontamento, pag. 189
- Martín, (2005). *O Cuidado Informal no Âmbito Social. Envelhecer em Portugal*, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados, Lisboa: Climepsi Editores
- Martins, T. Ribeiro, J. Garrett, C. (2003). *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. Psicologia, Saúde & Doenças. Pag.131-148
- Martins, M. (2002) *Uma crise acidental na família: o doente com AVC. Processos Familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau. Pag. 143-145
- Mello, P. (2000). *Avaliando e Adaptando o Ambiente Doméstico , Avaliando e Adaptando o Ambiente Doméstico*. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*.,pag. São Paulo: Atheneu,
- Minosso, A. et al, (2009). *Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde*. Universidade de São Paulo, São Paulo

Moreira, P. Oliveira, C. (2005). *A fisiopatologia da doença de Alzheimer e de outras demências*. In *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel

Moreira. (2001) *O doente terminal em contexto familiar*. Setembro. Formasau,

Moreira, (2001) *O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau

Nogueira, M. (2003). *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. Tese de mestrado. ICBAS. Porto

Nunes, B. (2005). *A Demência em números*. In *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel

Ordem dos Enfermeiros, (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Ordem dos Enfermeiros. (2007) *Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Consentimento informado*. Enunciado de posição

Ordem dos Enfermeiros, (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual, enunciados descritivos*

Paschoal. (2007) *Autonomia e Independência*. In M. P. Netto (org.), *Tratado de gerontologia*, 2ª ed. São Paulo: Atheneu. Pag. 609-621

Pavarini, Neri, (2000). *Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos*, In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu. pag 49-70

Pestana, M. ,Gageiro J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais*, 2ª ed. Edições Sílabo,

Pinto, C. et al,(2007) *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Qualidade de vida, nº23. Pag.59-55

Relvas, A. et al, (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi Editores

Rolland, J. (2001). *Doença crónica e o ciclo de vida familiar*, em CARTER, ; Macgoldrick e cols, *As mudanças no ciclo de vida familiar, Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas

Santos, A.T. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Tese de doutoramento em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.

Tavares, A. (1992) *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação, 2ª Edição

Travassos M. (2003). *Promoção da saúde: concepções dos enfermeiros em cuidados de saúde primários* Tese de mestrado, Porto: ICBAS

Wright, L., Leahey, M.. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca

Bibliografia adicional

Acurcio, Costa, Rocha, (2004-2005) A entrevista
<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/entrevistat2.pdf>

Carvalho, A., Carvalho, G. Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, 2005, Braga: Universidade do Minho <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4647>

Egry, E. Fonseca, R. A Família, A Visita Domiciliária e a Enfermagem: Revisitando o Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Colectiva
http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/2086.pdf

Faria, Sidónio, (2007). Educação e Formação
<http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/educacao-e-formacao>

Fedriço, C. Fisioterapia na terceira idade – O futuro de ontem é a realidade de hoje, (online]. Available from World Wide Web:
<http://www.fisiohoje.fst.br/>

Leoni, U. *A Dinâmica Familiar de Crianças com Doença Crónica*, São Carlos, 2005, artigo científico sob consulta a 26 de Maio de 2010 em <http://www.ufscar.br/~bdsepsi/241a.pdf>

Missão para os Cuidados de Saúde Primários, consultado em Abril de 2010
<http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?id=5173> consultado a 30 de Maio

Portaria nº349/96 de Ministério da Saúde de 8 de Agosto
www.apcl.pt

Relatório Mundial da Saúde: redução dos riscos promoção de uma vida saudável
<http://www.who.int/whr/2002/en/>,

ANEXOS

Anexo I: Gráficos do Diagnóstico de Saúde

Gráfico nº 1: idade dos membros do agregado familiar

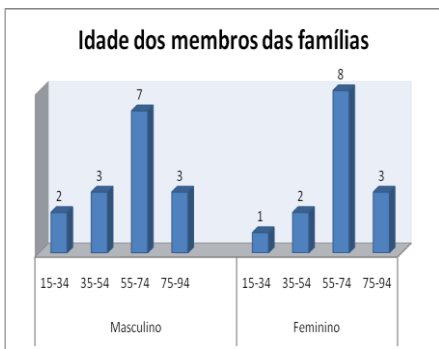


Gráfico nº 2: idade dos cuidadores informais

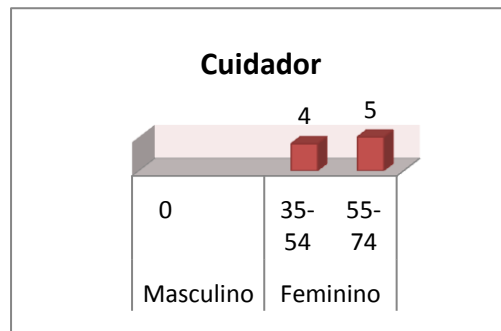


Gráfico nº 3: idade dos dependentes

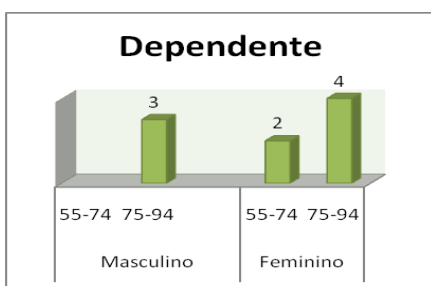


Gráfico nº 4: índice de Barthel

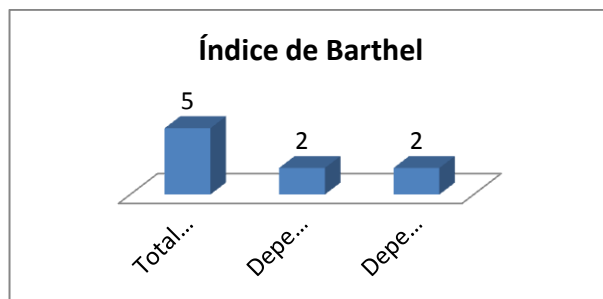
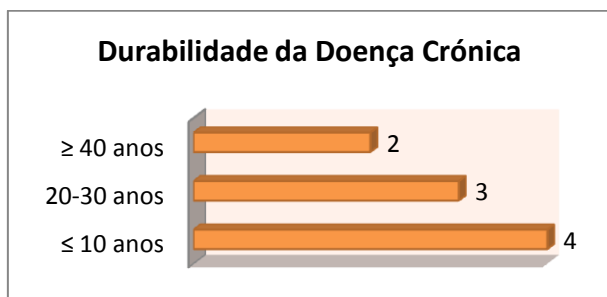


Gráfico nº 5: durabilidade da doença crónica



Anexo II: Autorizações e consentimentos

Anabela Sineiro Barbedo; Nânci de Fátima do Vale Castelão Teixeira
Universidade Católica Portuguesa
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
cameliadocampo@sapo.pt; nanci01@aeiou.pt

Ex.ª. Sr.ª. Dr.ª Goretí Ferreira
Coordenadora da Unidade de
Saúde Familiar da Aguda
Av. Padre Guilherme, 21
4405-010 Arcozelo

Aguda, 3 de Maio de 2010

No âmbito do Módulo I, do Estágio de Saúde Comunitária, inserido no plano de Estudos da Especialização de Enfermagem Comunitária, é intento nosso, realizar o Diagnóstico de Saúde das famílias inscritas, cujo agregado doméstico inclui um **portador de patologia crónica**, na abordagem da temática da **Relação Dinâmica com as famílias**, segundo o **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar** (Figueiredo, 2009).

Para o almejar deste objectivo, propusemo-nos construir um formulário e aplicá-lo às famílias inscritas, na região demográfica desta Unidade de Saúde Familiar, que serão segundo consulta informática, aproximadamente 60; assim como a utilização dos dados da caracterização das famílias inscritas da mesma Unidade.

No sentido de nos ser facultado a obtenção destas informações, e proceder à posteriori à sua aplicabilidade prática, vimos solicitar a Vossa Ex.ª, a concessão de tal crédito para a realização do Relatório de Estágio. Conscientes das implicações éticas de um projecto desta natureza, garantimos a sua confidencialidade.

Na expectativa que o nosso pedido, obtenha de Vossa Ex.ª, uma validação positiva, agradecemos atempadamente toda a vossa atenção e, dispendo-nos à sua disponibilidade, para qualquer esclarecimento.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Anabela Barbedo e Nânci Teixeira



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsáveis pelo questionário: Anabela Barbedo e Nânci Teixeira

Enfermeiras graduadas a realizar um projecto de Intervenção Comunitária na Unidade de Saúde Familiar da Aguda, vêm por este meio solicitar a Vossas Exas., autorização escrita na participação desta caracterização de necessidade, baseado no MDAIF e subordinado ao tema: **Relação Dinâmica com as famílias, no contexto do dependente portador de doença crónica.**

O seu preenchimento levará cerca de 30 minutos.

O tratamento dos dados, estará sujeito a implicações éticas e protegido pela confidencialidade e anonimato, sendo disponibilizados aos participantes que o solicitem.

Caso concorde com o conteúdo acima citado, solicitamos-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Aceito participar

2. Não aceito participar

Assinatura , _____ Data _____ / _____ / _____

Ex.^a Sr.^a Enf.^ª Henriqueta Figueiredo

Aguda, 07 de Maio de 2010

O contexto actual de informação e tecnologia assoma os cuidados de saúde, nos domínios mais economicistas e ainda redutores de registos.

Ciente desta realidade, a Enfermagem, ciência e disciplina cujo mandato social, infere as suas atenções e promoções de cuidado, ditos antecipatórios, na área Comunitária, cuja visão do Enfermeiro impele uma metodologia de planeamento em Saúde, realizada no âmbito da capacitação dos grupos ou comunidades.

O domínio das competências específicas da área Comunitária (MDP, 2009), decorre das transições humanas inferidas pelos problemas de saúde de um grupo e, neste caso, na tomada de decisão do alvo de intervenção no contexto familiar, porquanto alvo de cuidados.

O ICN (2003:7) reitera esta opinião ao conceber que "*a natureza da função atribuída ao Enfermeiro de Família, deve confluir contexto e alvo de cuidados; de cuidados da prática, de responsabilidade, grau de autonomia, formação e estrutura*".

Partindo desta premissa e no âmbito da realização de um Diagnóstico de Saúde das Famílias inscritas da Unidade de Saúde Familiar Aguda, incluído no Módulo I do Estágio de Saúde Comunitária, da Especialização de Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa, inquietou-nos esta problemática, na compleição da patologia crónica do dependente, segundo a perspectiva do familiar cuidador, cujo título manifesta a **Relação Dinâmica das família**, no contexto do **dependente portador de doença crónica**, baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – MDAIF (Figueiredo, 2009) nas famílias inscritas daquela Unidade de Saúde.

A aplicação do modelo operativo MDAIF permitir-nos-á a construção do Diagnóstico de Saúde no eixo estruturante da comunidade, cujo grupo é identificado pela família.

Segundo a OMS, "o Enfermeiro, é responsável por um grupo bem definido de famílias...e deverá ajudar...a família a adaptar-se à doença e à incapacidade crónica (OMS, XXI)

Solicitamos a sua prestigiosa colaboração, perícia e conhecimento na matéria, pois tal notoriedade é enaltecida pelos seus comentários, contando com o seu parecer perante os itens descritos no formulário, no que se concerne a aspectos que se relacionam com: relevância, clareza, ambiguidade e sequência lógica

Segundo os itens referenciados, segue-se um espaço indicado, para qualquer sugestão, crítica ou reformulação que considere adequada.

