



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA: Um Percorso de Desenvolvimento de Competências**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

Por Ana Cristina Freire Botas

Sob orientação de Professora Filipa Andrade

LISBOA, Junho de 2011



## RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e visa documentar os resultados obtidos na Unidade Curricular Estágio no que concerne ao percurso percorrido no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria.

A base conceptual deste percurso assenta na filosofia de cuidar de Anne Casey (1988), no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2009) e no constructo resiliência. Norteadores de todo o caminho percorrido surgem também as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros bem como o Código Deontológico e o Regulamento para o Exercício da Prática de Enfermagem.

A Unidade Curricular Estágio desenvolveu-se em três módulos. O módulo I, decorrido na Unidade de Saúde Familiar do Castelo, destaca-se como principal actividade desenvolvida a elaboração do Programa *Promoção de Resiliência na Criança/Família* visando este a promoção de saúde através do fortalecimento dos factores protectores da criança/família. Das principais competências desenvolvidas, além das subjacentes à concepção do referido programa, realça-se as competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil bem como a reflexão do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria nas Unidades de Saúde Familiar. No módulo II, Serviço de Pediatria, desenvolveram-se actividades consideradas promotoras de resiliência oferecendo-lhes forma a proposta *Hora da Família*, consistindo esta a proposta de visitação dos irmãos às crianças internadas, bem como a implementação de uma efectiva articulação de cuidados. Alicerças a estas actividades entre outras desenvolveram-se competências fundamentais na comunicação enfermeiro-criança/família. Na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais a prestação de cuidados directos ao recém-nascido assume a principal actividade no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Destaca-se também a elaboração do programa *Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família*, à semelhança do realizado no módulo I. A prestação de cuidados à criança/família no contexto da triagem constituiu a principal actividade desenvolvida na Unidade de Urgência Pediátrica, proporcionando o desenvolvimento de competências na mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação rápida dos focos de instabilidade da criança.

Conclui-se, da realização do presente relatório, que foram atingidos ganhos significativos na aprendizagem e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria com a perspectiva que desafios futuros irão surgir e permitir a continuidade ao desenvolvimento de competências.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Saúde Infantil e Pediatria; Competências; Resiliência.

---



## ABSTRACT

This report is integrated in the Master Degree in Children's and Pediatric Health Care of a Specialist Nurse of the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. The report, aims to document the results obtained in Unidade Curricular Estágio regarding the path traversed in skills development of the specialist nurse in children's and pediatrics health care.

The philosophy of care by Anne Casey (1998), the dynamic model of family evaluation and intervention by Figueiredo (2009) and the term resilience are the conceptual basis of this route. The road travelled was also guided by the skills of Specialist Nurse in children's and pediatrics health care defined by Order of Nurses.

The Unidade Curricular Estágio development in three modules. Aimed at promoting the health care through the strengthening of children's/family's protective factors, the main activity developed in module I, elapsed in Unidade de Saúde Familiar do Castelo, was the conception of the Program *Promoting Children's/Family's Resilience*. Besides the skills acquired due to the conception of the referred program, enhance the skills in the evaluation of children's growth and development as the reflection of the role of the Specialist Nurse in children's and pediatrics health care in Unidades de Saúde Familiar were the main skills acquired.

In module II, Serviço de Pediatria, were developed activities' promoting resilience through suggestion Hour's Family, consist in the propose of visit the siblings of children hospitalized, and also the implementation of care's articulation. Connected to those activities, among other, fundamental skills were developed in nurse-child/family communication.

In Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, the main activity in the development of a Specialist Nurse in children's and pediatrics health care is provision of direct care to the new-borns. It also highlights the conception of the program *Promoting New-borns's/Family's Resilience*, similar to what was done in module I.

In Unidade de Urgência Pediátrica, the main activity developed was the provision of care in the screening, it allows the development of skills, mobilization of knowledge and techniques to a quick identification of focus of child's instability.

In conclusion, the conception of this report shows that substantial gains were acquired about knowledge and skills of a Specialist Nurse in children's and pediatrics health care, with the prospect of future challenges and skills development.

**Keywords:** Nursing; Children's and Pediatrics health care; Skills; Resilience.

---



## AGRADECIMENTOS

Às minhas professoras orientadoras Zaida Charepe e Filipa Andrade, a quem devo um agradecimento especial pela disponibilidade em partilhar os seus conhecimentos e saberes.

Às instituições de saúde, Unidade de Saúde Familiar do Castelo e Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., especificamente Serviço de Pediatria, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Unidade de Urgência Pediátrica, que permitiram a realização do estágio.

Um agradecimento a toda a equipa de enfermagem dos serviços anteriormente mencionados, com um agradecimento muito especial às Enfermeiras Especialistas Paula Silvestre, Alexandra Barradas, Rute Trigo e Antónia Guerreiro pela excelente orientação e disponibilidade demonstrada.

À minha colega Fernanda pela partilha, companhia e amizade durante todo o percurso.

Aos meus pais pelo apoio em todos os sentidos e mais algum, constante motivação e principalmente por *acreditarem* em mim.

À minha irmã pelo voto de confiança constante, pela sua sinceridade e pela colaboração activa nesta última etapa do percurso.

Ao *meu* António pela paciência inesgotável, pela partilha dos bons e *menos bons* momentos e especialmente pela *coordenação e organização* dos intervalos nos momentos de *puro e duro* trabalho.

À tia Leontina, pela sua Fé, pelas inúmeras velas que acendeu para humildemente pedir à Nossa Senhora, a minha felicidade e sucesso neste percurso.

Falando em linguagem *resiliência* são todos estes factores protectores que me ajudaram a superar os factores de riscos que surgiram neste percurso.

Cuidaram de mim para que eu pudesse (re) aprender a cuidar o outro!

---



«...os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida»

Marie-Françoise Collière

---



## **ABREVIATURAS**

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

E.P.E – Entidade Pública Empresarial

p. – página

Rn – Recém-nascido

## **SIGLAS**

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IAF – Instrumentos de Avaliação Familiar

ICN - International Council of Nurses

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

UCEN – Unidade de Cuidados Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

UNICEF – United Nations Children’s Foundation

---



## ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I – ALICERCES TEÓRICOS .....	22
<b>Capítulo um – Ser Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.....</b>	<b>22</b>
1.Referenciais da profissão.....	22
2. Parceria de Cuidados .....	23
<b>Capítulo dois – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar .....</b>	<b>25</b>
1. O Modelo .....	25
1.1 Área de atenção: Papel Parental .....	26
1.2 Área de atenção: Processo Familiar .....	27
<b>Capítulo três – A Resiliência e o Cuidar.....</b>	<b>28</b>
1. O Constructo Resiliência .....	28
1.1 Cuidar sob uma abordagem orientada para a resiliência.....	29
PARTE II – CONSTRUÇÃO DE UM CUIDAR ESPECIALISTA .....	31
<b>Capítulo um – A descoberta dos cuidados primários .....</b>	<b>31</b>
1. A Unidade de Saúde Familiar do Castelo .....	31
2. Percurso de Construção.....	32
2.1 Diagnóstico de situação .....	32
2.2 Actividades/ Competências Desenvolvidas.....	33
<b>Capítulo dois – A urgência de um cuidar urgente.....</b>	<b>38</b>
1. Unidade de urgência Pediátrica .....	38
2. Percurso de Construção.....	38
2.1 Diagnóstico de situação .....	39
2.2 Actividades/ Competências Desenvolvidas.....	40

---

<b>Capítulo três – Cuidar a fragilidade</b> .....	44
1. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais .....	44
2. Percurso de Construção.....	45
2.1 Diagnóstico de situação .....	46
2.2 Actividades/ Competências Desenvolvidas .....	46
<b>Capítulo quatro – Um novo olhar sob o conhecido</b> .....	50
1. Serviço de Pediatria .....	50
2. Percurso de Construção.....	51
2.1 Diagnóstico de situação .....	52
2.2 Actividades/ Competências Desenvolvidas.....	52
<b>PARTE III – UMA CONSTRUÇÃO SEM FIM</b> .....	57
<b>Capítulo um – Um novo cuidar</b> .....	57
1. Desafios futuros.....	57
<b>CONCLUSÃO</b> .....	59
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	61
<b>APÊNDICES</b> .....	67
Apêndice A – Esquema Alicerces Teóricos .....	69
Apêndice B – Esquemas MDAIF.....	73
Apêndice C – Diagnóstico de Necessidades Formativas – Avaliação Familiar.....	77
Apêndice D – Processo Formativo – Avaliação Familiar .....	89
Apêndice E – Processo Formativo – Promover a Resiliência na Criança/Família.....	115
Apêndice F – Colectânea de Textos - Resiliência e Avaliação Familiar .....	137
Apêndice G – Programa Promover a Resiliência na Criança/Família.....	141
Apêndice H – Esquematização da implementação do Programa Promover a Resiliência na Criança/Família.....	189
Apêndice I – Suporte Papel Programa Promover a Resiliência na Criança/Família - Avaliação, Diagnósticos e Intervenções.....	193
Apêndice J – Diagnóstico de Necessidades Formativas – Avaliação e Interação Familiar.....	207
Apêndice K – Diagnósticos de Enfermagem .....	219
Apêndice L – Aplicação Informática – Folha de Articulação de Cuidados .....	223
Apêndice M – Folha de Articulação .....	227

Apêndice N – Processo Formativo .....	231
Apêndice O – Diagnóstico de Situação – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais ...	255
Apêndice P – Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/família .....	259
Apêndice Q – Aplicação Informática – Avaliação Familiar .....	299
Apêndice R – Processo Formativo – Promover a Resiliência no Recém-nascido/família	303
Apêndice S – Colectânea de Textos – Resiliência e Avaliação Familiar .....	327
Apêndice T – Diagnóstico de Situação – Módulo II/ Serviço de Pediatria.....	331
Apêndice U – Norma de Procedimento para realização da carta de alta/transferência da criança/família internada .....	343
Apêndice V – Aplicação Informática Registos de Articulação de Cuidados .....	353
Apêndice W – Folha de Articulação com Instituições .....	357
Apêndice X – Processo Formativo – Articulação de Cuidados.....	361
Apêndice Y – Proposta Hora da Família .....	383

---



**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – Papel do enfermeiro segundo o Modelo de Enfermagem “Parceiros nos Cuidados” de Anne Casey.....	24
<b>Figura 2</b> – Avaliação familiar segundo o MDAIF .....	26



## 0. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório preconizado no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este tem como objectivo geral documentar os resultados obtidos na Unidade Curricular Estágio, no que confere ao percurso percorrido no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (SIP).

Norteadoras de todo o caminho percorrido surgem as competências do Enfermeiro Especialista em SIP definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como metas a atingir. Alicerçadas a estas, e por ser imperioso *um cuidar* assente na evidência científica, constitui base teórica do percurso experienciado a filosofia de cuidar de Anne Casey (1988), o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2009) e o constructo resiliência (consultar apêndice A).