Item _____

Sugestão _____

Na expectativa que o nosso pedido, obtenha de Vossa Ex.^a, o melhor recepção, agradecemos a sua colaboração e disponibilidade,

Com os melhores cumprimentos,



Anabela Barbedo e Nânci Teixeira

Cara Anabela e Cara Nânci

Em primeiro lugar cumprimento-as pelo vosso projecto, que julgo muito pertinente face aos novos contextos dos cuidados de saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Em resposta vosso pedido de autorização para utilizar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, é com muito gosto que o autorizo, com a certeza que irá desenvolver um excelente trabalho.

Agradeço o vosso contacto e cumprimento-as uma vez mais pelo vosso interesse.

Se necessitarem de algo, sintam-se totalmente à vontade para me contactar.

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo

Anexo III: Quadro nº1: Planeamento das estratégias

Quadro nº 1: planeamento das estratégias/actividades/metabolindicadores

Estratégias	Actividades	Metas	Indicadores de Actividade
Potenciar os recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar parceiros comunitários • Estabelecer parcerias com ACES Espinho/Gaia, Junta de Freguesia, Instituições de apoio domiciliário 	<ul style="list-style-type: none"> - Que 30% dos parceiros comunitários conhecidos sejam contactados - Que 30 % das Instituições contactadas estabeleçam relação de parceria 	<p><u>Nº de contactos realizados</u> x 100</p> <p>Nº de parceiros comunitários</p> <p><u>Nº de parcerias estabelecidas</u> x100</p> <p>Nº de parcerias propostas</p>
Percepção das necessidades do cuidador e da família	<ul style="list-style-type: none"> • Visitação domiciliária pelo membro do projecto • Visitação domiciliária pela equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> -Visitação domiciliária a 30% das famílias referenciadas - Visitação domiciliária a 25% das famílias pela equipa multidisciplinar 	<p><u>Nº de visitas realizadas</u> x 100</p> <p>Nº de visitas propostas</p> <p><u>Nº de visitas realizadas</u> x 100</p> <p>Nº de visitas propostas</p>
Empoderamento das famílias cuidadoras	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar sessões formais e/ou informais de educação para a saúde, visando o educar, instruir e treinar a nível do autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Que 30% das famílias (ou cuidador) adiram 	<p><u>Nº de famílias que aderiram</u> x100</p> <p>Nº de famílias inseridas no projecto</p>
Iniciar a organização de grupos de ajuda mútua	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o convívio entre os prestadores de cuidados • Incentivar famílias, a partilhar as experiências 	<ul style="list-style-type: none"> - Que 20% dos prestadores e cuidados sejam incentivados a conviver - Que 20% das famílias apoiem a ideia 	<p><u>Nº de cuidadores incentivados</u> x100</p> <p>Nº total de cuidadores</p> <p><u>Nº de famílias que apoiam a ideia</u> x 100</p> <p>Nº de famílias inseridas no projecto</p>

Incentivar a formação de equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Convidar profissionais de saúde (enfermeiro de família, médico de família, assistente social, nutricionista) para a formação de equipa multidisciplinar para apoio às famílias cuidadoras informais 	- Que 40% dos profissionais adiram	<u>Nº de profissionais aderiram</u> x100 Nº de profissionais convidados
Partilhar conhecimentos e experiência sobre a temática Família com a equipa de enfermagem USF Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar sessão de formação em serviço na Unidade de Saúde Familiar Aguda 	- Que 60% dos enfermeiros adiram à sessão de formação em serviço	<u>Nº de enfermeiros que aderiram</u> x100 Nº de enfermeiros existentes
Partilha interdisciplinar de saberes e experiência sobre a “Família”	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pelo menos 1 reunião informal com membros da equipa multidisciplinar 	- Que 40% dos profissionais convidados adiram	<u>Nº dos profissionais que aderiram</u> x100 Nº de profissionais convidados
Desenvolver instrumentos pedagógicos de apoio à tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar folhetos ilustrativos • Entregar os folhetos • Explicitar sobre o conteúdo 	- Elaborar pelo menos 3 folhetos sobre o papel do cuidador e recursos da comunidade	<u>Nº de folhetos elaborados</u> Nº de folhetos propostos elaborar
Exposição de material didáctico	<ul style="list-style-type: none"> • Afixar 1 poster alusivo ao tema na USF Aguda e noutra lugar público 	- 1 Poster	Nº de posters afixados <u>Tipo de mensagem retida</u> nº mensagens expostas

<p>Mediatizar o papel da Família e do cuidador informal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o “Porto de Honra” • Convidar elementos e parceiros comunitários • Convidar profissionais de saúde do ACES Espinho/Gaia 	<p>- 1 “Porto de Honra”</p>	<p>Realizado/Não realizado</p>
---	--	-----------------------------	--------------------------------

Anexo IV: Planeamento da visitação domiciliária

Plano de Visitação Domiciliária

VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA	
População Alvo: Família _____	
Realizada por: Anabela Barbedo	
Data:	
Local: Domicilio do agregado familiar	
Objectivo Geral:	<ul style="list-style-type: none">➤ Promover a adequação do papel do prestador de cuidados
Objectivos Específicos:	<ul style="list-style-type: none">➤ Capacitar o prestador de cuidados de conhecimentos sobre o autocuidado actividade recreativa➤ Capacitar a família de conhecimentos de autocuidado actividade recreativa➤ Capacitar o prestador de cuidados de conhecimentos sobre autocuidado comer➤ Capacitar a família de conhecimentos sobre autocuidado comer➤ Capacitar o prestador de cuidados de habilidades de autocuidado comer➤ Incentivar os prestadores de cuidados na promoção da independência da pessoa dependente
METODOLOGIA	
	<ul style="list-style-type: none">➤ Método expositivo e demonstrativo
CONTEÚDOS	
CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR	
(Genograma e ecomapa)	

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Populacion Año: _____ Familia: _____

Realizado por: _____

Data: _____

Lugar: _____

Objetivo General:

• Promover a responsabilidade social do cidadão de cuidar

Objetivos Específicos:

- > Capacitar o prestador de cuidados de enfermagem sobre o atendimento adequado aos idosos
- > Capacitar a família de cuidadores de idosos sobre o atendimento adequado
- > Capacitar o prestador de cuidados de enfermagem sobre o atendimento adequado
- > Capacitar a família de cuidadores sobre o atendimento adequado
- > Capacitar o prestador de cuidados de enfermagem de habilidades de atendimento com
- > Incentivar os prestadores de cuidados de enfermagem a promover a promoção de atividades de pessoas dependentes

MÉTODOS DE ENSINO

> Método expositivo - demonstrativo

CONTÊÚDOS

CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

(Organograma a seguir)

Necessidades/problemas	Juízo	Intervenções	Avaliação
AUTOCUIDADO ACTIVIDADE RECREATIVA			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa	Demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar prestador de cuidados - Incentivar o prestador de cuidados para manter a actividade recreativa 	
Conhecimento da família sobre a importância de manter a actividade recreativa	Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o prestador de cuidados sobre actividades recreativas - Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade - Informar sobre recursos da comunidade 	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar a família - Incentivar a família a manter a actividade recreativa 	
Comportamentos de adesão	Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar actividades de lazer - Informar sobre actividades recreativas - Informar sobre recursos da comunidade 	
	Demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar o prestador de cuidados - Ensinar sobre a importância de estimular a independência 	
	Demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar o prestador de cuidados - Incentivar na promoção de comportamentos de adesão 	

AUTOCUIDADO COMER		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre o padrão alimentar adequado	Demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar o prestador de cuidados
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar para o serviço de nutrição - Ensinar sobre hábitos alimentares saudáveis
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)	Demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar o prestador de cuidados
	Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar formas de confeccionar os alimentos
	Demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar o prestador de cuidados
	Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre o equipamento adaptativo para o alimentar-se - Ensinar sobre técnica de alimentação - Ensinar sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se - Orientar no uso de equipamento adaptativo para o alimentar-se
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	Demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar o prestador de cuidados
	Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Advogar o uso de equipamento adaptativo - Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o alimentar-se - Instruir sobre como assistir no alimentar-se - Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para comer - Treinar o prestador de cuidados no autocuidado comer - Treinar o prestador de cuidados para assistir no comer

Conhecimento da família sobre o padrão alimentar adequado	Demonstrado	Elogiar a família	
	Não demonstrado	- Orientar para o serviço de nutrição - Ensinar sobre hábitos alimentares saudáveis	
Conhecimento da família sobre preparação de alimentos	Demonstrado	- Elogiar a família	
	Não demonstrado	- Ensinar formas de confeccionar os alimentos	
Conhecimento da família sobre técnica de alimentação (oral, SNG)	Demonstrado	- Elogiar a família	
	Não demonstrado	- Informar sobre o equipamento adaptativo para o alimentar-se - Ensinar sobre técnica de alimentação - Ensinar sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	Demonstrado	- Elogiar o prestador de cuidados	
	Não demonstrado	- Ensinar sobre a importância de estimular a independência	
Comportamentos de adesão	Demonstrado	- Elogiar o prestador de cuidados	
	Não demonstrado	- Incentivar na promoção de comportamentos de adesão	

Anexo V: Folhetos e panfleto

No momento das refeições

- quando possível, sentar de frente para a pessoa com dependência, durante as refeições
- observar a capacidade de deglutir durante as refeições
- estimular a pessoa a alimentar-se sozinho, sempre que possível
- conversar agradavelmente
- preparar os alimentos consoante o estado de saúde e capacidade de deglutição
- cuidado com as bebidas e comidas muito quentes (deixar arrefecer)
- oferecer a higiene oral e das mãos

Alimentação Saudável



Dicas para uma boa refeição da pessoa dependente

Prestador de cuidados e família.



Elaborado por:

Anabela S. Barbedo
Aluna de Mestrado com especialização em enfermagem Comunitária



Prazer às refeições

CRIAR UM AMBIENTE AGRADÁVEL

- colocar o familiar o mais confortável possível
- organizar o local das refeições
- evitar ruídos intensos
- acompanhar no momento das refeições (comer acompanhado é mais agradável do que sozinho)
- decorar, se possível, o ambiente ao gosto da pessoa doente e da família



PREPARAR REFEIÇÕES SAUDÁVEIS E APETITOSAS

- decidir em conjunto, (se possível) o que vai preparar para a refeição
- incentivar (se possível) o familiar a colaborar na preparação das refeições
- preparar refeições saudáveis e adequadas ao estado de saúde da pessoa
- tornar a comida atraente e saborosa
- preparar pratos que o familiar possa comer, em quantidade adequadas ao seu estado de saúde



Adaptação às deficiências físicas

A deficiência física, não significa, em muitos casos, que a pessoa não possa comer sozinho ou com ajuda parcial. Para isso é necessário adquirir utensílios especiais e incentivar a independência.