A filosofia subjacente do cuidar em enfermagem de SIP advogada por Anne Casey (1988) assenta na parceria de cuidados e segundo AMARAL (2009, p.42) «...Casey acredita ser fundamental centrar os cuidados em dois pressupostos, na criança internada e na família. A teórica defende que numa primeira fase é importante os enfermeiros desenvolverem capacidades que lhes permitam trabalhar em parceria com a família». Desta forma, e como sustentação para o desenvolvimento de competências no cuidar em parceria surge o MDAIF. Este modelo, sustentado na Teoria Sistémica, no Modelo de Avaliação de Calgary e Modelo de Intervenção de Calgary, rege-se pelo «...princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências.» (FIGUEIREDO, 2009, p.267).

A par do MDAIF surge o constructo resiliência, já anteriormente referido, como temática orientadora no percurso de desenvolvimento de competências. A resiliência surge como pontencializadora de saúde e segundo LASMAR e RONZANI (2009, p.347)

«...pode ser um referencial importante para os profissionais de saúde, tendo em vista a possibilidade de se adoptar um novo referencial de saúde, de forma que suas práticas possam estar voltadas para o desenvolvimento da qualidade de vida e de comunidades resilientes, promovendo, assim, a saúde nos grupos e populações».

Cuidar da criança/família sob uma abordagem orientada para a resiliência consiste em capacitar, ou seja, *empowering* a mesma na mobilização dos factores protectores de que

dispõe, com o intuito de fazer frente aos factores de risco a que se encontra sujeita, por forma a desenvolver uma trajectória de vida saudável.

A Unidade de Saúde Familiar (USF) do Castelo, o Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), E.P.E, especificamente o Serviço de Pediatria, a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) e a Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) constituíram os contextos que permitiram o desenvolvimento das competências anteriormente mencionadas, correspondendo respectivamente ao módulo I, módulo II e os dois últimos contextos ao módulo III. Optou-se por estes mesmos contextos, e no caso da USF do Castelo, pela possibilidade do desenvolvimento de competências no que respeita à avaliação e intervenção familiar, uma vez que estas vão de encontro ao modelo organizacional das Unidades de Saúde Familiar. No que respeita ao CHS, recaí-o por este contexto constituir o local de trabalho da autora, conhecendo-se antecipadamente a filosofia de cuidar da instituição bem como a possibilidade de exequibilidade dos objectivos e actividades delineadas. De salientar que o módulo II, Serviço de Pediatria, decorreu em contexto de trabalho, optando-se por o mesmo pela possibilidade de continuidade das actividades iniciadas neste percurso. Para todos os contextos referidos foram definidos objectivos e consequentemente actividades, afim de desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em SIP.

O presente relatório visa então documentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências nos referidos contextos, especificamente no que concerne aos objectivos delineados, actividades desenvolvidas, metodologia adoptada e conhecimentos adquiridos. Segue desta forma uma metodologia descritivo-reflexiva da análise da unidade curricular estágio.

Assim, definem-se como objectivos específicos para o presente relatório:

- Descrever o percurso vivenciado no decorrer dos diferentes contextos de estágio, bem como os objectivos e actividades realizadas;
- Identificar e analisar a metodologia e recursos utilizados na implementação das actividades desenvolvidas;
- Identificar e reconhecer as principais competências desenvolvidas no âmbito da especialidade em enfermagem na área de SIP;
- Reflectir sobre o impacto deste contexto formativo na prestação cuidados de enfermagem.

A elaboração deste relatório rege-se pelas orientações para elaboração de trabalhos de AZEVEDO e AZEVEDO (2008) e orientações disponibilizadas pela UCP. Estruturalmente encontra-se dividido em três partes. A primeira centra-se numa breve apresentação das bases teóricas que sustentarem o percurso realizado, mais especificamente o MDAIF e o constructo resiliência. É também realizada uma breve contextualização dos principais referenciais profissionais para o Enfermeiro Especialista em SIP e do modelo de Parceria de Cuidados. Na segunda parte são apresentados os objectivos, actividades e competências desenvolvidas em cada um dos contextos referidos, seguindo a ordem cronológica dos módulos realizados, sendo

assim, inicia-se pelo módulo I, seguido do módulo III e por fim o módulo II. É realizada ainda uma breve caracterização dos contextos e diagnóstico de situação realizado, ambos elaborados tendo por base norteadora os objectivos definidos. A terceira parte reporta à reflexão de possíveis desafios futuros que poderão consolidar e potencializar as competências desenvolvidas.

Assim, dando início ao relatório propriamente dito, apresenta-se em seguida uma breve descrição das bases teóricas já anteriormente mencionadas.

## PARTE I – ALICERCES TEÓRICOS

### Capítulo um – Ser Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Neste capítulo são abordados sucintamente os principais referenciais para a profissão de enfermagem, especificamente para o *Ser Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria* e a filosofia de cuidar de Anne Casey (1988). É ainda apresentada a justificação para a temática trabalhada ao longo dos vários módulos.

#### 1. Referenciais da profissão

O REPE, artigo 4.º, n.º1, afirma que a

«...Enfermagem é uma profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível».

Ser Enfermeiro Especialista acrescenta a esta definição de enfermagem, e segundo VIEIRA (2008, p.24) «...a intervenção em situações mais complexas».

O Enfermeiro Especialista, e segundo a OE (2009, p.10), é um profissional «...com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem [...] que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção». Concomitantemente no REPE, artigo 4.º, n.º 3, ao enfermeiro especialista é reconhecida competência «...científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade».

Assim, são reconhecidas ao Enfermeiro Especialista competências comuns, que constituem competências partilhadas por todos os enfermeiros independentemente da sua área de especialidade, e as competências específicas, relativas à especificidade de cada área de especialidade. A OE define quatro domínios de competências comuns: a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Decorre destes domínios uma prestação de cuidados imbuída dos elementos do compromisso profissional dos enfermeiros descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). O direito à confidencialidade e privacidade (CDE,

artigo 85.º e 86.º), o direito a cuidados de enfermagem de qualidade (CDE, artigo 76.º,1, a), o direito a receber cuidados em tempo útil (CDE, artigo 83.º, a), o direito a ser cuidado por um profissional competente (CDE, artigo 88.º, c, e), são alguns dos direitos que oferecem forma aos domínios das competências comuns. Salienta-se assim o *cuidado justo* que segundo VIEIRA (2008, p.115) «...para cuidar não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos específicos [...] é imprescindível saber quem é o outro que está aos meus cuidados [...] como posso ajudá-lo a crescer e a realizar-se, o que só é possível conhecendo [...] as suas necessidades específicas».

O Enfermeiro de SIP, para além das competências comuns já mencionadas, são-lhe acrescidas competências relativas ao seu alvo de cuidados, a criança/família. São definidas pela OE três principais domínios de competências sendo estes, na assistência à criança/jovem na maximização da sua saúde, na prestação de cuidados nas situações de especial complexidade e nas respostas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.

Por forma a dar resposta a estas mesmas competências e pelo próprio interesse pessoal da autora, justifica-se a temática trabalhada ao longo deste percurso, a promoção da resiliência. Esta assenta na capacitação da criança/família em superar as adversidades mobilizando os factores protectores de que dispõem por forma a fazer frente aos factores de risco a que se encontra sujeita, construindo uma trajectória de vida saudável. Acredita-se que o enfermeiro especialista assume um papel preponderante na implementação de uma verdadeira parceria de cuidados na mobilização desses mesmos factores, na procura da maximização do potencial de saúde da criança/família.

São necessários para isso conhecimentos aprofundados na área da avaliação e intervenção familiar surgindo desta forma o MDAIF que oferece sustentabilidade teórica e prática neste sentido. O MDAIF e o constructo resiliência são abordados mais detalhadamente nos dois capítulos seguintes.

## 2. Parceria de Cuidados

Em 1988, Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidar em pediatria assente na parceria de cuidados. Segundo, AMARAL (2009, p.42) «... Casey acredita ser fundamental centrar os cuidados em dois pressupostos, na criança internada e na família».

Casey, segundo MONTEIRO (1993, p.88), define família como «...uma unidade de indivíduos com maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma influência forte no seu desenvolvimento...» sendo desta forma considerados pela mesma os principais prestadores de cuidados à criança.

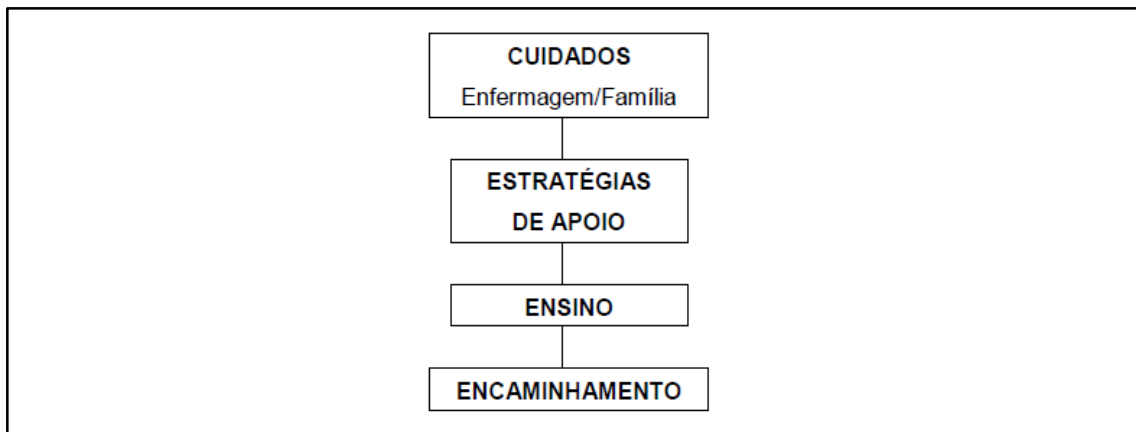
A parceria de cuidados defendida por Casey (1988) baseia-se na flexibilidade e na negociação dos cuidados partilhados enfermeira/família. Segundo MANO (2002, p.55), com base na filosofia de cuidar de Casey (1988), os cuidados negociados são «...considerados como a relação terapêutica construída na confiança e respeito mútuos [...] conduz a um plano

de cuidados combinado mutuamente». Desta forma, e segundo AMARAL (2009, p.44) «...o papel do enfermeiro é o de prestar cuidados especializados à criança, sempre que o seu estado de saúde assim o exija, permitindo que a família desempenhe as actividades de cuidados familiares».

Casey (1988) defende que o papel do enfermeiro em pediatria, tal como nos sugere a imagem abaixo, prende-se pela aplicação de

«...estratégias de apoio visam o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar ao filho [...], com o ensino o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas [...], o encaminhamento o enfermeiro reconhece a importância de recorrer a outros profissionais de saúde ou a outros apoios existentes na comunidade» (AMARAL, 2009, p. 44).

**Figura 1** – Papel do enfermeiro segundo o Modelo de Enfermagem “Parceiros nos Cuidados” de Anne Casey.



Fonte: AMARAL, Nádea Margarida Ferreira – *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados: a visão das enfermeiras*, 2009, p.43.

Segundo AMARAL (2009, p.42) «...a teórica defende que numa primeira fase é importante os enfermeiros desenvolverem capacidades que lhes permitam trabalhar em parceria com a família», surgindo desta forma o MDAIF como suporte teórico para uma possível efectivação da parceria de cuidados.