Uma alimentação saudável e equilibrada é importante para a recuperação e promoção da saúde

Dicas saudáveis

- Alimentar consoante as necessidades energéticas
- Alimentar consoante o estado de saúde individual
- Apresentar as refeições de forma cuidada e apetecível
- Fazer 6 refeições diárias, em intervalos regulares e nas devidas proporções
- Tomar pequeno-almoço logo após o acordar
- Comer devagar e mastigar bem os alimentos
- Beber água
- Comer fruta e legumes em abundância
- Preferir o pão escuro com baixo teor de sal
- Aumentar o consumo de peixe

O QUE EVITAR

- Falhar o pequeno-almoço
- Evitar reutilizar o óleo de fritura
- Saltar os lanches
- Alcool
- Comer em excesso
- Excesso de sal
- Excesso de açúcar
- Os fritos
- Os enchidos
- Os enlatados e as caldas concentradas
- Os fast-food
- Os refrigerantes
- Não fritar a cebola com a gordura, aquece-la desde o início com água
- Não comer as partes carbonizadas dos grelhados ou assados – risco de cancro
- Aquecer em demasia as gorduras, porque se alteram – risco de cancro

Alimentação Saudável



Exemplos para o pequeno-almoço e lanches

Saber comer
Melhor viver

Elaborado por:



Anabela S. Barbedo

Aluna de Mestrado com especialização em enfermagem Comunitária



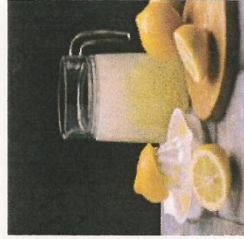
PEQUENO ALMOÇO

- Leite meio gordo/magro;
- Fruta fresca da época: maçã, banana, pêra, pêssego...
- Pão de mistura ou de centeio;
- Fiambre de frango ou de peru;
- Queijo meio gordo/magro;
- Sumos de fruta naturais;
- Iogurtes meio gordo/magro;
- Batidos de leite com fruta fresca.

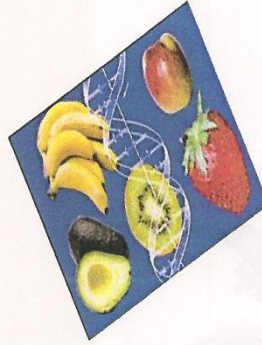


Lanche da manhã

- Pão com fiambre (frango ou de peru) ou com queijo;
- Sumo de fruta natural;
- Uma peça de fruta fresca da época;

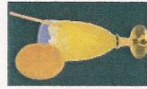


- Iogurte



Lanche da tarde

- Sandes enriquecidas com produtos hortícolas;
- Leite meio gordo ou magro;
- Batidos de leite com fruta fresca;
- Sumos de fruta naturais;
- Uma peça de fruta fresca.



Uma alimentação saudável e equilibrada é importante para a recuperação e promoção da saúde

As actividades recreativas e de lazer são importantes para toda a família

ACTIVIDADE RECREATIVA

Estabelecer prioridades

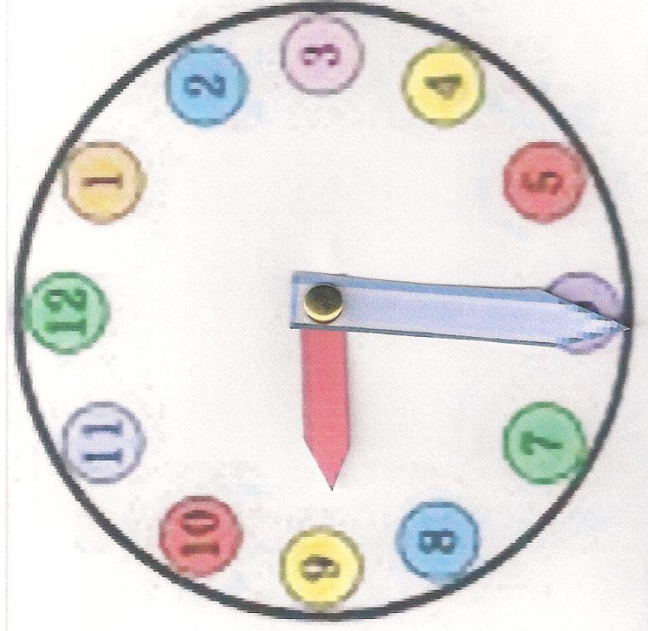
Organizar as tarefas

Tempo para cuidar física, intelectual e emocionalmente

Dedicar algum tempo ao lazer

Negociar períodos de descanso do cuidador

Compatibilizar o cuidar com a família e amigos




Sempre e quando possível, reserve algum tempo para as actividades recreativas que mais gostar



Elaborado por: Anabela Barbedo


Anexo VI: “Alimentação saudável”

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL




Cuide de si


ALIMENTAÇÃO



- É a seleção dos alimentos que se obtêm do ambiente de forma natural ou transformados para conseguir os nutrientes necessários ao equilíbrio do organismo.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

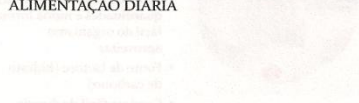


- Forma racional de comer
- Que assegura variedade, equilíbrio e quantidade de alimentos
- Que visa a qualidade nutricional e higiénica
- Em que as manipulações culinárias são benéficas
- Em que as refeições são distribuídas ao longo do dia
- Contribuindo para um bom desenvolvimento psico-motor
- Essencial para a manutenção ou melhoria do estado de saúde

APÓS ESTUDOS CIENTÍFICOS

- SURGE NOVA RODA DOS ALIMENTOS

IMAGEM OU REPRESENTAÇÃO GRÁFICA QUE AJUDA A ESCOLHER E A COMBINAR OS ALIMENTOS QUE DEVERÃO FAZER PARTE DA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA



RODA DOS ALIMENTOS



GRUPO I – CEREAIS E DERIVADOS, TUBÉRCULOS




- RICOS EM HIDRATOS DE CARBONO
- PRINCIPAL FORNECEDOR DE ENERGIA
- SACIA A FOME

GRUPO II - HORTÍCOLAS




- Variedade de vegetais
- Baixo valor energético e de proteínas
- Grandes fornecedores de água
- Grandes fornecedores de fibras
- Possuem antioxidantes
- Podem ser ingeridos sob a forma de saladas, sopas ou como acompanhamentos

GRUPO III - FRUTA



- Grande variedade
- Baixo valor energético (excepto frutos secos)
- Ricos em vitaminas
- Ricos em sais minerais
- Ricos em fibras
- Possuem antioxidantes

GRUPO IV - LACTICÍNIOS



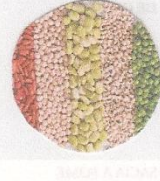
- Leite e derivados
- Fornecedores de proteínas de elevado valor biológico
- Veículo de vitaminas A, D, E, K e B2
- Fonte de cálcio em grandes quantidades e numa forma fácil do organismo aproveitar
- Fonte de lactose (hidrato de carbono)
- Gordura fácil de digerir

GRUPO V - CARNE, PESCADO E OVOS




- Elevado teor de proteínas de alto valor biológico
- Fornecedores de vitaminas do complexo B
- Fornecedores de Ferro e outros minerais
- Gordura variável
- Gordura do peixe mais saudável do que a da carne

GRUPO VI - LEGUMINOSAS



- Fonte de proteínas
- Fonte de hidratos de carbono
- Fonte de fibras
- Fonte de ferro

GRUPO VII - GORDURAS E ÓLEOS



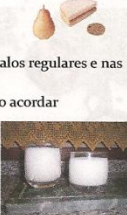
- De origem animal ou vegetal
- Gorduras visíveis
- São os nutrientes mais energéticos que a natureza fornece
- 1 gr equivale a 9 calorias
- Fornecedores de ácidos gordos polinsaturados essenciais que o organismo não é capaz de produzir

ÁGUA



O QUE ACONSELHAR NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Fazer uma alimentação variada
- Fazer 6 refeições diárias, em intervalos regulares e nas devidas proporções
- Tomar pequeno-almoço logo após o acordar
- Comer devagar
- Mastigar bem os alimentos




O QUE ACONSELHAR

- Alimentar consoante as necessidades energéticas
- Alimentar consoante o estado de saúde individual
- Apresentar as refeições de forma cuidada e apetecível
- Beber água



O QUE EVITAR

- Comer em excesso
- Excesso de sal
- Excesso de açúcar
- Os fritos
- Os enchidos
- Os enlatados e as caldas concentradas
- Os fast-food

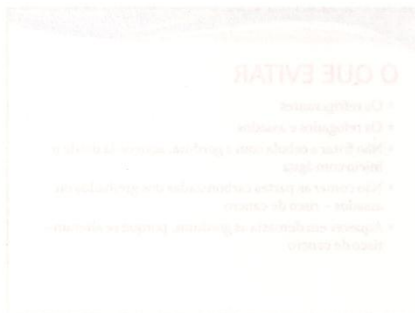
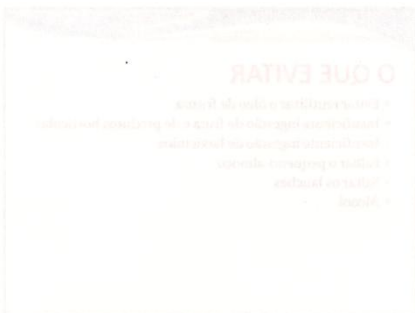
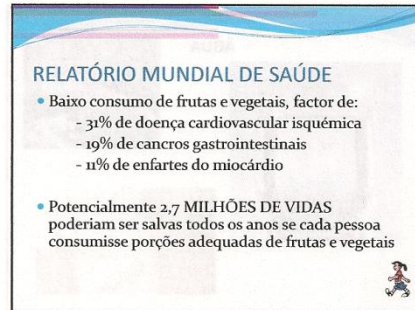
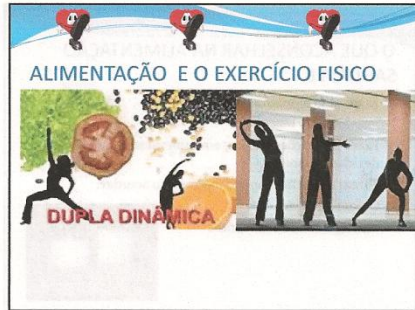


O QUE EVITAR

- Os refrigerantes
- Os refogados e assados
- Não fritar a cebola com a gordura, aquece-la desde o início com água
- Não comer as partes carbonizadas dos grelhados ou assados – risco de cancro
- Aquecer em demasia as gorduras, porque se alteram – risco de cancro

O QUE EVITAR

- Evitar reutilizar o óleo de fritura
- Insuficiente ingestão de fruta e de produtos hortícolas
- Insuficiente ingestão de laticínios
- Falhar o pequeno-almoço
- Saltar os lanches
- Álcool



Anexo VII: Planeamento e Plano da formação em serviço, ficha de diagnóstico e de Heteroavaliação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O. NOTA INTRODUTÓRIA

O caminho metodológico na formação de educadores de saúde, é o recurso utilizado com os contributos da psicologia e da pedagogia, que relacionam o desenvolvimento de competências nas sessões de educação para a saúde ou para intervir em programas de acção estratégica contextualizada, pontos significativamente diferentes do ponto de vista metodológico. No caso, a escolha recaiu sobre o primeiro ponto: *sessões formativas de educação para a saúde*.

O planeamento de uma educação para a saúde é uma das “instrumentalizações” adoptadas pelas estratégias da promoção da saúde. A linguagem de planeamento surge no output de um projecto, cuja actividade incorre num período de tempo bem delimitado, visando um resultado específico, cuja eficácia direcciona à melhor eficiência possível. O planeamento de uma Educação para a Saúde, deverá seguir vários passos, caracterizando o grupo para o qual a sessão terá como alvo, escolhendo o tema e sua pertinência, definindo os objetivos, seleccionando os conteúdos e as estratégias, organizando as actividades, elaborando o plano para a sessão, assim como as estratégias de avaliação.