## Capítulo dois – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Neste capítulo apresenta-se uma breve síntese no que concerne às bases teóricas, conceitos e organização do MDAIF, especificando-se as áreas de atenção que se relacionam directamente com a enfermagem de SIP, sendo estas o papel parental e o processo familiar.

### 1. O Modelo

*Cogitar* a família de hoje constitui um processo complexo. «Actualmente existe uma grande diversidade de tipos e estruturas familiares.» (FIGUEIREDO, 2009,p.616), o que exige aos enfermeiros um conhecimento profundo no que respeita à avaliação e intervenção familiar. O MDAIF surge assim como uma *ferramenta-chave* na prestação de cuidados à família pois este oferece, de forma sistematizada, um *corpo* teórico bem como uma avaliação familiar, diagnóstico e intervenções alicerçados ao cuidar a família.

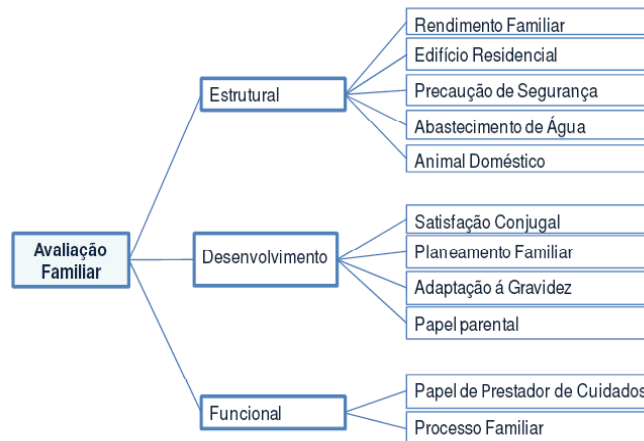
O MDAIF surge como resposta à emergência de uma filosofia de cuidados centrados na família. Com base teórica na Teoria Sistémica e no Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, o MDAIF oferece «...uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências» (FIGUEIREDO, 2009, p.267).

Segundo FIGUEIREDO (2009, p.268) «...a utilização do MDAIF permitirá aos enfermeiros proporem intervenções que dêem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades».

A avaliação familiar surge neste modelo «...como a possibilidade de direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar.» (FIGUEIREDO, 2009, p.268) uma vez que esta possibilita um conhecimento profundo da mesma. O modelo preconiza a avaliação familiar em três dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional, tal como nos sugere a imagem abaixo. A dimensão estrutural reporta-se ao conhecimento da estrutura familiar, quer interna e externa, quer do meio no qual está inserida. Por sua vez, a dimensão desenvolvimental refere-se ao crescimento da família, ou seja, está relacionada com o ciclo vital da família. Por fim, a dimensão funcional especifica a vida quotidiana da família, como os seus membros se relacionam e interagem entre si. Cada uma das dimensões mencionadas encontra-se dividida em categorias e sub-categorias que segundo FIGUEIREDO (2009, p.616) «...no seu conjunto, permitem a avaliação sistémica da família, numa perspectiva dinâmica de continuidade». Para

além da avaliação familiar, o modelo oferece também diagnósticos e intervenções de enfermagem utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

**Figura 2 – Avaliação familiar segundo o MDAIF**



Fonte: FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. 2009, p.269.

Em virtude do MDAIF proporcionar uma avaliação familiar ao longo de todo o ciclo vital da família, e pelo facto do foco em enfermagem de SIP ser a criança/família, foram trabalhadas especificamente a área de atenção papel parental, parte integrante da dimensão desenvolvimental, e a área de atenção processo familiar, parte integrante da dimensão funcional que serão abordadas em seguida.

### 1.1 Área de atenção: Papel Parental

O papel parental constitui uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento, dimensão que «...possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família» (FIGUEIREDO, 2009, p.275).

No modelo, o papel parental é caracterizado, tendo por base a definição do International Council of Nurses (ICN) (2002, p.63), como

«... um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente».

No MDAIF estão definidas as dimensões e categorias avaliativas respectivas (consultar Apêndice B), referentes a esta área de atenção. As dimensões reportam-se ao conhecimento do papel, comportamentos de adesão, adaptação da família à escola e factores de tensão do

papel, consenso, saturação e conflito. A avaliação destas dimensões permitem «...a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições» (FIGUEIREDO, 2009, p.275).

## 1.2 Área de atenção: Processo Familiar

O processo familiar constitui a área de atenção da dimensão funcional expressiva prendendo-se esta com os padrões de interacção familiar. Este é definido no modelo como as «...interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo entre os membros da família» (ICN, 2002, p.77).

No MDAIF estão definidas as dimensões e categorias avaliativas respectivas (consultar Apêndice B), referentes a esta área de atenção. As dimensões reportam-se à comunicação familiar, *coping* familiar, interacção de papéis familiares, relação dinâmica e crenças.

O *coping* familiar constitui a dimensão que a autora designou de *solução de problemas*, e define *coping* como a

«...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 defendam contra as ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico» (FIGUEIREDO 2009, p.295).

Assim, a avaliação do *coping* familiar possibilita a identificação dos membros da família mais activos na resolução de problemas (factores de risco) bem como os recursos (factores protectores) a que a família recorre. Factores de riscos e factores protectores constituem noções básicas alicerçadas ao constructo resiliência que é abordado no capítulo seguinte.

Tal como foi referido no início deste capítulo o MDAIF apresenta uma abordagem com ênfase no estilo colaborativo, oferecendo desta forma efectivação à parceria de cuidados, e promove a potencialização das forças, recursos e competências familiares proporcionando desta forma a promoção de resiliência na criança/família. Justifica-se assim a escolha deste modelo no percurso de desenvolvimento de competência quer enquanto Enfermeiro Especialista em SIP quer na promoção de resiliência.

## Capítulo três – A Resiliência e o Cuidar

No presente capítulo são abordados aspectos relacionados com a conceptualização do constructo resiliência, desde a sua origem das ciências exactas até à sua utilização nas ciências sociais e humanas.

São referenciados os principais estudos de investigação realizados, especificamente os que estão relacionados com a criança/família. É ainda referenciada a importância do referido constructo nos cuidados à criança/família.

### 1. O Constructo Resiliência

Em 1807, surge o termo resiliência na área da física e engenharia, sendo um dos seus precursores o cientista Thomas Young. Este definiu a resiliência de um material como a capacidade deste não sofrer deformações plásticas permanentes após a absorção de determinada energia. O mesmo conceito foi adoptado pelas ciências sociais e humanas para caracterizar os indivíduos que apesar de sujeitos a grandes adversidades apresentam um desenvolvimento saudável.

As principais correntes de investigações sobre resiliência têm sido sustentadas em estudos junto de crianças expostas a grandes adversidades. São precursores dos mesmos, segundo ANAUT (2005), Werner e Ruther que concluíram que crianças inseridas em contextos de desestruturação familiar, precariedade sócio-afectiva, pobreza, violência, criminalidade, entre outros, desenvolveram-se dentro dos padrões esperados para a sua idade. De acordo com Werner, a existência de factores protectores é a principal condição para o desenvolvimento saudável destas crianças. Estes, segundo GOMES (2006, p.52) «...serão aquelas características, factos ou situações próprias do indivíduo, que aumentam a sua capacidade de fazer frente à adversidade e diminuem a possibilidade de desenvolver desajuste psicossocial mesmo na presença de factores de risco». Ainda relativo aos factores protectores, são definidos por SAPIENZA E PEDROMÔNICO (2005, p.213) como «...um escudo para favorecer o desenvolvimento humano...». Por sua vez, os factores de risco «...estão relacionados a toda a sorte de eventos negativos da vida, que quando presentes no seu contexto, aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais» (DELL'AGLIO, KOLLER e YUNES, 2006, p.31). Os factores protectores e os factores de risco são assim as principais noções alicerçadas ao conceito de resiliência.

Além dos estudos com foco no indivíduo, neste caso a criança, nos anos 80 surgem os primeiros estudos com foco na família. Segundo DELL'AGLIO, KOLLER e YUNES (2006, p.58)

um dos primeiros estudos sobre a temática é da responsabilidade de McCubbin e McCubbin (1988) que partem «...da definição de que famílias “resilientes” são aquelas que resistem aos problemas decorrentes das mudanças e “adaptam-se” às situações de crise». Estes estudos vêm focalizar os aspectos positivos das famílias ao invés das suas falhas e aspectos deficitários, ou seja, «...o interesse da resiliência em famílias vem contribuir para reverter esse ciclo de raciocínio, trazendo para o mundo familiar uma ênfase “salutogênica”» (DELL’AGLIO, KOLLER e YUNES 2006, p.58). É nesta perspectiva que surge o cuidar orientado para a resiliência.

### 1.1 Cuidar sob uma abordagem orientada para a resiliência

Segundo SILVA [et al] (2005, p.99) a «...resiliência é um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde». A mesma autora acrescenta ainda que

«...embora pareça paradoxal, esta relação risco versus produção de saúde é significativa, na medida em que anuncia que famílias, mesmo enfrentando situações adversas, muitas vezes desde que se formam, são potencialmente capazes de desenvolver práticas de cuidados capazes de permitir a emergência de competências individuais de seus membros e colectivas» (2005, p.100).

Assim, cuidar a criança/família numa abordagem orientada para resiliência consiste em reconhecer a todas as famílias o potencial para superar a adversidade uma vez que, todas estas possuem formas únicas e específicas de resiliência, forças e recursos que podem ser mobilizados na solução dos problemas com que se deparam no seu quotidiano.

A promoção da resiliência na criança/família é sustentada em intervenções que visem o desenvolvimento dos seus factores protectores quer das suas capacidades para a resolução dos problemas. Intervenções promotoras de resiliência não deverão surgir isoladamente como isso, mas sim integradas na própria vida quotidiana da criança/família. Assim, vários contextos poderão constituir possibilidades reais de promoção da resiliência. Segundo MUNIST (1998), locais como a escola, a casa, a rua, a comunidade, o centro de saúde, podem revelar-se como potenciais promotores de resiliência.

A hospitalização da criança/família constitui uma situação de adversidade para a família pois agrega uma complexidade de factores de risco quer psicológicos, sociais, financeiros, entre outros. A intervenção junto da criança/família neste contexto não poderá negligenciar a existências destes mesmos factores de risco e desta forma deverão ser planeadas intervenções que ajudem a família a lidar e mesmo ultrapassar as situações de adversidades decorrentes do internamento. A articulação de cuidados, neste contexto, é encarada, ao longo do percurso de desenvolvimento de competências documentado neste relatório, como uma estratégia promotora de resiliência uma vez que, através da mobilização dos recursos de saúde e/ou da comunidade, os mesmos podem constituir factores protectores para a criança/família. Segundo MACHADO (2010, p.6), os factores protectores são aqueles «...que numa trajectória de risco, modificam o rumo da vida do individuo para um final mais

favorável e adaptado», indo esta perspectiva ao encontro da definição de BILRO (2004, p.196), no que respeita à articulação de cuidados, encarando-a «...como um sistema que admite na sua estrutura diversas instituições formais e informais, públicas e privadas, as quais se devidamente articuladas entre si concorrem cada uma com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos utentes dos serviços de saúde...».