O planeamento da educação para saúde, tem como objectivo o organizar de forma pedagógica o trabalho que irá ser apresentado, sendo uma fonte de aperfeiçoamento e desenvolvimento na prática, das teorias de formação e educação de adultos aprendidas ao longo das diversas áreas curriculares.

A educação permanente em saúde, segundo análise de Ceccim, citada por Cunha, Iolete, 2009, pode *“corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica com vistas às mudanças institucionais; pode corresponder a Educação Continuada quando relacionada à construção de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviços; pode também corresponder à Educação Formal de Profissionais quando se coloca em aliança de projectos integrados entre o sector/mundo do trabalho e o sector/mundo do ensino”* (Ceccim,2004).

1. Justificação da temática

A pertinência deste momento educativo, resulta da necessidade do grupo (profissionais de saúde) ter se apercebido e demonstrado interesse no trabalho de pesquisa que o estágio tem possibilitado, junto das dinâmicas familiares. Assim, a análise da situação em causa, é fruto de um trabalho em curso e que despertou interesse no grupo de trabalho da USF; o coadjuvante desta necessidade foi potencializado pelo grupo de estágio que interrogou sobre a exequibilidade de uma sessão de educação para a saúde nas instalações da USF.

Tentaremos criar os motivos de iniciação deste modelo de enfermagem, de forma criativa e motivadora, esclarecendo quais os objectivos e estratégias.

2. Objectivos

Para este momento educativo e tendo em conta a planificação do mesmo relativamente aos conteúdos programáticos, é traçado um objectivo geral e três específicos; a saber:

Objectivo geral:

- apresentar o Modelo de Enfermagem, seguido pela equipa de estágio, intitulado Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Henriqueta Figueiredo (2009), como suporte operativo da realização do diagnóstico situacional da dinâmica familiar da USF Aguda.

Este foi o nosso problema de partida!

Com base nessa finalidade, foram traçados objectivos específicos para as formadoras, os quais:

- informar acerca da tipologia do MDAIF
- instruir sobre formas de aplicação na prática
- exemplificar através dos Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)

3. Conteúdos programáticos

Os conteúdos programáticos seleccionados, visam a compreensão do tema proposto, “Dinâmica Familiar”, sendo propostos os seguintes: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, Família e o seu significado, tipos de família, Diagnóstico de Saúde, avaliação funcional, processo familiar, papel do prestador de cuidados, Projectos de Intervenção Comunitária (Eucuidador e Cuidar Familiar), conclusão, sugestões, bibliografia.

4. Selecção de estratégias de ensino/aprendizagem

As estratégias passarão pelo uso do método expositivo/activo (participativo), de forma activa através do apelo à participação dos formandos, donde se fará emergir uma exploração de ideias, sobre a forma como se tem vindo a trabalhar até aqui a temática da família. Sem pretender “prescrever” receitas, o intento prende-se com a partilha de uma nova forma de *olhar* a avaliação do grupo familiar, atendendo à sua exequibilidade em tempo e recursos humanos.

O desenvolvimento, será a abertura da sessão na divergência de exemplos, explicação com base no que é feito na actualidade e utilizando, se possível, analogias.

Os recursos materiais utilizados para a sessão foram os meios audio-visuais e de multimédia, com a efetivação num data-show, com a utilização de um vídeo projetor e de um computador portátil. Serão fornecidos materiais de apoio (documento escrito) para acompanhamento da sessão.

No final será solicitado uma avaliação da mesma (dos formadores), sobre a sessão, há necessidade de ser medida (para posterior reflexão sobre e para as seguintes) e o registo far-se-á em avaliação de conhecimentos (competências cognitivas) em resposta rápidas, utilizando o método dicotómico, e num formato de ficha formativa.

5. Organização de actividades (tempo espaço)

O formato participativo, onde se apela à motivação externa do aprendente (formando) em contexto educativo, será criado utilizando para o efeito o recurso expressivo da linguagem verbal e do corpo (comunicação não verbal), pela atenção dirigida aos formandos num ambiente de partilha de informação, de "informalidade dentro da formalidade".

A disponibilidade e o querer estar são elementos-chave, que procuraremos transmitir para dispor-nos num comportamento relacional. A utilização de mnemónicas e ideias de associação tentarão criar espaço e os mapas cognitivos passarão a formar-se ao longo da formação.

O espaço terá que ser tido em conta com os objectivos/formandos/conteúdos, pelo que tentaremos não alongar os tempos de comunicação, deixando antever qualquer imprevisto, aquando da realização de mesmo; tempo estimado 20m, para cada formadora

O espaço para a realização da sessão, será uma sala a disponibilizar, na Unidade de Saúde Familiar Aguda.

6. Plano

É elaborado segundo um esquema simplificado (Rodrigues, 2000: planificação, desenvolvimento, heteroavaliação e autoscopia), por termos encontrado na literatura, um experiência pedagógica dirigida especificamente aos grupos de educadores de saúde.

Plano Sessão de Educação para a Saúde

<p>Formadores: Anabela Barbedo e Nanci Teixeira</p> <p>Tema: Dinâmica Familiar</p> <p>Objectivos: Pretende-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -demonstrar conhecimentos teóricos sobre o Modelo Dinâmica de Avaliação e Intervenção Familiar -identificar os vários tipo de famílias -identificar a necessidades de projectos de intervenção comunitária 	<p>Grupo Destinatário: profissionais de saúde da USF Aguda</p> <p>Tempo: 50 minutos</p> <p>Local: USF Aguda</p> <p>Data: 29/10/2010</p> <p>Hora:13:30 h</p>
--	--

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	8 minutos	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação dos formadores -Apresentação do tema e sua pertinência, dos objectivos da sessão -Motivar os formandos para a sessão -Pedido de preenchimento de grelha de perguntas sobre os conteúdos, para levantamento dos conhecimentos dos formandos 	Expositiva/participativa com apoio a data-show	Feed-back dos formandos
Desenvolvimento	34 minutos	1- FAMÍLIA- SIGNIFICADO 1.1- Tipos de Família 2- DIAGNÓSTICO DE SAÚDE 3- MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR 3.1- Avaliação funcional 3.2 - Processo Familiar 3.3- Papel Prestador de Cuidados 4- PROJECTOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA 4.1- Eucuidador 4.2- Cuidar Familiar	Expositiva/ interrogativa Com recurso a data – show	Feed-back dos formandos
Conclusão	8 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo dos conteúdos apresentados, salientando as ideias principais -Apresentação da bibliografia - Espaço para dúvidas dos formandos 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> -Teste de conhecimentos (com as mesmas perguntas, do teste inicialmente preenchido) -Grelha da heteroavaliação da formação

7. Seleção as estratégias de avaliação

Como avaliação contínua, as posturas, os olhares, (possivelmente as questões) poderão ser tidas em conta como um momento avaliativo dos formandos para as formadoras, onde as mesmas aceitarão apreciar sobre a apresentação em registo escrito, numa pequena ficha de avaliação, designada de *ficha de sugestões* para os formadores (grelha de heteroavaliação da sessão).

Ficha de diagnóstico de conhecimentos sobre a temática proposta

(o seu preenchimento é facultativo e anónimo)

Assinale com V (verdadeiro) F (falso) NS (Não Sei)

1-A linguagem CIPE não faz parte do Modelo de Enfermagem para a família	
2-O diagnóstico de saúde faz parte do Planeamento em Saúde	
3-Os Projectos de intervenção comunitária não apresentam focos de enfermagem	
4-O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2009) não tem aplicação prática	
5-A área de atenção precaução de segurança não faz parte MDAIF	
6-O tipo de família nuclear é constituída por um casal	
7-O processo familiar pertence à avaliação estrutural da família	
8-O papel prestador de cuidados pertence à avaliação funcional da família	
9- Uma das intervenções do Papel Prestador de Cuidados é o comportamento de adesão	
10- A comunicação não eficaz é uma das áreas de intervenção do Processo Familiar	

Obrigada

GRELHA DE HETEROAVALIAÇÃO

Conteúdo temático: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009)

Local: USF Aguda

Formadores: Anabela Barbedo e Nânci Teixeira

Data: 29 de Outubro de 2010


Avalie este momento educativo, atribuindo uma pontuação qualitativa entre *cumpriu os objectivos/não cumpriu os objectivos* propostos.

Critérios	<u>Cumpriu</u> objectvos	<u>Não cumpriu</u> objectivos
A-Fase de Iniciação		
1-Precisão na indicação dos objectvos da acção educativa		
2-Clareza na explicação dos métodos e técnicas a utilizar		
B-Fase de Desenvolvimento		
3-Habilidade na exploração de ideias		
4-Criatividade dos recursos didácticos		
5-Ritmo da actividade		
6-Recurso expressivo do corpo e da linguagem		
7-Qualidade das intervenções de relação		
8-Organização dos diferentes elementos do grupo		
9-Gestão do tempo		
10-Capacidade de integração de ideias		
C-Fase de síntese pedagógica		
11-Habilidade de fecho e conclusão		
12-Pertinência das sugestões		

Segundo Rodrigues [et al], 2005

DINÂMICA FAMILIAR

Apresentado por:
Anabela Barbedo e Nanci Teixeira



Sumário

- 0- INTRODUÇÃO
- 1- FAMILIA- SIGNIFICADO
 - 1.1- Tipos de Família
- 2- DIAGNÓSTICO DE SAÚDE
- 3- MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR
 - 3.1- Avaliação funcional
 - 3.2 – Papel prestador de cuidados
 - 3.3- Processo Familiar
- 4- PROJECTOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA
 - 4.1- Cuidar Familiar
 - 4.2-EUCuidador
- 5- CONCLUSÃO
- 6- SUGESTÕES
- 7- BIBLIOGRAFIA

- ### Objectivos
- adquirir conhecimentos teóricos sobre o MDAIF
 - demonstrar a aplicação na prática de um modelo de avaliação familiar
 - esclarecer a necessidade dos projectos de intervenção comunitária

FAMÍLIA

"um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interacção com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas" (Minuchin, 1990; Hansson, 2005; Alarcão, 2002), citado por Henriqueta, 2009



- ### TIPOS DE FAMILIA
- Casal
 - Nuclear
 - Reconstruída
 - Monoparental liderada pela mulher
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Alargada
 - Coabitação
 - Institucional
 - Comuna
 - Unipessoal
- 

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

(Henriqueta Figueiredo, 2009)

Diagnóstico de Saúde:

Grupos familiares com pessoas dependentes, portador de doença crónica, com mais de 65 anos de idade



AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

- Esta dimensão avaliativa incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros sub-sistemas como a família alargada e os sistemas amplos e ainda aspectos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde". (Figueiredo, 2009)

Rendimento Familiar
Edifício Residencial
Precaução de Segurança
Abastecimento de Água
Animal Doméstico

AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

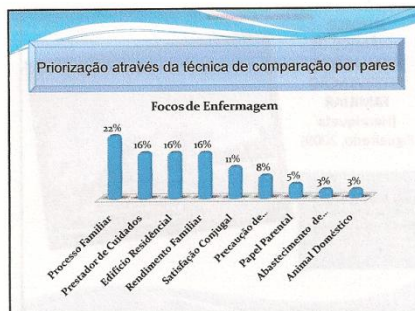
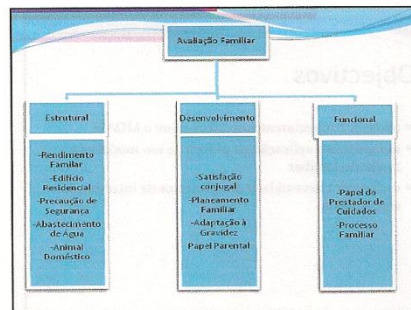
"A avaliação referente à dimensão de desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. O entendimento do contexto desenvolvimental do sistema familiar, implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjecturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transaccional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família" (Figueiredo, 2009)

Satisfação Conjugal
Planeamento Familiar
Adaptação à Gravidez
Papel Parental

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

"Ajuda primordialmente aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade. Integrando duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva" (Figueiredo, 2009)

Papel do Prestador de Cuidados
Processo Familiar



Avaliação Funcional

Instrumental	Expressiva
Papel Prestador de Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento do Papel Comportamentos de Adesão Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel 	Comunicação Familiar <ul style="list-style-type: none"> Comunicação Emocional Comunicação Verbal/Não Verbal Comunicação Circular Coping Familiar <ul style="list-style-type: none"> Papéis Familiares Crenças Relação Dinâmica Alianças e uniões Coesão e adaptabilidade Funcionalidade da família

Papel Prestador de Cuidados

Não adequado



Conhecimento/ aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado

- Higiene
- Vestuário



Conhecimento/ aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado

- Comer
- Beber




Conhecimento/ aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado

- Ir ao sanitário



Conhecimento/ aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado

Comportamento sono - repouso



Conhecimento/ aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado

- Actividade recreativa
- Actividade física



Conhecimento/ aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre autocuidado

Gestão do regime terapêutico

- Autovigilância
- Auto-administração de medicamentos



Comportamento de adesão

- ◊ Estimula a independência
- ◊ Promove a higiene adequada
- ◊ Promove a utilização de vestuário adequado
- ◊ Promove a ingestão nutricional adequada
- ◊ Adquirir equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário
- ◊ Promove comportamentos de sono - repouso
- ◊ Promove actividades recreativas
- ◊ Promove padrão de exercício adequado
- ◊ Assiste o membro da família dependente na autovigilância




Consenso



Saturação



Conflito

Projecto Cuidar Familiar


- Foco: Papel Prestador de Cuidados (*não adequado*)
- Prestadores de cuidados e famílias
- Autocuidado comer
- Autocuidado Actividade Recreativa
- Comportamento de Adesão
 - Promove a ingestão nutricional adequada
 - Promove actividades recreativas

Projecto Cuidar Familiar

- Promover a adequação do papel do prestador de cuidados nas famílias
- Proporcionar às famílias formação formal/informal sobre o papel de prestador de cuidados
- Sensibilizar a comunidade para o papel da família no cuidar informal
- Fomentar a importância do papel do prestador de cuidados dentro da família e junto da equipa multidisciplinar

Projecto Cuidar Familiar

- Divulgar o papel da Família na comunidade
- Informar os cuidadores sobre os recursos da comunidade
- Informar as famílias sobre os recursos da comunidade
- Motivar o cuidador na procura de apoio nas forças internas e externas da família
- Capacitar o prestador de cuidados de conhecimentos de autocuidado (*comer actividade recreativa*)
- Incentivar o prestador de cuidados na aprendizagem habilidades de autocuidado
- Elogiar o prestador de cuidados nos comportamentos de adesão de autocuidado
- Motivar prestador de cuidados na estimulação da independência da pessoa dependente no autocuidado actividade recreativa



PROCESSO FAMILIAR

É um tipo de fenómeno de enfermagem de família com as seguintes características específicas: interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família" (ICNB, 2004)

Padrões de interação transaccional

- Circularidade
- Auto-organização
- Equifinalidade
- Globalidade
- Autopoiese

- ✓ Comunicação familiar
- ✓ Coping familiar
- ✓ Interação de papéis
- ✓ Relação dinâmica e crenças

Axiomas da comunicação


"Todo o comportamento numa situação interaccional tem valor de mensagem" (Mitzelwitz, Bowen & Jackson, 1967)

"Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação tal que o segundo classifica o primeiro e é, portanto uma metacomunicação" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967)

"...mundo que criamos juntamente com os outros" (Mehrabian & Sherif, 2002)

"Os seres humanos comunicam digital e analógicamente. A linguagem digital é uma sintaxe logicamente complexa e precisa mas carece de qualquer semântica no campo das relações, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não-ambígua de estruturas das relações" (Mitzelwitz, Beavin & Jackson, 1967:81)

As parâmetros comunicacionais e os níveis de interação (simetria e complementariedade)



Comunicação familiar

> Linguagem verbal e não verbal

> Característica digital e analógica

> Circularidade: pontuação (diálogo recursivo)

Dimensão expressiva
Quem expressa mais os sentimentos

Comunicação
Satisfação dos membros sobre a forma como expressam os sentimentos

Emocional
Aceitação da família face ao estado emocional de cada membro da família

Impacto que os sentimentos de cada um têm na família

Comunicação verbal/não verbal

Verbal: "Quem expressa mais os sentimentos"

Não verbal: "Satisfação dos membros sobre a forma como expressam os sentimentos"

Emocional: "Aceitação da família face ao estado emocional de cada membro da família"




Coping familiar

"Disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem, contra as ameaças subjacentes que são percebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva, acompanhado por um sentimento de de controlo, diminuição de stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico" (ICN, 2002)

Crise → Mudança

Instabilidade potencializada de recursos

Padrão de solução de problemas


Normalização: Quem identifica habitualmente os problemas

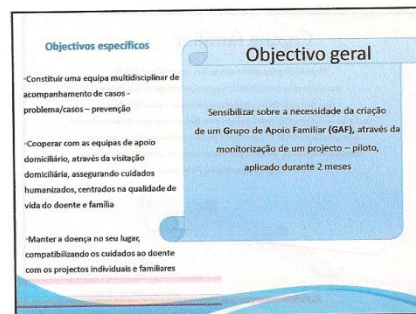
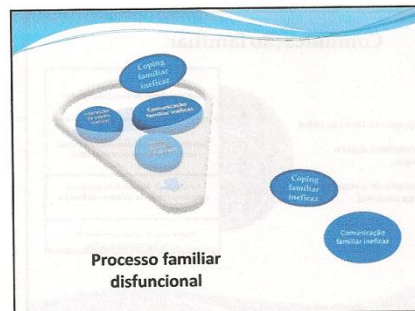
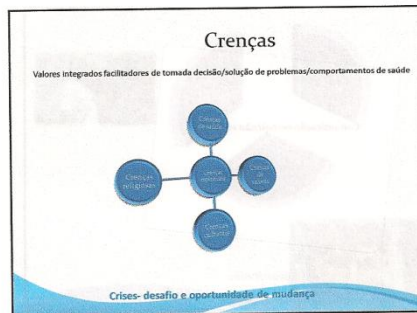
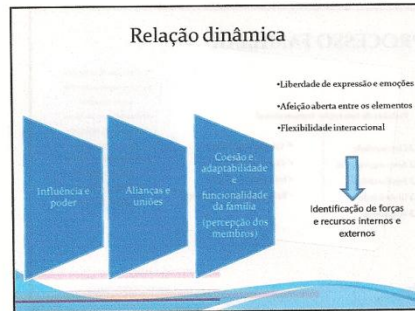
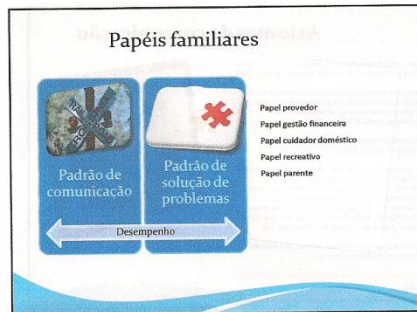
Empreendedor: Quem tem a iniciativa para resolver

Mentador: Existe discussão sobre os problemas

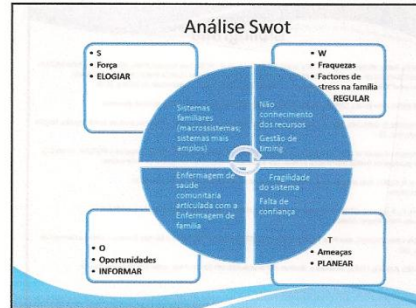
- Satisfação dos membros sobre a forma como discutem os problemas
- Utilização de recursos externos

Experiências positivas anteriores → Tomada de decisão





Intervenções sugeridas (Figueiredo, 2009)		Visitações domiciliares	
Comunicação familiar não eficaz	Promover comunicação expressiva das emoções	Comunicação familiar não eficaz	Flortar SEMPRE o grupo familiar pelo seu desempenho
	Promover o envolvimento da família		Descobrir o nome e o significado da imagem (emoções)
	Optimizar a comunicação na família		Incentivar a procura da relação com os sistemas familiares mais amplos
	Planear rituais na família	Orientar para os recursos da comunidade	Incentivar a comunicação na família (gestão)
	Optimizar padrões de assertividade		
Coping familiar não eficaz	Promover estratégias adaptativas/coping na família	Constar pelo tomado de decisão de outras pessoas/perspetivas	
	Negociar estratégias adaptativas/coping na família		



Grupos de ajuda mútua

ESTRATÉGIA PROMOTORA DE ESPERANÇA

- suporte formativo, emocional e instrumental
- parceria activa (compreensão do significado da doença);
- partilha (valorização das relações interpessoais);
- suporte/confiança
- Possibilitar a libertação de sentimentos dolorosos

Coping Familiar

"...solidariedade participativa e concreta...socialmente contextualizada" (Sentos, 2002: 221).

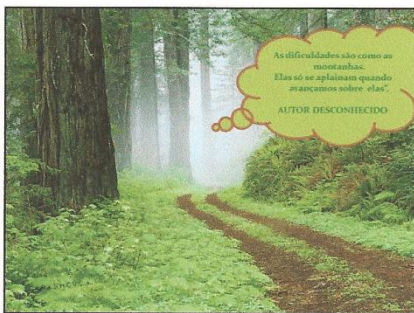
Porque...

"...transmitir esperança, "...temos desenvolvido uma amizade em que o espírito do grupo está...muito presente...consegue dar muita esperança...tamo-nos ajudado mutuamente"

"...esperança é definida como a capacidade percebida de produzir vias de trabalho para atingir os objectivos definidos (pensamento direccionado a objectivos/metos), e a motivação para utilizar essas vias (Snyder & Lopez, 2009)."

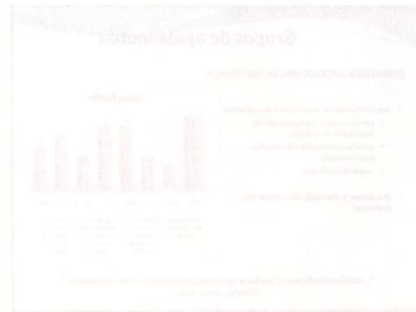
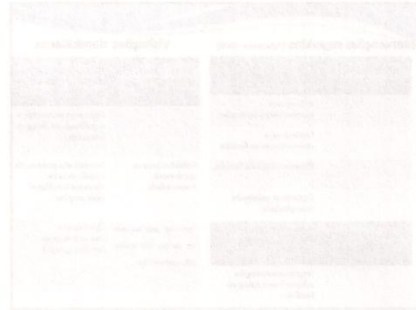
"...transmitir que aquilo que eu já passei e senti o mesmo... é a esperança...é a partilha" (ESA).

"... basta nós pensarmos que tudo anda à volta deles, e se nós conseguirmos ter a esperança... isso reflecte-se neles."



Bibliografia

- CHAREPE, Zaida; VIEIRA, Margarida, M.V. S; FIGUEIREDO, Maria H.; NETO, Luis Miguel (2010). GRUPOS DE AJUDA MÚTUA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NAS MÃES DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos". Braga: Universidade do Minho, 2010
- FIGUEIREDO, Henriqueta. (2009). Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar, Tese de Doutoramento
- IMPERATORI, E. GERALDES, M.R. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde, nº2, 39
- International Council of Nurses. (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIP/CNP- Versão 1.0. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Finanças de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros
- Santos, B. (2002). Pelo mal de Alice. O social e o político na pós-modernidade. Porto: Edições Afrontamento
- Snyder, C., & Lopez, S. (2009). Psicologia positiva. Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Porto Alegre: Artmed
- SOUSA, Liliana; REIMAS, Ana Paula; MENDES, Álvaro, (2007). Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica. Cadernos Clínicos de Saúde, 140
- TAVARES, António, (1982). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde, 2ªed., cadernos de formação nº2



Anexo VIII: Planeamento do Workshop

Fábrica de ideias e conhecimentos

“QUERO-ME MUITO”

Sem descurar o esqueleto da planificação de uma EPS, lançamos o repto deste conceito, na perspectiva dos vários brainstorming que foram elaborados para chegar até aqui e alguns ainda em mórula, pois serão solicitados aos participantes durante o workshop.

Análise da situação

Consonante com os resultados aferidos no diagnóstico situacional, ao grupo familiar da USF Aguda, datado de Junho último, a pertinência desta EPS surge como estratégia prioritária ao grupo – alvo da nossa intervenção: os cuidadores cujo setting domiciliar, é “preenchido” por um dependente crónico, com mais de 65 anos.

Os dois projectos em curso (EUCuidador e Cuidador Familiar) confluem-se para auxiliar no “parto” desta actividade, onde serão utilizadas técnicas demonstrativas e de simulação grupal.

Reiterando o modelo sistemático, a tónica nos cuidadores não descura a restante árvore ecológica que cada subsistema comporta entre e intra- si; apenas o olhar cirúrgico para os elementos serão referências para que as “fronteiras” semi-permeáveis ao ambiente familiar possam também sentir-se mais fluentes, uma vez que, lhe poderá ser permitido maior disponibilidade (se o cuidador informal estiver consciente; A própria é a porta-voz de vários elementos e poderá orientar, outros tantos).

Motivação

Visto tratar-se de uma formato com registo positivo no passado, nomeadamente em acontecimentos de Jornadas e Conferências, optou-se por utilizar esta tipologia (workshop) no sentido de apelar aos locus interno de cada participante, quer pelas estratégias implementadas durante a sessão, quer também pelas temáticas e analisadas.

De metodologia explicativa a acentuação incide no método activo/participativo, com simulações em grupo; esta forma de apresentar a EPS, impele que as formadoras sejam elos de ligação entre o tema/ o documentado/ o vivido. Ou seja, procurou-se potencializar o empowerment de cada cuidador que de forma espontânea aceitou o convite lançado aquando das visitas domiciliárias e sob uma radiografia realizada concomitantemente às entrevistas familiares.

Objetivos gerais

(Projeto EUCuidador)

- Fazer um contrato psicológico com cada formando para a escuta activa durante a sessão (desmitificando bloqueios ou reforçando facilitadores de aprendizagens)

(Projeto Cuidar Familiar)

- Transmitir conhecimentos sobre alimentação saudável
- Informar sobre a actividade recreativa

Objectivos específicos

(Projeto EUCuidador)

- ELOGIAR a tomada de decisão em aceitar a participação na sessão
- Despertar o aprendente activo, de uma forma andrológica, para o aprender ser, no contexto da teoria das emoções
- Sensibilizar para o processo da resiliência

(Projecto Cuidar Familiar)

- Ensinar sobre alimentação saudável
- Ensinar sobre estratégias para alimentar
- Instruir sobre estratégias para alimentar
- Treinar sobre estratégias para alimentar
- Ensinar sobre a importância da actividade recreativa
- Informar sobre a importância de manter a independência

Focalização das técnicas no modelo da centralização dos problemas, fazendo usufruto das vivências e experiências anteriores

Conteúdos

(Projeto EUCuidador)

- Comunicação
 - Satisfação no conteúdo exposto
 - Circularidade
 - Respostas claras e objectivas
- Coping
 - Fatores positivos de resiliência
 - “Risoterapia”
 - Capacidade perceptivo-emotiva

(Projeto Cuidar Familiar)

Actividade recreativa - importância de manter a independência e momentos de lazer, alimentação saudável, roda dos alimentos, padrão alimentar, preparação dos alimentos, estratégias sobre técnica de alimentação

Contexto (objectivos programáticos)

O processo comunicacional, ele próprio vector de informação, incidirá nos inputs que as formadoras trazem mas, possibilitam aos formandos durante sessão, num habitat mais profissional mas que se espera não ser limitador de atitudes, para o desenvolver das actividades planeadas e propostas, e que no término do mesmo, apenas a satisfação de estar presente, seja o maior ganho em saúde; quer para o narrador quanto para o leitor.

Sem pretensiosismo ou ideias que “voam”, se a motivação de continuar a estar ali e a sensibilização despertarem endorfinas para o amanhã, serão justos indicadores da avaliação imediata da sessão.

Tendo em conta o conhecimento das características dos formandos quanto à capacidade de assimilação e quanto as suas características socioculturais e individuais, foi seleccionado o método activo, abordando o ensino diferenciado das características do grupo.

Na abordagem dos conteúdos, foram efectivadas algumas ideias que surgiram sob o código postal de panfletos, folhetos, data-show, entre outros, a saber, neste atelier pedagógico:

Alimentação (alusão à SNG)	Atividade recreativa	Comunicação	Coping
Brainstorming Powerpoint Folhetos	Panfletos: Relógio	“Apago que fiz?”	Brainstorming/Risoterapia Pintura de uma flor

Organização das actividades (tempo espaço)

Será cedida uma sala na USF Aguda, para a presença dos participantes, onde serão desenvolvidas as actividades, num período que se planea não exceder os 40m (20m/ formadora).

Plano Sessão de Educação para a Saúde

<p>Tema: Fábrica de ideias e conhecimentos</p> <p>Objectivos: Pretende-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -reconhecer a importância da actividade recreativa -identificar grupos de alimentos através da Roda dos alimentos -identificar formas de preparação dos alimentos -demonstrar habilidades para alimentação -sensibilizar para o processo da resiliência 	<p>Grupo Destinatário: prestadores de cuidados e famílias</p> <p>Formadores: Formadores: Anabela Barbedo e Nanci Teixeira</p> <p>Tempo: 50 minutos</p> <p>Local: USF Aguda</p> <p>Data: 12/11/2010 Hora: 14:00 horas</p>
--	--

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação dos formadores -Apresentação do tema e sua pertinência, e dos objectivos da sessão -Motivar os formandos para a sessão -Brainstorming (a partir de frases seleccionadas sobre o tema) 	Expositiva/participativa com apoio a data-show	Feed-back dos formandos
Desenvolvimento	30 minutos	<p>1- ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL</p> <p>1.1- Padrão alimentar</p> <p>1.2- Preparação dos alimentos</p> <p>1.3 – Estratégias sobre técnica de alimentação</p> <p>2- Comunicação</p> <p>2.1- Satisfação da comunicação expressa</p> <p>2.2- Circularidade</p> <p>2.3- Respostas claras e objetivas</p> <p>3- ATIVIDADE RECREATIVA</p> <p>3.1- A importância de manter a actividade recreativa</p> <p>4- Coping</p> <p>4.1- Fatores positivos da resiliência</p> <p>4.2- “Risoterapia”</p> <p>4.3- Capacidade perceptivo-emotiva</p>	Expositiva/activa demonstrativa/explicativa com recurso a data – show, a trabalho de grupo, “risoterapia”	Feed-back dos formandos
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo dos conteúdos apresentados, salientando as ideias principais -entrega de folhetos alusivos ao tema -brainstormng -Apresentação da bibliografia -- Espaço para dúvidas dos formandos 	Expositiva /participativa	<ul style="list-style-type: none"> - palavras, frases transmitidas através do brainstorming -Grelha da heteroavaliação da formação

Avaliação

A pontuação qualitativa atribuída pelos formandos, assim como as sugestões e/ou correcções que surjam, serão elementos-chave para a melhoria de novas actividades do género, através do preenchimento de uma grelha de heteroavaliação.

Anexo IX: Texto integral

“Olhar o cuidador

Existe no âmbito da intervenção da saúde, uma tendência cada vez maior para se transferir o cuidar do doente para o domicílio, responsabilizando assim as famílias. É importante que os profissionais de saúde, desenvolvam e incentivem vários tipos de intervenções com a finalidade de salvaguardar a integridade física e emocional dos cuidadores.

O cuidador que se dedica ao cuidar de uma pessoa totalmente dependente sem qualquer tipo de apoio formal, tende a vir a sofrer desgastes físicos e emocionais consideráveis provenientes da sobrecarga imposta.

O cuidar de outra pessoa, pode ser uma tarefa desgastante física e psicologicamente. O tempo que sobra para si mesmo é escasso. Pode sentir emoções contraditórias relativamente à pessoa de quem cuida e não ter ninguém com quem partilhar esse sentimento. Sabemos através de dados disponíveis, que a maior parte dos cuidadores são informais, sendo a maioria mulheres: esposas, filhas e noras. Estes, devem ser um alvo de investimento continuado e sistemático pelos cuidados de saúde primários em Portugal.

Os grupos de suporte para cuidadores são uma oportunidade para que estes encontrem pessoas que estão numa situação semelhante, reflectindo em estratégias úteis e que não haviam pensado. Os grupos de auto-ajuda, são grupos de ajuda mútua entre indivíduos que partilham do mesmo problema, e que são orientados para a mudança, para a educação e para o apoio.

Estes grupos são também percebidos como mais eficazes em certas situações, relativamente às intervenções de tipo individual, evidenciando melhor gestão de recursos materiais e humanos, constituindo os grupos uma boa forma de suporte social.

O embrião dos grupos de auto-ajuda, lançado pelas enfermeiras Anabela Barbedo e Nânci Teixeira parece-me representar uma oportunidade para reflectirmos em novas intervenções na saúde, olhando para a problemática dos cuidadores de forma holística e inovadora no nosso país.