Actualmente, o constructo resiliência tem sido objecto de estudo na investigação em enfermagem e segundo GILLESPIE, CHABOYER e WALLIS (2007, p.125) «... the concept of resilience has been of interest to various professional groups for many years; however, it is recently that the nursing profession has begun to recognise its potential contribution in diverse clinical contexts». Destaca-se a importância do papel dos enfermeiros na co-criação de oportunidades que permitam à criança/família o desenvolvimento de competências na identificação e mobilização dos factores protectores de que dispõem, criando condições para que construam uma trajectória de vida saudável.

Cuidar a criança sob uma abordagem orientada para a resiliência assume forma, neste contexto de desenvolvimento de competências, no cuidar em parceria com a família em que o papel do enfermeiro se baseia na aplicação de estratégias de apoio, no ensino e no encaminhamento destas mesma famílias, assente na filosofia de cuidar de Casey (1988), orientada por uma avaliação e intervenção familiar com ênfase no fortalecimento nos recursos e competências familiares, com base no MDAIF.

Desta forma, foram delineados, na fase de projecto, dois objectivos gerais transversais a todos os contextos nos quais decorrem os módulos, sendo estes:

- **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/família, nos vários contextos dos módulos, através do aprofundamento/ actualização de conhecimentos nos distintos domínios assistenciais;**
  
- **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados face à promoção de resiliência na criança/família nos distintos contextos de intervenção.**

Segue-se em seguida a parte II deste trabalho na qual são apresentados os objectivos específicos a cada módulo, decorrente dos acima apresentados.

## PARTE II – CONSTRUÇÃO DE UM CUIDAR *ESPECIALISTA*

### Capítulo um – A descoberta dos cuidados primários

Este capítulo intitula-se a *descoberta dos cuidados primários* por este contexto ter permitido o reconhecimento aos cuidados de saúde primários a enorme potencialidade dos mesmos quer para o desenvolvimento das competências enquanto Enfermeiro Especialista em SIP, mas principalmente no cuidar a criança/família sob uma perspectiva promotora de resiliência.

No decorrer deste capítulo é realizada uma breve contextualização da USF do Castelo alicerçando-se à mesma o diagnóstico de situação realizado. Por sua vez, são apresentados os objectivos definidos para este módulo e as actividades desenvolvidas para o atingir dos mesmos. São ainda referenciadas as principais competências desenvolvidas no âmbito do *ser* Enfermeiro Especialista em SIP desenvolvidas bem como os contributos do trabalho realizado para o referido contexto.

#### 1. A Unidade de Saúde Familiar do Castelo

A implementação do modelo organizacional das Unidades de Saúde Familiar, segundo o Decreto-lei nº298/2007 do Regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar, introduziu uma reorganização dos cuidados de enfermagem no que respeita aos cuidados saúde primários. A máxima *a cada família um enfermeiro* assume forma nestes contextos.

A USF do Castelo encontra-se numa fase inicial de reorganização tendo em conta estas novas directrizes. Anteriormente, à USF, existia a Extensão de Santana na qual o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil era responsável pela consulta de Saúde Infantil. Actualmente, toda a equipa de enfermagem realiza esta mesma consulta consoante as famílias que se encontram à responsabilidade dos seus cuidados.

Estas famílias, e segundo Diagnóstico Social do Concelho de Sesimbra (RODRIGUES, AMOR e MATIAS, 2005, p.20) na identificação dos problemas e fragilidades do Concelho, referenciam «...contextos familiares disfuncionais/ famílias desestruturadas [...] escassez de estruturas de apoio à família [...] articulação deficiente / insuficiente da intervenção local».

## 2. Percurso de Construção

O módulo I decorreu no período de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, com uma carga horária de 180 horas. Tendo em conta o período referido, na fase de projecto foram estabelecidos os seguintes objectivos específicos para o referido módulo:

- **Desenvolver competências de avaliação e intervenção familiar, com vista à promoção de resiliência na criança/família, no circuito da USF.**
- **Desenvolver competências na assistência à criança/família na maximização da sua saúde, na consulta de Saúde Infantil e Juvenil;**

Estes objectivos decorrem dos objectivos gerais anteriormente mencionados e foram definidos com o intuito de desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em SIP no domínio da assistência à criança e jovem e família, na maximização da sua saúde bem como na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida dos mesmos.

A definição do primeiro objectivo teve em consideração o contexto no qual decorreu o módulo, enquadrando-se o mesmo nas directrizes gerais das Unidades de Saúde Familiar, nas quais a avaliação e intervenção familiar assumem a base da prestação de cuidados à criança/família.

No que respeita ao segundo objectivo, este encontra alicerces no próprio plano de estudos da UCP e directrizes subsequentes em que é imperativo a prestação directa de cuidados à criança/família.

### 2.1 Diagnóstico de situação

Os objectivos específicos supramencionados foram apresentados e discutidos, numa reunião informal com a enfermeira orientadora, no que concerne à sua pertinência e exequibilidade para o contexto da USF do Castelo, obtendo a aprovação total dos mesmos. Realizaram-se outras reuniões informais para discussão detalhada no que respeita ao primeiro objectivo relativo à avaliação e intervenção familiar. Destas reuniões e decorrente da observação informal dos cuidados prestados à criança/família conclui-se que a avaliação familiar não era realizada de forma sistematizada. Actualmente, a equipa de enfermagem da USF utiliza a aplicação informática MedicineOne para registos. Nesta aplicação estão disponíveis Instrumentos de Avaliação Familiar (IAF), que no período no qual decorreu este módulo, era desconhecida a sua existência pela equipa de enfermagem. Assim delineou-se

que a formação sobre avaliação e intervenção familiar seria uma das actividades a desenvolver.

## 2.2 Actividades/ Competências desenvolvidas

Decorrente do supracitado, foi realizado um diagnóstico de necessidades formativas (consultar apêndice C) afim de compreender as necessidades formativas da equipa de enfermagem no que concerne à avaliação familiar. Da análise do diagnóstico de necessidades formativa foi possível concluir que 86% da equipa de enfermagem não teve formação em relação à avaliação familiar, desconhecendo qualquer modelo de enfermagem que sustente a mesma, e 86% não utilizam IAF, considerando no entanto a temática importante para a sua prática de cuidados. Desta forma, uma das actividades realizadas prendeu-se com o processo formativo.

Decorrente do diagnóstico de necessidades formativas realizado foram planificados dois momentos formativos distintos afim de gerir os conteúdos a abordar, a adaptação destes mesmos momentos de formação à disponibilidade da equipa de enfermagem bem como a pertinência temporal. Destaca-se aqui a pertinência temporal, uma vez que da análise do diagnóstico de necessidades formativas foi possível inferir que a equipa de enfermagem, na sua maioria, detinha poucos conhecimentos sobre avaliação familiar. Desta forma, foi imperativo a existência de um espaço temporal entre formações afim da própria equipa sedimentar conhecimentos.

Assim, o primeiro momento formativo foi relativo à *Avaliação Familiar* (consultar apêndice D), que ofereceu sustentabilidade teórico-prática para o segundo momento formativo relativo à *Promoção de Resiliência na Criança e Família* (consultar apêndice E). Através da organização e implementação de todo o processo formativo mencionado desenvolveram-se competências enquanto facilitador de aprendizagem, uma vez que se actuou como «...formador oportuno em contexto de trabalho» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.20). A metodologia seleccionada para todo o processo formativo teve também em consideração as próprias características da equipa de enfermagem, uma vez que se tratava de uma equipa com uma média de tempo de exercício profissional de 19,9 anos, podendo ser considerada como *proficiente* segundo os níveis de competência definidos por BENNER (2001). Desta forma, para além da metodologia expositiva deu-se ênfase à metodologia activa, proporcionando a discussão no e com o grupo no que concerne à exequibilidade dos conteúdos apresentados. Neste intuito desenvolveram-se competências no que respeita à liderança de todo este processo, especificamente na adaptação do «...estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências» e na aplicação de «...estratégias de motivação da equipa para o desempenho diferenciado» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.19).

Contíguo a todo o processo formativo foi disponibilizado a toda a equipa de enfermagem, em formato de dossier e suporte informático, uma colectânea de textos (consultar

apêndice F) sobre o constructo resiliência e avaliação familiar, contendo artigos científicos seleccionados pela sua pertinência para a prestação de cuidados à criança/família bem como a actualidade dos mesmos. Considerou-se pertinente a realização desta actividade porque para além de «...rentabilizar as oportunidades de aprendizagem» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.20) da equipa de enfermagem permitiu desenvolver competências na construção de «...uma base sólida de conhecimentos de Enfermagem e outras disciplinas que contribuam para a prática especializada» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.20) e na interpretação, organização e divulgação de dados provenientes da evidência científica, constituindo esta também uma das competências do Enfermeiro Especialista em SIP definidas pela OE.

Alicerçado à formação Promover a Resiliência na Criança/Família, já anteriormente citada, surgiu a apresentação do Programa com o mesmo título (consultar apêndice G). O referido Programa surge como um documento que oferece orientações para a prática de enfermagem no âmbito da promoção de resiliência na criança/família, entendendo-a como promotora de saúde e com forte potencial na maximização da adaptação da criança/família aos seus problemas de saúde. A resiliência

«...trata-se de um conceito valioso, especialmente em termos de promoção de saúde, que ajuda a compreender porque algumas pessoas expostas a situações com elevado potencial de risco são capazes de enfrentá-las bem e outras em situações semelhantes não conseguem responder da mesma maneira» (SILVA [et al], 2009, p.93).

Neste programa é sugerido a sistematização da avaliação e intervenção familiar, uma vez que segundo FIGUEIREDO (2009, p.268) a avaliação familiar surge «...como uma possibilidade de direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar» indo de encontro à ideologia da promoção de resiliência. Recorre-se então a alguns instrumentos de avaliação quer sugeridos pelo MDAIF como disponíveis na aplicação informática, MedicineOne. Uma vez que, no referido programa é preconizada a sistematização da avaliação e intervenção familiar, foram desenvolvidas competências no âmbito da optimização do processo de cuidar, especificamente na intervenção para melhorar a informação no processo de cuidar, nos diagnósticos, na variedade de soluções eficazes, definidas pela OE como competência do Enfermeiro Especialista em SIP. Com a elaboração do programa foi também possível o desenvolvimento de competências no que respeita a «...concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de cuidados» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p. 13) e também a «...procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.21).

No programa, para além da sistematização da avaliação familiar, encontram-se também definidas acções promotoras de resiliência agrupadas por faixas etárias. Estas podem ser consideradas estratégias de apoio as quais os enfermeiros, através da partilha e ensinamentos aos pais, promove o envolvimento dos mesmos encarando-os como cuidadores promotores de resiliência. Considera-se assim, que o programa construído vai de encontro à filosofia de cuidados de Casey (1988), uma vez que se preconiza uma verdadeira parceria de cuidados

através do reconhecimento das competências parentais e da importância da colaboração dos mesmos na prestação de cuidados de saúde à criança.

A aplicação do referido programa está preconizada para a consulta de saúde infantil e juvenil bem como para a consulta de saúde materna. A aplicação do mesmo constitui um recurso com potencial de resposta às fragilidades e problemas apresentados no Diagnóstico Social de Concelho de Sesimbra já anteriormente mencionados bem como aos indicadores estabelecidos para atribuição de incentivos financeiros para a USF (consultar apêndice H).

Por forma, a tornar o programa supracitado exequível, foi ainda necessário a construção de um suporte auxiliar para avaliação familiar e conseqüente diagnóstico. Esta necessidade surgiu uma vez que a aplicação informática MedicineOne não dispunha ainda de parametrização CIPE. Afim de suprimir esta lacuna temporal, foi elaborado em suporte papel plastificado (consultar apêndice I) os itens correspondentes à avaliação, diagnósticos e intervenções familiares, sustentado no MDAIF com validação da autora do modelo, que durante a consulta são assinalados e posteriormente inseridos na aplicação informática.

Todas as actividades até aqui mencionadas foram desenvolvidas com o intuito de oferecer resposta ao primeiro objectivo definido para este módulo, recordando o mesmo - *desenvolver competências de avaliação e intervenção familiar com vista à promoção de resiliência na criança/família, no circuito da USF.*

No que concerne ao segundo objectivo - *desenvolver competências na assistência à criança/família na maximização da sua saúde, na consulta de Saúde Infantil e Juvenil* – as principais actividades desenvolvidas centraram-se na observação/participação na prestação de cuidados na consulta de saúde infantil e juvenil bem como, na reflexão acerca do papel do Enfermeiro Especialista em SIP neste contexto.

Quer a observação como a prestação directa de cuidados no contexto da consulta de saúde infantil e juvenil permitiu desenvolver competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, especificamente na avaliação do «...crescimento e desenvolvimento da criança e jovem» bem como na transmissão das «...orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.23). Afirme-se o desenvolvimento destas competências pela sistematização da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança através da utilização da Escala de Mary-Sheridan durante as consultas. Para além da pesquisa realizada relativa à utilização da escala referida tornou-se também importante, para o desenvolvimento das competências supramencionadas, a análise do Plano Nacional de Saúde para 2004/2010, especificamente o Programa Tipo de Actuação para a Saúde Infantil e Pediatria.

As orientações antecipatórias dirigidas às famílias, supracitadas, foram encaradas, neste percurso de desenvolvimento de competências, como promotoras de resiliência uma vez que, se promove o desenvolvimento das competências parentais. O conceito de competência relaciona-se com o constructo resiliência, pois segundo DELL'ALGIO, KOLLER e YUNES (2006, p.215) a competência é entendida como o «...sucesso diante de tarefas de

desenvolvimento prevista para uma pessoa de determinada idade, género, no contexto da sua cultura, sociedade e época», estando neste caso específico relacionado com o assumir o papel parental.

Ao longo do módulo I a reflexão acerca do papel do Enfermeiro Especialista em SIP nos contextos das Unidades de Saúde Familiar foi constante. O mote para esta reflexão proveio do enunciado na alínea b), do artigo 7º, do Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril, os enfermeiros que deverão integrar as Unidades de Saúde Familiar deverão ser «...enfermeiros, preferencialmente com diferenciação em saúde pública ou saúde comunitária».

Por sua vez, os Enfermeiros Especialistas em SIP, aos quais se reconhecem as competências de assistência à criança/Jovem e família visando a maximização da saúde, o cuidar nas situações de especial complexidade e a prestação de cuidados específicos em concordância com o ciclo vital e desenvolvimento da criança/jovem, *Que papel assumem nas Unidades de Saúde Familiar?*, ou melhor, *Que contributos poderão oferecer à comunidades à qual prestam cuidados nestes contextos?* Se já existe um enfermeiro de família que presta cuidados de saúde à família, o que inclui a criança/jovem, *que diferença existe nos cuidados de enfermagem se este Enfermeiro de família for Especialista em SIP?*

O Enfermeiro Especialista em SIP pode constituir uma vantagem na prestação de cuidados a estas famílias, uma vez que, poderá responsabilizar-se pela prestação de cuidados à criança/jovem e família em que a sua condição de saúde/doença exija cuidados de enfermagem especializados, quer na promoção e desenvolvimento da parentalidade quer na assistência à criança/jovem ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, assumindo os casos de especial complexidade. O Enfermeiro Especialista em SIP, que apesar de, enquanto enfermeiro de família nestes contextos, prestar cuidados globais quer ao nível da saúde do idoso, saúde materna, entre outros, torna-se elemento de referência na sua área de especialização.

Surge então uma nova questão, *Poderá existir concomitantemente Enfermeiro de Família e o Enfermeiro Especialista em SIP nas Unidades de Saúde Familiar?*

O Enfermeiro Especialista SIP não vê nestes contextos alteração no seu alvo de intervenção, mas sim uma ampliação do mesmo, devendo encarar este factor como promotor no desenvolvimento de competências na assistência à criança/Jovem e família, pois, e segundo o enunciado na alínea e), do artigo único da Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro, «...a USF deve ser um espaço de formação e inovação. O desenvolvimento profissional contínuo dos seus elementos é um requisito indispensável para o seu sucesso e para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados...».

De uma forma geral, os objectivos definidos para o módulo foram atingidos com ganhos significativos na aprendizagem e aquisição de competência do Enfermeiro Especialista em SIP. Reconhece-se ainda os contributos, resultantes do trabalho realizado, para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados na USF do Castelo, principalmente pela formação

realizada no âmbito da avaliação e intervenção familiar quer para a promoção de resiliência na criança/família. Apesar destes contributos não terem sido alvo de validação científica, os mesmos foram validados informalmente pelo feedback dos enfermeiros e pela sua participação nas actividades realizadas.

Segue-se o capítulo dois no qual serão abordadas as actividades e competências desenvolvidas no contexto da UUP.

## Capítulo dois - A urgência de um cuidar urgente

Este capítulo intitula-se a urgência de um cuidar urgente por de certa forma retratar o ambiente vivenciado na UUP, quer pelas situações em que a criança necessita de cuidados urgentes quer pela imperatividade das intervenções de enfermagem *urgentes*.

No decorrer deste capítulo é realizada uma breve contextualização da UUP, são apresentados os objectivos definidos para este módulo e as actividades desenvolvidas para o atingir dos mesmos. São ainda referenciadas as principais competências do Enfermeiro Especialista em SIP desenvolvidas bem como os contributos para o contexto, dos quais se destaca a elaboração de uma folha de articulação.

### 1. Unidade de Urgência Pediátrica

A Unidade de Urgência Pediátrica tem como principal objectivo «...dar resposta rápida no atendimento de situações de risco para a saúde e vida das crianças» (UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA, 2008, p.2). Por forma a garantir um atendimento rápido e adequado a cada situação está implementada a triagem de enfermagem. Nesta «...o enfermeiro avalia a situação de saúde da criança/família, estabelece prioridade no seu atendimento, efectua o encaminhamento mais adequado à sua situação e realiza os respectivos ensinamentos» (UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA, 2008, p.2).

Além da existência da sala de triagem, na qual fica um enfermeiro responsável pela mesma, existe também o enfermeiro responsável pela sala de tratamentos e sala de aerossóis e um enfermeiro responsável pela Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), cujos conteúdos funcionais se encontram devidamente normalizados.

### 2. Percurso de construção

O módulo III decorreu no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, sendo que no período de 27 de Setembro a 22 de Outubro decorreu na UUP, com uma carga horária de 90 horas.

Foram então definidos para o módulo III – UUP, na fase de projecto os seguintes objectivos:

- **Desenvolver competências na promoção de resiliência na criança/família através da articulação de cuidados;**
- **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/família, na triagem de enfermagem.**

Estes objectivos decorrem dos objectivos gerais apresentados e foram definidos com o intuito de desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em SIP no domínio da assistência à criança e jovem e família, na maximização da sua saúde bem como na prestação de cuidados à criança / jovem e família nas situações de especial complexidade.

A definição do primeiro objectivo decorre da necessidade de assegurar a continuidades de cuidados à criança/família após o episódio de urgência. Esta continuidade assume forma através da articulação de cuidados, que por sua vez se encontra relacionada com a temática em abordagem, a promoção da resiliência, já evidenciada no capítulo 3 na parte I.

No que respeita ao segundo objectivo, este encontra alicerces no próprio plano de estudos da UCP e directrizes subsequentes em que é imperativo a prestação directa de cuidados à criança/família. Este vai ainda ao encontro das necessidades específica de aprendizagem da autora uma vez que a mesma, ao longo do seu percurso, quer académico quer profissional não teve oportunidade de desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/família em contexto de triagem.

## 2.1 Diagnóstico de situação

Os objectivos específicos supracitados foram apresentados e discutidos, numa reunião informal com a enfermeira orientadora e enfermeira Chefe, no que concerne à sua pertinência e exequibilidade para o contexto da UUP, obtendo a aprovação total dos mesmos. Realizaram-se ainda outras reuniões informais, também com a equipa de enfermagem, para discussão detalhada no que respeita ao primeiro objectivo relativo à articulação de cuidados. Destas reuniões e decorrente da observação informal dos cuidados prestados à criança/família e da leitura de normas e procedimentos relativos à articulação de cuidados na UUP conclui-se que a articulação de cuidados com os recursos de saúde e da comunidade era pouco implementada. Apesar de existir no serviço uma folha destinada para a esta articulação, na opinião expressa pela equipa esta não se encontrava actualizada. Assim, decidiu-se realizar a *re-construção* da folha de articulação.

No que concerne ao segundo objectivo, o mesmo foi aceite pela enfermeira orientadora e enfermeira Chefe por as mesmas considerarem pertinente o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados à criança/família na triagem.

## 2.2 Actividades/Competências desenvolvidas

Decorrente do supracitado, e reconhecendo a avaliação familiar como ponto fulcral na articulação de cuidados foi realizado um diagnóstico de necessidades formativas (consultar apêndice J) sobre a temática. Optou-se por esta temática uma vez que esta era omissa na folha de articulação já existente. Da análise aos questionários constatou-se que a maioria dos inquiridos já teve formação na temática avaliação e intervenção familiar e que consideram na sua totalidade a referida temática importante nos cuidados de enfermagem. Contudo, a maioria da equipa não recorre à avaliação familiar na sua prática de cuidados e desconhece algum modelo de enfermagem que a sustente. No que confere aos aspectos relativos à própria formação, a equipa sugeriu que esta abordasse aspectos específicos do MDAIF, conceito de família e o constructo resiliência.

Decorrente do diagnóstico de situação e por forma a responder ao primeiro objectivo delineou-se como principais actividades a realização de uma folha de articulação e a formação com foco nos aspectos sugeridos pela própria equipa.