A intervenção psicológica em projectos como estes, assume uma importância fundamental, uma vez que pode dar resposta às necessidades psicológicas de pessoas que assumem responsabilidades no cuidar dos seus familiares e que necessitam de funcionar de forma íntegra física e mentalmente.” (Sara Prata, 2010)

Anexo X: Powerpoint do Simpósio

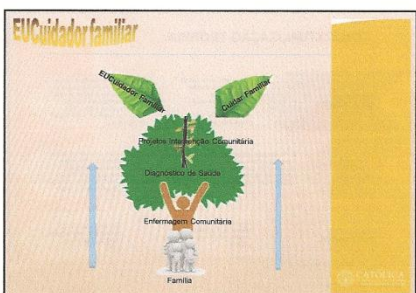


Mesa 1: Modelo de Enfermagem
Modelo Clínico de Avaliação e Intervenção Familiar
Profª Doutora Henriqueta Figueiredo

Temas de Intervenção Comunitária
Enfª Anabela Barbedo e Enfª Nanci Teixeira

Moderadora: Enfª Celeste Pinto

Barbedo & Teixeira, 2010



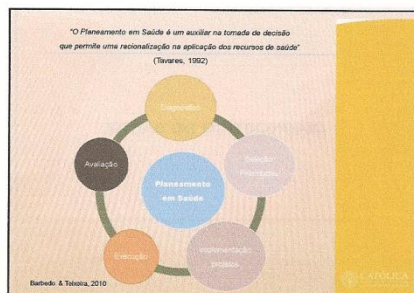
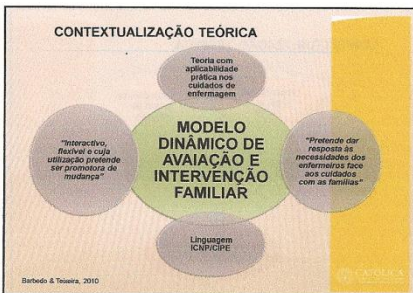
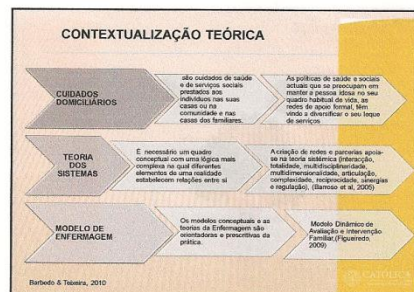
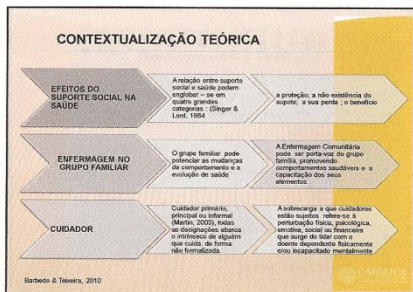
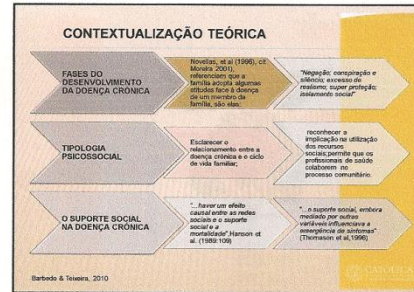
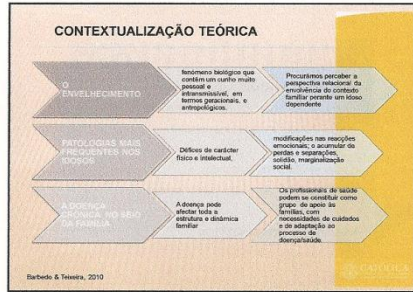
Mesa 2: A Operacionalização do Enfermeiro de Família
Experiências da ULS
Enfª Pedro Melo
Especialista em Enfermagem Comunitária
O enfermeiro de família
Enfª Paulo Catarino
Especialista em Enfermagem Comunitária
Enfª Susana Lopes
Grupos de Apoio Familiar: os novos desafios
Dª Maria do Céu Fontão e Dª Teresa Rocha
Assistentes Sociais
Moderadora: Dª Goreti Ferreira

Barbedo & Teixeira, 2010

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Barbedo & Teixeira, 2010





Realizar um Diagnóstico de Saúde ao grupo familiar da Unidade de Saúde, cujo agregado doméstico inclua um portador de patologia crônica, na abordagem da temática da Relação Dinâmica com as famílias, segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueredo, 2009)

Planejamento
25% do tempo amostral de população alvo, nome amostragem por conveniência e 50% tempo amostragem estruturada aos limites etnometodológicos

Intervenção de saúde baseada

Nível I (exploratório descritivo)

Barbado & Teixeira, 2010

Execução

Planejamento para execução de Modelos

Diagrama de Gantt

Diagrama de Rede

Diagrama de Organização

Barbado & Teixeira, 2010

Execução

Visitações domiciliares
uma abordagem do trabalho de campo (Algranti & Leshay, 2009)

Escrita de Grubler (atualizado por Amaro, 2001)

Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)

FACES II (Palmieri, 1986)

ARGAS (Amorim, 2002)

Holmes e Rahe (1967)

Entrevistas semi-estruturadas

...entrevista estruturada para responder como avaliador (Furtado, 1984)

Barbado & Teixeira, 2010

Organização dos dados
análise e interpretação dos dados

Processo de análise de dados

Processo de interpretação dos dados

Processo de síntese dos dados

Processo de comunicação dos dados

Processo de avaliação dos dados

Processo de monitoramento dos dados

Processo de melhoria dos dados

Processo de sustentabilidade dos dados

Processo de inovação dos dados

Processo de transformação dos dados

Processo de integração dos dados

Processo de colaboração dos dados

Processo de participação dos dados

Processo de empoderamento dos dados

Processo de inclusão dos dados

Processo de diversidade dos dados

Processo de equidade dos dados

Processo de justiça dos dados

Processo de sustentabilidade dos dados

Processo de melhoria dos dados

Processo de inovação dos dados

Processo de transformação dos dados

Processo de integração dos dados

Processo de colaboração dos dados

Processo de participação dos dados

Processo de empoderamento dos dados

Processo de inclusão dos dados

Processo de diversidade dos dados

Processo de equidade dos dados

Processo de justiça dos dados

Promoção da saúde (Reidy & Mercier, 1999)

Barbado & Teixeira, 2010

Organização dos dados

Pirâmide etária USF

Gráfico de barras horizontais

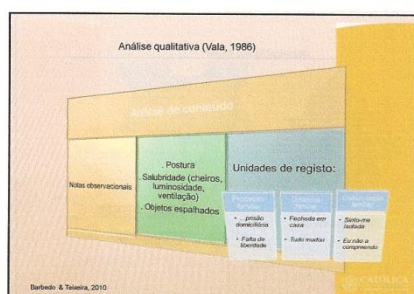
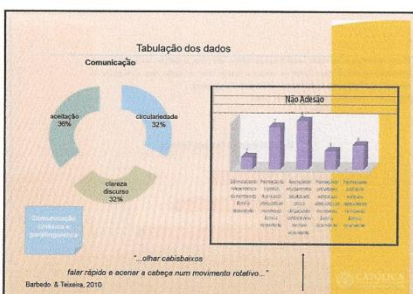
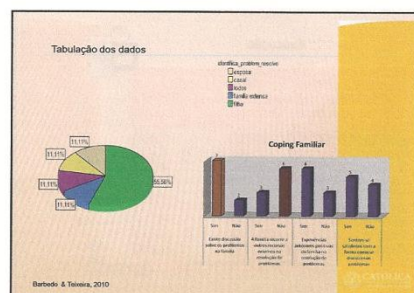
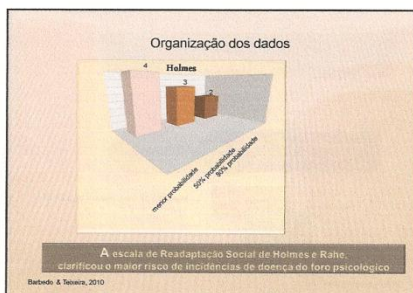
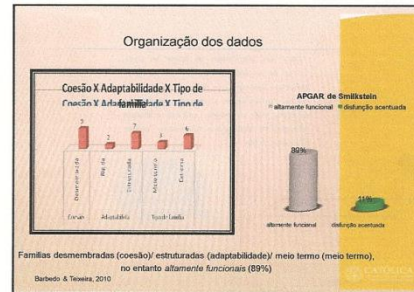
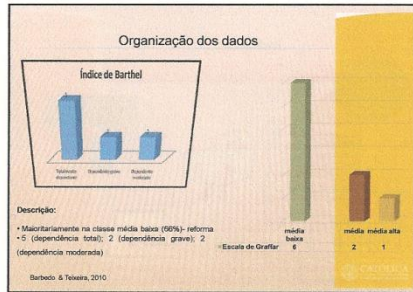
Barbado & Teixeira, 2010

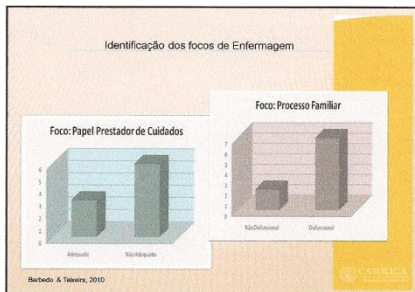
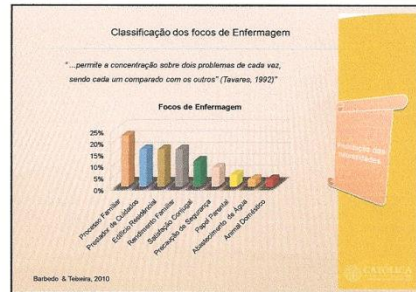
"É uma filha adulta e em alguns casos a esposa também éta idosa, e cuidar com a pessoa idosa dependente (porque já vivem juntas ou, porque a pessoa idosa se mudou para a residência do cuidador), economicamente desfavorecida, sem profissões ou reformas" (Lage, 2005; Martin, 2005; Brito, 2002 e Paes, 1997)

Durabilidade da Doença Crônica

Gráfico de barras horizontais

Barbado & Teixeira, 2010





PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

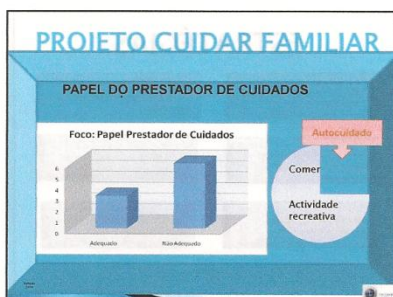
Os cuidados formais realizados por profissionais de saúde, nomeadamente por enfermeiros, são essenciais para a manutenção de uma maior qualidade de vida da pessoa idosa, mas os cuidados também deverão, ser dirigidos para a família e prestadores de cuidados

Em muitas situações, são os familiares, principalmente os constituintes do agregado familiar, a fonte de apoio, suporte e garantia de continuidade de cuidados informais

Tornando-se num elo de ligação entre os profissionais de saúde e a pessoa que necessita de cuidados

Aprendizagem cognitiva e prática para as tarefas do autocuidado

Colaborar e apoiar a família, que convivem com a doença crónica



OBJECTIVOS

Sensibilizar a comunidade para o papel da família no cuidar informal

Fomentar a importância do papel do prestador de cuidados dentro da família e junto da equipa multidisciplinar

Promover a adequação do papel do prestador de cuidados nas famílias

AUTOCUIDADO COMER

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre o padrão alimentar adequado
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)
- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação

AUTOCUIDADO ACTIVIDADE RECREATIVA

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter a actividade recreativa
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	GRUPOS DE AJUDA MUTUA
Uma equipa formada com profissionais de saúde de diversas áreas e disciplinas, com experiências e saberes diferentes, podem constituir uma mais-valia	A criação de grupo de apoio mútuo, poderá permitir o convívio entre famílias, entre prestadores de cuidados, aumentando os contactos sociais, ao mesmo tempo possibilitar a troca de experiências, de "feedback" sobre estratégias alternativas, para melhor lidar com a doença, preservando e cumprindo algumas outras prioridades familiares" (Sousa, Relvas e Mendes, 2007).