Uma vez que, no CHS existe um grupo de enfermeiros que se encontra a elaborar uma folha de articulação de cuidados em parceria com os Centros de Saúde com base no MDAIF, optou-se por reunir com alguns elementos deste grupo para apresentação do projecto e discussão da possibilidade de se introduzir essa mesma folha no contexto da UUP, indo de encontro à actividade proposta. O grupo considerou que seria vantajoso, uma vez que se iriam introduzir conceitos fulcrais na avaliação e intervenção familiar, e disponibilizou a folha de articulação que apenas aguardava validação por parte da autora do MDAIF. Assim delineou-se que, com a implementação desta actividade, o principal objectivo era a formação da equipa e também a familiarização com o instrumento, permitindo uma melhor adaptação futura aquando a apresentação formal do mesmo. Após realizada uma análise crítica do instrumento nas reuniões com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, considerou-se que folha de Avaliação Familiar para além de constituir um documento muito extenso, não se adaptava à realidade vivenciada na UUP. Estavam decorridas duas semanas do período temporal referido acima, e foi imperativo delinear novas estratégias para dar resposta ao primeiro objectivo. Realça-se aqui o desenvolvimento de competências na gestão de respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.20) e principalmente na negociação de recursos adequados à prestação de cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.19), uma vez que desenvolveu competência na argumentação e discussão do assunto referido bem como a capacidade de agir perante sob pressão encontrando uma solução viável para o *conflito*. A solução passou pela implementação de uma estratégia principal, trabalhar a folha de articulação já existente. Foi então delineado como principais alterações a introdução da linguagem CIPE e a introdução de alguns parâmetros da avaliação familiar, de entre os quais a avaliação do papel parental bem como os recursos da criança/família. Para ambos elaborou-se um documento auxiliar no que respeita aos principais

diagnósticos definidos pelo MDAIF (consultar apêndice K) afim de proporcionar à equipa sustentabilidade teórica para os mesmos e o seu fácil acesso. A folha de articulação elaborada (consultar apêndice L) teve em conta a panóplia de casos com os quais a equipa de enfermagem se depara, optando-se por a mesma permitir a sua utilização sem excepções. Foi possível executar este mesmo princípio através da existência de campos em aberto, tanto na definição dos diagnósticos como dos recursos da família. A elaboração desta folha enquadra a promoção da resiliência na criança/família, uma vez que com a identificação dos recursos familiares potencializam-se os factores protectores da criança/família na situação de especial complexidade oferecendo tanto suporte familiar como comunitário. Assim, esta actividade vai ao encontro do preconizado pela OE no que confere aos padrões de qualidade, definindo que «...as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados» (2001, p.9). Por sua vez, e no que confere à facilitação do suporte comunitário, este também se encontra de acordo com as funções definidas para o enfermeiro da UUP, no que concerne ao «...transmitir a informação necessária, na altura da transferência/alta, de acordo com a situação específica da criança/família», que aqui assume o suporte de carta para o colega Centro de Saúde providenciando assim, «...a visitação à criança/família, estabelecendo contacto com o Centro de Saúde da área de residência, se necessário» (UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA, 2007, p.19). A folha de articulação de cuidados elaborada permite então «...a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.14).

A elaboração desta folha de articulação de cuidados encontra fundamento também no modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, no que respeita ao papel do enfermeiro em pediatria, especificamente ao encaminhamento, que segundo MONTEIRO (2003, p.92) «...o modelo de parceria preconiza que poderá haver necessidade de recorrer a outros profissionais, de modo a obter a reabilitação e recuperação da saúde da criança, com o envolvimento dos pais».

Alicerçado a todo este percurso, para além das reuniões com a enfermeira Chefe e enfermeira orientadora, a discussão informal com os elementos da equipa conferiu sustentabilidade a todo este processo, tendo envolvidos os mesmos no processo de tomada decisão, promovendo desta forma um ambiente positivo e favorável à prática (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.19).

No que respeita ao processo formativo (consultar apêndice M) desenvolveram-se competência na adequação do mesmo às características da equipa bem como à sua disponibilidade. Desta forma, e apesar de estar planeado um momento formal de formação, esta assumiu outras formas e contextos. Destaca-se a formação realizada nas passagens de turno bem como nos momentos de disponibilidade da equipa no decorrer dos turnos, assumindo a forma de discussão e reflexão sobre a articulação de cuidados e na aplicação de «...estratégias de motivação da equipa para o desempenho diferenciado» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.19). Contíguo a todo o processo formativo foi disponibilizado a toda a

equipa de enfermagem, em formato de dossier e suporte informático, uma colectânea de textos (consultar apêndice N) sobre o constructo resiliência e avaliação familiar, contendo artigos científicos seleccionados pela sua pertinência para a prestação de cuidados à criança/família bem como a actualidade dos mesmos. Considerou-se pertinente a realização desta actividade por «...rentabilizar as oportunidades de aprendizagem» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.20) da equipa de enfermagem.

Abordando agora o segundo objectivo delineado para este módulo, recordando o mesmo - *desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/família, na triagem de enfermagem* – especifica-se aqui a triagem uma vez que no decorrer deste estágio, este foi o local no qual se desenvolveram conhecimentos e habilidades fulcrais à prestação de cuidados à criança/família em situações de urgência. Quando muitas vezes se refere *ser Enfermeiro Especialista é ter um olhar mais profundo sobre quem cuidamos*, este olhar para além das competências relacionais, comunicacionais entre outras já referenciadas ao longo deste relatório, destaca-se aqui os conhecimentos técnico-científicos necessários para prestar cuidados às crianças que recorrem à urgência. Na triagem, muito antes de um diagnóstico clínico é realizado um diagnóstico de enfermagem e segundo a OE «...a triagem é um processo que permite ao(a) enfermeiro(a) estabelecer prioridades na sua intervenção e encaminhá-la em conformidade com o seu diagnóstico de Enfermagem» (Parecer nº 2/2010, p.2). É então imperativo que o enfermeiro desenvolva competências na observação e avaliação dos sinais e sintomas que a criança apresenta e mesmos na antecipação dos mesmos, pois e segundo Handisydes citado por GOMES (2008, p.42), relativamente ao desafio que se coloca ao enfermeiro da triagem «...não são os doente cujo estado crítico é visível que constituem o maior desafio para o enfermeiro da triagem. O verdadeiro desafio está em reconhecer pistas subtis de um problema grave, que pode deteriorar-se rapidamente, se não for tratado de imediato». Desta forma, ao longo da experiência vivenciada na triagem da UUP, desenvolveram-se competências na observação da criança/família mobilizando conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.22). Reconhece-se ainda a necessidade de consolidação desta mesma competência uma vez que as vivências neste sentido foram limitadas quer pelas situações experienciadas quer pelos limites temporais.

De uma forma geral, os objectivos definidos para o módulo foram atingidos com ganhos significativos na aprendizagem e aquisição de competência do Enfermeiro Especialista em SIP, com especial ênfase na gestão de resposta de elevada adaptabilidade como na mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação rápida de foco de instabilidade da criança.

São ainda identificados contributos na melhoria de cuidados prestados à criança/família no contexto da UUP, no que concerne à efectivação de uma articulação de cuidados, pela construção de uma folha com esse mesmo intuito. Apesar destes contributos não terem sido

alvo de validação científica, os mesmos foram validados informalmente pelo feedback dos enfermeiros e pela sua participação dos mesmos da construção deste instrumento.

No capítulo seguinte são abordadas as actividades e competências desenvolvidas no contexto da UCEN, à semelhança do realizado neste capítulo.

### Capítulo três – Cuidar a fragilidade

Este capítulo intitula-se cuidar a fragilidade por de certa forma retratar o contexto vivenciado na UCEN, quer na fragilidade representada na própria *peessoa* do recém-nascido (Rn) como na fragilidade do *ser país*. Torna-se imperativo nestes cuidados o foco nestas *fragilidades* afim de prestar cuidados de excelência, constituindo o Enfermeiro Especialista em SIP um elemento-chave neste sentido.

No decorrer deste capítulo é realizada uma breve contextualização da UCEN alicerçando-se à mesma o diagnóstico de situação realizado. Por sua vez, são apresentados os objectivos definidos para este módulo e as actividades desenvolvidas para o atingir dos mesmos. São ainda referenciadas as principais competências do Enfermeiro Especialista em SIP desenvolvidas bem com os contributos para o contexto.

#### 1. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

A UCEN constitui uma Unidade de Cuidados Intermédios de Nível II, estando desta forma dotada de capacidade de meios humanos, médicos e de enfermagem, para prestar cuidados a recém-nascidos cuja sua situação de saúde seja considerada instável, mas não grave.

Em termos espaciais, a UCEN tem uma área total de 253m<sup>2</sup>, sendo que a área designada de doentes constitui 42,5 m<sup>2</sup>, composta por duas salas, uma delas possui quatro incubadoras e a outra, seis berços. De salientar, que na área de apoio existe uma sala para os pais, a qual dispõe de poster e folhetos alusivos à temática do Incentivo ao Aleitamento Materno, ao Método de Canguru e aos cuidados gerais ao Rn.

Nesta unidade existem vários projectos com a finalidade de proporcionar uma prestação de cuidados de excelência ao Rn/família. São então exemplos desses mesmos projectos a promoção e incentivo da Técnica de Método Canguru por proporcionar uma maior aproximação dos Rn com os pais, bem como a relação precoce, o incentivo do Aleitamento Materno, por proporcionar a vinculação mãe-filho, existindo uma sala destinada aos pais dos Rn com informações disponíveis em relação à temática, e a Musicoterapia, proporcionando bem-estar com benefícios na diminuição dos níveis de stress. De salientar ainda, a existência de formações dirigidas aos pais com um periodicidade semanal, tendo como principais temáticas a dificuldade respiratória e o engasgamento. As temáticas abordadas são resultado do levantamento das necessidades formativas dos pais realizado pelo próprio serviço.

No que concerne à sua missão dos cuidados de enfermagem esta prende-se com «...o cuidar o Rn/família, assim como no restabelecimento do equilíbrio, saúde e qualidade de vida» (UNIDADE DE CUIDADOS NEONATAIS, 2008, p.3).

## 2. Percurso de Construção

O módulo III decorreu no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, no período de 25 de Outubro a 19 de Novembro decorreu na UCEN. O módulo III teve uma carga horária de 180 horas correspondendo 90 horas ao contexto referido.

Foram então definidos para o módulo III – UCEN, na fase de projecto, os seguintes objectivos:

- **Desenvolver competências de avaliação e intervenção familiar com vista à promoção de resiliência no Rn/família;**
  
- **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao Rn/família nas situações de especial complexidade.**

Estes objectivos decorrem dos objectivos gerais definidos e surgem com o intuito de desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em SIP nos seus três domínios, quer na assistência Rn/família na maximização da sua saúde, na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do Rn/família bem como na prestação de cuidados nas situações de especial complexidade.

A definição do primeiro objectivo decorre da necessidade de avaliar as reais necessidades de cuidados do Rn/família no que concerne à vivência de uma situação de especial complexidade, como é o caso do internamento do Rn. A avaliação e intervenção familiar surgem como bases fulcrais para determinar essas mesmas necessidades.

No que respeita ao segundo objectivo, este encontra alicerces no próprio plano de estudos da UCP e directrizes subsequentes em que é imperativo a prestação directa de cuidados ao Rn/família. Este vai ainda ao encontro das necessidades específicas de aprendizagem da autora uma vez que a mesma, ao longo do seu percurso, quer académico quer profissional não teve oportunidade de desenvolver competências na prestação de cuidados ao Rn/família internado em contexto de uma UCEN.