COMUNIDADE

A potenciação dos recursos, em parcerias formais ou informais, pode tornar-se uma mais-valia, nas intervenções essenciais para melhorar a qualidade de vida das famílias, do prestador de cuidados e da pessoa doente, pois podem prestar serviços diferenciados, indo ao encontro das diversas necessidades

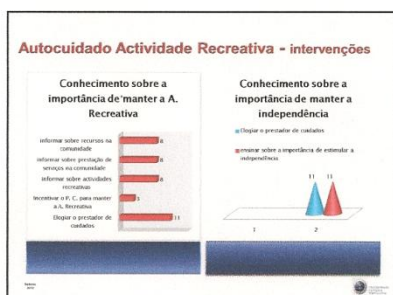
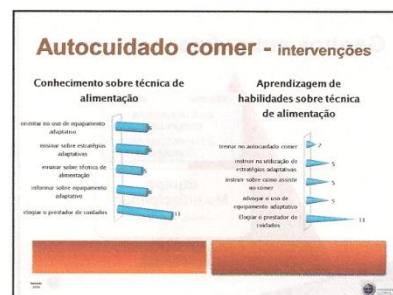
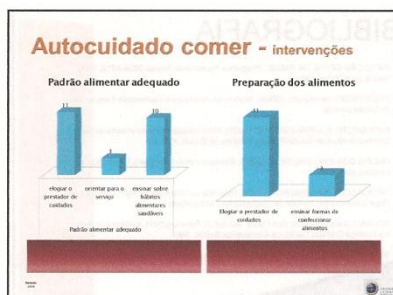
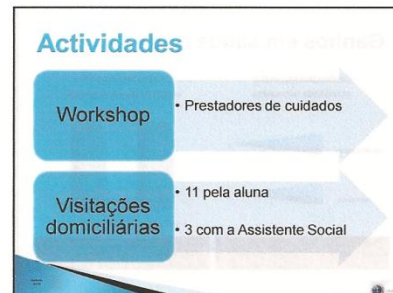
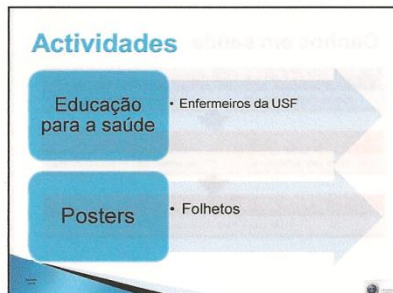
ESTRATÉGIAS

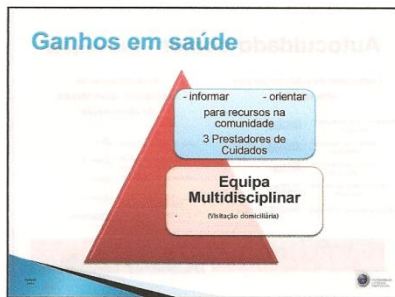
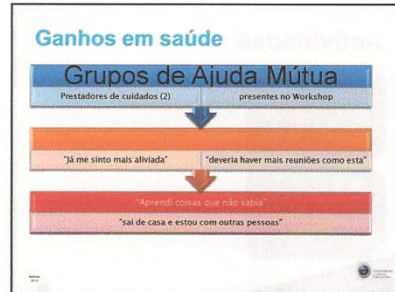
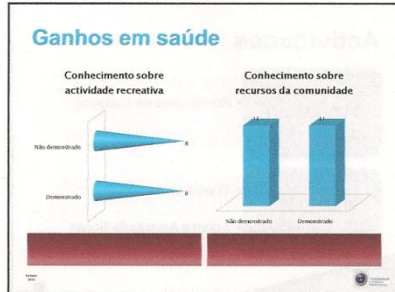
- Conhecer as necessidades do cuidador e da família
- Empoderamento das famílias cuidadoras
- Desenvolver instrumentos pedagógicos de apoio à tomada de decisão



ESTRATÉGIAS

- Potenciar os recursos da comunidade
- Incentivar a formação de equipa multidisciplinar
- Incentivar a organização de grupos de ajuda mútua
- Parilha interdisciplinar de saberes e experiências sobre a "Família"
- Partilhar conhecimentos e experiência com a equipa de enfermagem USF Aguda
- Mediatizar o papel da Família e do cuidador informal





BIBLIOGRAFIA

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, Programa Nacional de Saúde 2004-2010, Mais Saúde para Todos, Lisboa

FIGUEIREDO, Henriqueta, (2009), Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar, Tese de Doutoramento

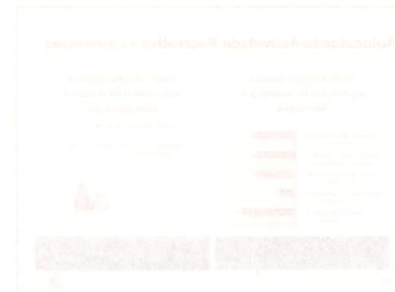
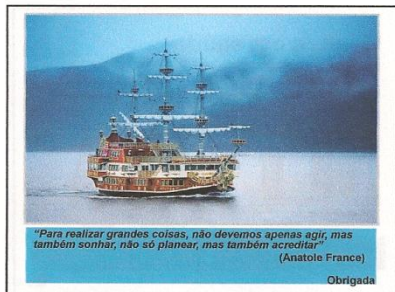
IMPERATORI, E. GIRALDES, M.R. (1986), Metodologia do Planeamento da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde, nº2, 19

ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2007), Consentimento Informado, Enunciado de posição, pag. 7-8

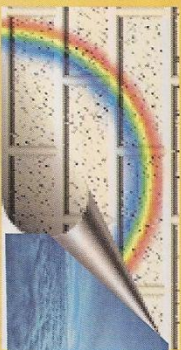
ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2008) Proposta da Ordem dos Enfermeiros Modelo Organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade,

SOUSA, Liliana, RELVAS, Ana Paula; MENDES, Álvaro, (2007), Enfrentar a Veihice e a Doença Crónica, Cadernos Clínicos de Saúde, 140

TAVARES, António, (1982), Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde, 2ªed, cadernos de formação nº2



Anexo XI: Folheto do Simpósio



"A doença em si não traz nada de bom, mas faz com algumas coisas que estão escondidas durante situações normais+ se tornem visíveis!"

(cjt. um paciente)

Palestrantes:

- Dr^o Goreti Ferreira
- Enf^a Celeste Pinto
- Prof^a Dr^a Henriqueta Figueiredo
- Dr^a Teresa Rocha
- Dr^a Maria do Céu Fontão
- Enf^a Pedro Melo
- Enf^a Paulo Catarino
- Enf^a Susana Lopes
- Enf^a Anabela Barbedo
- Enf^a Nânci Teixeira

"A velhice é o último período da evolução natural da vida. Implica um conjunto de situações: biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociais, económicas e políticas, que compõem o quotidiano das pessoas que vivem essa fase" (Imagário, 2008).

O momento actual implica que ao envelhecimento da população se associem alterações na dinâmica familiar, entre elas no processo familiar e no papel do prestador de cuidados, emergindo sob a identificação de problemas de saúde.

Neste encontro os profissionais de Saúde e as mes-trandas da Enfermagem-Saúde Comunitária, pro-põem-se reflectir em torno da temática de Enferma-gem Familiar: apresentação e discussão dos resulta-dos do Diagnóstico de Saúde, no âmbito do Projecto do Intervenção Comunitária.

Comissão Organizadora:



Anabela Sinatio Barbedo
Nânci de Fátima do Vale Castelhão Teixeira
Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

SIMPÓSIO

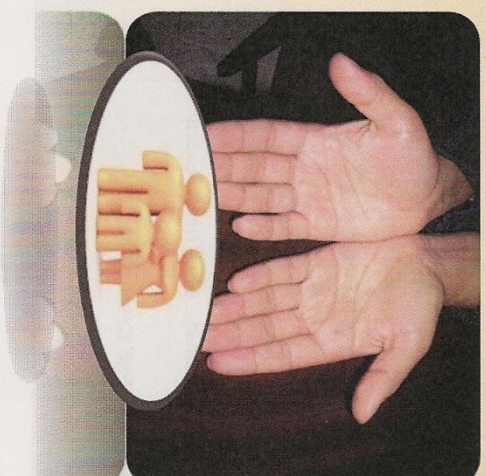
26 | Novembro | 2010

Salão Nobre dos

Bombeiros Voluntários da Aguda

EU Cuidador familiar

EU Cuidador familiar



PROGRAMA

26 de Novembro 2010

Abertura do Secretariado	13h
Início dos trabalhos	14h
Enf ^ª Anabela Barbedo e Enf ^ª Nânci Teixeira	
Mesa 1:	14h10
Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	
Prof ^ª D ^ª Henriqueta Figueiredo	
Projectos de Intervenção Comunitária	14h50
Enf ^ª Anabela Barbedo e Enf ^ª Nânci Teixeira	
Mediadora: Enf ^ª Celeste Pinto	

Coffe break	15h30
Mesa 2:	15h45
Experiências da ULS	
Enf ^ª Pedro Melo	
Especialista em Enfermagem Comunitária	
O enfermeiro de família	
Enf ^ª Paulo Catarino	
Especialista em Enfermagem Comunitária	
Enf ^ª Susana Lopes	
Grupos de Apoio Familiar: os novos desafios	16h45
D ^ª Maria do Céu Fontão e D ^ª Teresa Rocha	
Assistentes Sociais	
Mediadora: D ^ª Goreti Ferreira	
Encerramento dos trabalhos	17h15

Inscrições gratuitas em:

W.W.EUCUIDADORFAMILIAR.BLOGSPOT.COM

DIREITO A CERTIFICADO DE PRESENÇA**APOIOS**

Salão Nobre

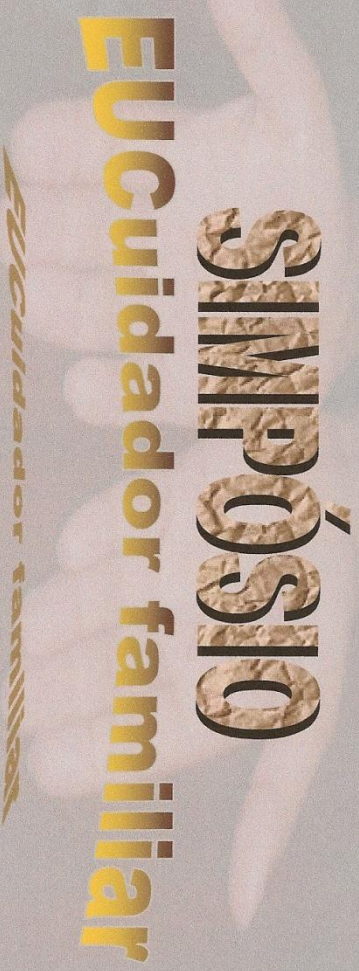
Bombeiros Voluntários da Aguda

Praça N. Senhora da Nazaré, Praia da Aguda,

4405-009 Arozeiro Vila Nova de Gaia



Anexo XII: Certificado do Simpósio



SIMPÓSIO
EUCuidador familiar
EUCuidador familiar

Certifica-se que _____,
esteve presente no Simpósio EUCuidador Familiar, no dia 26 de
Novembro de 2010, com uma duração de 4 horas.

COMISSÃO DE HONRA

COORDENADORA DO MESTRADO

Dr^a Goreti Ferreira

Enf^a Celeste Pinto

Enf^a Norminda Magalhães