## 2.1 Diagnóstico de situação

Os objectivos específicos apresentados foram definidos e discutidos, numa reunião informal com a enfermeira orientadora e enfermeira Chefe, no que concerne à sua pertinência e exequibilidade para o contexto da UCEN, obtendo a aprovação total dos mesmos.

Decorrente dos projectos em curso na UCEN, e tendo em conta os limites temporais do referido estágio delineou-se para o diagnóstico de situação a metodologia da observação informal participada para identificação de estratégias promotoras de resiliência. A observação realizada assentou em duas premissas principais. A primeira baseou-se na promoção de amor incondicional como acção promotora de resiliência no Rn, encontrando sustentação teórica no manual de promoção de resiliência de MUNIST [et al] (1998). A segunda premissa assenta em que todas as famílias estão sujeitas a factores de risco, contudo todas elas possuem capacidades e recursos que podem ser mobilizados para fazer frente aos mesmos. Neste intuito a observação informal incidiu em que recursos são mobilizados pela equipa de enfermagem na parceria de cuidados com os pais.

Da análise à observação informal (consultar apêndice O) inferiu-se que, e no que respeita à primeira premissa, que o incentivo ao Aleitamento Materno e o incentivo do Método de Canguru ofereciam estrutura à mesma. No que confere à segunda premissa, a articulação de cuidados realizada com os Centros de Saúde oferecia resposta á mobilização de recursos. Foi também observado a realização dos ensinamentos dirigidos ao pai no que concerne à prestação de cuidados gerais ao Rn, podendo estes ser considerados recursos para os mesmos uma vez que, segundo BARROS e SANI (2010, p. 3199) «...os factores parentais devem ser considerados de particular importância para favorecerem crianças e jovens a tornarem-se resilientes». Assim, definiu-se como actividade a desenvolver a construção de um programa de promoção de resiliência na Rn/família que abrangesse estas mesmas estratégias e introduzisse novas.

No que concerne ao segundo objectivo, o mesmo foi aceite pela enfermeira orientadora e enfermeira Chefe por as mesmas considerarem pertinente o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados ao Rn/família.

## 2.2 Actividades/Competências desenvolvidas

Realizado o diagnóstico de situação referente às estratégias promotoras de resiliência e atendendo ao primeiro objectivo apresentado elaborou-se o programa *Promoção de Resiliência no Recém-nascido/Família* (consultar apêndice P) à semelhança do realizado no módulo I, mas neste caso construído para a especificidade deste contexto de prestação de cuidados. O programa surge como um documento que oferece orientações para intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de resiliência no recém-nascido/família, integrando

este os projectos considerados promotores de resiliência na fase de diagnóstico de situação bem como outras estratégias. Segundo CYRULNIK (2001, p. 43),

«...”fazer nascer” descreve os processos biológicos da sexualidade, da gravidez e do nascimento. Pô-la no mundo implica que os adultos dispõem em redor da criança os circuitos sensoriais e significativos que lhe servirão de suportes de desenvolvimento e lhe permitirão tecer a sua resiliência».

As intervenções sugeridas têm então como alvo três dimensões, o recém-nascido, os pais e a família. No recém-nascido, o programa incide na potencialização dos vínculos afectivos, através da utilização do método de Canguru, o incentivo do aleitamento materno e as massagens ao Rn. É denominador comum a estas estratégias a expressão de afecto. São olhadas sob esta perspectiva de promoção de resiliência por promoverem o amor incondicional através de simples gestos como o olhar, o toque através do acariciar, do suste ao colo...que constituem uma fonte de segurança, tranquilidade e auto-estima para o recém-nascido, pois segundo MUNIST (1998, p. 30) uma das principais premissas para a promoção de resiliência no Rn é «...promover amor incondicional, expressá-lo física e verbalmente, seja abraçando-o, acariciando-o ou usando palavras suaves para acalmar e confortar».

Nos pais, a promoção de resiliência suporta-se no desenvolvimento das competências parentais, através da avaliação, diagnóstico e intervenção sistematizadas, recorrendo desta forma ao MDAIF como sustento teórico-prático. Na família, através da identificação e mobilização dos recursos familiares que podem actuar como factores protectores para o Rn/pais. Com a implementação deste programa o enfermeiro promove a resiliência no Rn/família, actuando o próprio como factor protector desta família uma vez que segundo SILVA [et al] (2009, p.95) «...o papel do profissional é [...] criar oportunidades que possibilitem à família melhorar a sua competência para atender às suas próprias necessidades». Além das competências desenvolvidas, decorrente da elaboração do referido programa, desenvolveram-se competências na utilização de estratégias para promover o contacto físico dos pais/Rn, como é o caso da promoção do aleitamento materno (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.23), que segundo o Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (2008, p.9) «...o sucesso do aleitamento materno pode [...] ser definido pela qualidade da interacção entre mãe e filho, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre mãe e bebé». Desenvolveram-se também competências na facilitação tanto do suporte familiar como no suporte comunitário (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.22). No caso do primeiro, uma vez que o programa sugere a identificação dos recursos familiares que podem constituir factores protectores para o Rn/pais, indo de encontro ao preconizado pela OE no que confere aos padrões de qualidade que definiu, especificamente na defesa de que «...as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados» (2001, p.9). Por sua vez, no que respeita ao suporte comunitário integra este programa uma folha de avaliação familiar (consultar apêndice Q), construída com base o MDAIF com validação da própria autora, que é anexada à folha de articulação de cuidados existente afim de complementar a informação disponibilizada ao

Centro de Saúde, permitindo desta forma «...a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.14).

Alicerçada a esta actividade, realizou-se uma formação para apresentação e discussão do referido programa (consultar apêndice R). Desta apresentação destaca-se a participação activa da equipa de enfermagem na análise à folha de avaliação familiar, que integra o programa elaborado, com sugestões de grande relevância para a exequibilidade da mesma. Procedeu-se então à reformulação da folha após a negociação com a equipa. Este processo formativo foi antecedido por uma apresentação informal do projecto de estágio à equipa de enfermagem. Contíguo ao processo formativo foi disponibilizado a toda a equipa de enfermagem, em formato de dossier e suporte informático, uma colectânea de textos (consultar apêndice S) sobre o constructo resiliência e avaliação familiar, contendo artigos científicos seleccionados pela sua pertinência para a prestação de cuidados à criança/família bem como a actualidade dos mesmos. Considerou-se pertinente a realização desta actividade porque permitiu «...rentabilizar as oportunidades de aprendizagem» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.20).

No que respeita ao segundo objectivo definido, sendo este *desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao Rn/família nas situações de especial complexidade*, realça-se o facto deste contexto constituir total novidade para a autora. Assim, o mesmo permitiu o desenvolvimento de competências, das quais se realça a prestação directa de cuidados ao Rn prematuro. De acordo com VENANCIO e ALMEIDA (2004, p.21) «...estudos recentes demonstraram que as experiências dolorosas no período neonatal podem levar a alterações no desenvolvimento global dos bebés prematuros». Segundo PAPALIA, OLDS e FELDMAN (2001, p.141) «...um bebé com baixo peso à nascença é colocado numa incubadora [...] e alimentado através de tubos». Todas estas experiências podem interferir directamente no crescimento e desenvolvimento do Rn, sendo fundamental que o Enfermeiro Especialista esteja consciente e desperta a equipa para as mesmas. Desenvolveram-se então competências neste mesmo âmbito, da promoção do crescimento, organização comportamental, actividade motora e estado de alerta do Rn (PAPALIA; OLDS; FELDMAN 2001, p.141), através da estimulação dos reflexos de sucção, moro, prensão palmar, marcha automática e babinski, como da própria massagem ao recém-nascido, incentivo do método de Canguru e aleitamento materno. Desta forma demonstraram-se conhecimentos sobre as competências do Rn bem como na promoção de um comportamento interactivo (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.23).

No que concerne aos pais desenvolveram-se competência na promoção do papel parental, mais especificamente no respeito pelas suas necessidades. Segundo PINTO e FIGUEIREDO (1995), estas variam de família para família, pelo que, os profissionais de saúde devem ter a habilidade de a orientar e apoiar no papel parental, numa atitude flexível e individualizada. Segundo FIGUEIREDO (2009, p. 283) «...o nascimento de um filho marca a transição do ciclo evolutivo da família, pela transformação da díade em grupo familiar, de forma permanente. O casal, agora pais, precisa de definir os papéis parentais e adaptar-se à

responsabilidade permanente de serem pais». Desta forma, o grau de participação, a orientação e o ensino dos cuidados ao Rn, depende então das necessidades individuais de cada um (pai e mãe) e, do seu nível de compreensão, devendo os mesmos ser planeados de acordo com essa mesma individualidade.

Realizando-se uma apreciação global a este módulo, e no que respeita ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em SIP infere-se que proporcionou a aquisição e desenvolvimento das mesmas pela prestação directa de cuidados ao Rn/família, considera-se que os objectivos definidos para este módulo foram inteiramente atingidos. Por outro lado, existe a consciência que as competências desenvolvidas são passíveis ainda de grande aprendizagem e consolidação de conhecimentos específicos na prestação de cuidados ao Rn.

Reconhecem-se ainda os contributos na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCEN pela elaboração e implementação do Programa Promover a Resiliência no Rn/família oferecendo este continuidade à filosofia de cuidar deste contexto. Apesar destes contributos não terem sido alvo de validação científica, os mesmos foram validados informalmente pelo feedback dos enfermeiros na formação de apresentação do referido programa.

No capítulo seguinte são abordadas as actividades e competências desenvolvidas no contexto do Serviço de Pediatria, à semelhança do realizado neste capítulo.

## Capítulo quatro – Um novo olhar sob o conhecido

No presente capítulo são abordados os aspectos relacionados com o módulo II que decorreu no Serviço de Pediatria no CHS, E.P.E. É apresentada uma breve descrição sobre o referido contexto bem como o diagnóstico de situação realizado. Posteriormente são descortinadas as actividades realizadas e competências desenvolvidas bem como os contributos para o contexto.

De salientar que o contexto no qual decorreu este módulo constitui o local de trabalho da autora, justificando desta forma o título deste capítulo.

### 1. Serviço de Pediatria

O Serviço de Pediatria encontra-se numa fase inicial de adaptação a uma nova metodologia de trabalho, quer no que respeita à organização dos cuidados por *enfermeiro de referência* quer no próprio processo de enfermagem, com a utilização da aplicação informática SAPE e a utilização de linguagem CIPE. Perante tais mudanças, a reorganização de toda a metodologia de trabalho tem sido constante, com alterações significativas na forma de estar da equipa de enfermagem bem como na própria prestação directa de cuidados à criança/família.

Este contexto assume assim, um método de organização de trabalho assente na filosofia de cuidar de Casey (1988), uma vez que segundo MANO (2002,p.55)

«...a existência de uma enfermeira que estabeleça com a família uma relação de confiança, pode ser uma estratégia de apoio do hospital, minimizando os efeitos da hospitalização, sendo considerado por SIMTH (1995) e CASEY (1993) um dos factores que mais influencia a parceria de cuidados».

O Serviço de Pediatria tem como principal missão «...a, promoção da saúde de todas as crianças, prestando cuidados médicos especializados com respeito pelas suas particularidades ao mesmo tempo que procura estimular o desenvolvimento de todos os seus profissionais» (SERVIÇO DE PEDIATRIA, 2008, p.3).

Imbuído na política de enfermagem institucional, em que se preconiza «...a construção de um contexto de “agir” , que crie condições de transformação de gestão de práticas de cuidados, numa lógica de parceria e de reorganização própria para um “fim” cuidativo de excelência» (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2005, p.2), constitui um contexto potenciador e facilitador no que respeita ao desenvolvimento de competências em prol da procura da excelências do cuidados.

## 2. Percurso de construção

O módulo II decorreu no período de 22 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011, com uma carga horária de 180 horas. Tendo em conta o período referido, foram estabelecidos, na fase de projecto, os seguintes objectivos:

- **Desenvolver competências na promoção de resiliência na criança/família fortalecendo e/ou criando factores protectores, para que a mesma face frente a possíveis situações de risco advindas de um internamento;**
- **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/família nas situações de especial complexidade, com ênfase no processo de comunicação entre o enfermeiro e criança/família;**

À semelhança dos módulos anteriores os objectivos supramencionados decorrem dos objectivos gerais definidos e surgem com o intuito de desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em SIP quer na assistência criança e jovem e família na maximização da sua saúde bem como na prestação de cuidados nas situações de especial complexidade.

O primeiro objectivo surge por forma a maximizar a saúde da criança/família através do fortalecimento e/ou criação de factores protectores para os mesmos. Os recursos de saúde da comunidade podem ser considerados factores protectores para a criança/família internada, pelo que a sua mobilização pode ser encarada como promotora de resiliência.

No que respeita ao segundo objectivo, este encontra alicerces no próprio plano de estudos da UCP e directrizes subsequentes em que é imperativo a prestação directa de cuidados à criança/família. Este vai ainda ao encontro das necessidades específicas de aprendizagem da autora uma vez que coloca ênfase no desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação terapêutica oferecendo continuidade às competências desenvolvidas no módulo III – UCEN.

Durante o decorrer do referido módulo, surgiu ainda a necessidade de definir um outro objectivo decorrente do desafio colocado pelo enfermeiro Chefe – orientação de um aluno da licenciatura em enfermagem. O desafio foi aceite, pelo que existiu necessidade de definir um objectivo abaixo citado:

- **Desenvolver competências na orientação e supervisão de cuidados, garantido a qualidade dos mesmos, bem como o desenvolvimento de competência por parte do aluno;**

## 2.1 Diagnóstico de situação

Os objectivos específicos apresentados foram definidos e discutidos, numa reunião informal com a enfermeira orientadora e enfermeira Chefe, no que concerne à sua pertinência e exequibilidade para o contexto do Serviço de Pediatria, obtendo a aprovação total dos mesmos.

Para além desta reunião, os conhecimentos e experiências vivenciadas enquanto enfermeira no referido contexto tornam-se contributos irrefutáveis para a elaboração do diagnóstico de situação. Alicerçado a estes contributos existia a necessidade de validação da percepção advinda dos mesmos. Assim, optou-se pela aplicação de um questionário relativo à temática *Articulação de Cuidados* (consultar apêndice T), como a metodologia mais ajustada ao contexto, quer temporal como das próprias características intrínsecas do serviço.

Dos resultados obtidos através da análise dos questionários aplicados concluiu-se que a maioria dos inquiridos considera que existe articulação de cuidados no seu local de trabalho, que esta é preferencialmente realizada na transferência inter-hospitalares e em situações de risco, através de carta e contacto telefónico. A maioria dos inquiridos considera que existe o envolvimento da criança/família na articulação de cuidados. No que concerne à existência de um procedimento normativo a maioria dos inquiridos desconhece a existência do mesmo. Por sua vez, os inquiridos consideram muito importante a articulação de cuidados na sua prática profissional. Apontam como aspectos a melhorar a realização de articulação de cuidados a todas as crianças internadas, a reformulação e uniformização da carta de alta/transferência e a melhoria da articulação de cuidados com os Centros de Saúde. Por sua vez, apresentam com estratégia para melhorar a articulação de cuidados a existência de uma norma de procedimento, uma parceria de cuidados com o Centro de Saúde, o envolvimento dos pais e formação sobre a temática.

## 2.1 Actividades/Competências desenvolvidas

Por forma a dar resposta ao diagnóstico de situação realizado foram desenvolvidas actividades das quais se realça a elaboração da norma de procedimento relativa à realização da carta de transferência/alta da criança/família internada (consultar apêndice U). A elaboração deste procedimento proveio da necessidade sentida pela equipa de enfermagem expressa nos questionários relativos ao diagnóstico de situação. Alicerçado a este procedimento normativo, encontra-se a promoção da resiliência, uma vez que implícita à execução deste procedimento as redes de suporte da criança/família são mantidas ou mesmo ampliadas. Segundo SILVA [et al] (2009, p.95) «...a rede de suporte social informal é, habitualmente a fonte principal de recursos [...] o profissional deve investir para consolidar e reforçar a rede de suporte natural da família». Estas redes de suporte constituem verdadeiros recursos para a criança/família,

actuando os mesmos como factores protectores. Os factores protectores segundo Garmezy (1991), citado por ANAUT (2005, p.51) assentam em três pólos «...factores individuais [...], factores familiares [...] e factores de suporte (o professor atento, o técnico de serviço social ou o organismo de serviços sociais)», sendo estes últimos os mobilizados com a implementação do referido procedimento. Subjacente a esta actividade foram desenvolvidas competências no que concerne ao planeamento de programas de melhoria dos cuidados, especificamente na identificação de oportunidades de melhoria e na normalização de soluções eficazes e eficientes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.17), salientando-se ainda a melhoria da acessibilidade da criança/família ao cuidados de saúde uma vez que se preconiza um trabalho em parceria com os agentes da comunidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.21). Decorrente desta actividade, foi criada ainda uma aplicação informática para registo da articulação de cuidados (consultar apêndice V) efectuada afim de se produzir evidência dos cuidados prestados no sentido da articulação dos cuidados. Ficou estabelecido com a equipa de enfermagem o tratamento de dados proveniente desses registo semestralmente e a elaboração de um artigo científico anualmente com intuito de produzir evidência científica. O objectivo desta actividade, para além do mencionado, consiste em participar e promover a investigação em serviço, motivando a equipa de enfermagem neste sentido e tornando-a consciente das implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Baseado nesta mesma perspectiva foi também elaborado um impresso para a articulação dos cuidados com instituições (consultar apêndice W) que acolhem criança em risco. Este tem como objectivo principal permitir o fluxo de informação do padrão habitual das actividades de vida da criança, de forma a permitir a continuidade do mesmo. Todas estas actividades, ainda durante o decorrer do estágio foram colocadas em prática, uma vez que a filosofia das mesmas foi de encontro à política de enfermagem da instituição em que se preconiza «...o fortalecimento das redes de suporte entre serviços e instituições prestadora de cuidados, num processo de mudança reconhecido como potenciador da continuidade de cuidados» (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2005, p.1).

Alicerçados a estas actividades, e no final deste módulo realizou-se uma formação por forma a serem discutidos os resultados obtidos na fase de diagnóstico de situação e apresentada a norma de procedimento bem como a importância da articulação de cuidados numa perspectiva promotora de resiliência (consultar apêndice X). Este processo formativo foi antecedido por momentos de discussão com alguns elementos da equipa de enfermagem para validação da própria norma como discussão dos cuidados prestados no que concerne à articulação de cuidados. Estes tornaram-se preciosos no sentido em que permitiram a reflexão da prática de cuidados bem como a rentabilização de oportunidades de aprendizagem.

Ainda referente ao primeiro objectivo apresentado neste módulo, desenvolveu-se uma outra actividade, também ela potencialmente promotora de resiliência na criança/família, a proposta da *Hora da Família*. Esta proposta consiste na visita dos irmãos à criança internada no Serviço de Pediatria, com um horário das 18h30 às 19h30, ficando o enfermeiro responsável por decidir se a criança internada ou mesmo o irmão reúnem condições para a

referida visita. A hospitalização da criança/família constitui uma situação de adversidade para a família pois agrega uma complexidade de factores de risco quer psicológicos, sociais, financeiros, entre outros. A intervenção junto da criança/família neste contexto não poderá negligenciar a existências destes mesmos factores de risco e desta forma deverão ser planeadas intervenções que ajudem a família a lidar e mesmo ultrapassar as situações de adversidades decorrentes do internamento. Os efeitos da hospitalização da criança/família têm sido amplamente estudados por as mais diversas disciplinas do saber, concluindo-se destes estudos a necessidade de prestar cuidados centrados na família. Contudo, centrar os cuidados na família não se traduz apenas na prestação de cuidados aos e com os pais, mas também na prestação de cuidados aos restantes elementos da família. Segundo DÓREA (2010, p.103), «...os irmãos continuam sendo excluídos do olhar da equipa de saúde e são, ainda “crianças esquecidas». CAVICCHIOLI (2005, p.110) evidencia o benefício do envolvimento dos mesmos, quando afirma que «...o envolvimento dos irmãos no tratamento [...] oferece um resgate à auto-estima de todos os integrantes da família...». Desta forma, foi proposto ao Serviço de Pediatria o estabelecimento de uma hora específica para a visita dos irmãos, uma vez que a realidade deste contexto permite apenas a visita a crianças com idade superior a 12 anos. Esta proposta assumiu o formato de carta (consultar apêndice Y) dirigida ao Enfermeiro Chefe, Director do Serviço, Direcção de Enfermagem e Concelho de Administração do referido contexto. Durante o período de estágio obteve-se resposta positiva à proposta por parte do Enfermeiro Chefe e Director do Serviço. De salientar que anexa à carta surge uma breve fundamentação com base em estudos de investigação e pareceres de peritos acerca dos benefícios da visita dos irmãos à criança internada, afim de contextualizar a proposta. Considera-se esta proposta promotora de resiliência uma vez que implementa a coesão familiar e segundo BARROS E SANI (2010, p. 3195), em relação a um grupo de crianças consideradas resilientes, «...o relacionamento familiar [...] coeso, cooperativo, com ausências de conflitos marcantes, favorece o suporte e perspectivas positivas da vida».

No que respeita ao segundo objectivo definido, referente ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à criança em situações de especial complexidade, e uma vez que este módulo desenvolveu-se em contexto de trabalho, muitas destas competências já são consideradas adquiridas. Afirma-se a aquisição destas competências assente na ideologia de que, e segundo BENNER (2001, p.32) «...a experiencia é [...] necessária para a perícia» e LE BOTERF (2010) acrescenta, quanto à noção de competência, que ser competente não é possuir o saber ou o saber fazer, mas saber mobilizá-los numa determinada situação. O mesmo autor acrescenta ainda que a competência não reside nos recursos mobilizáveis, mas na própria mobilização dos mesmos, traduzindo desta forma o ocorrido neste módulo.

Contudo, identificou-se a necessidade de desenvolver competências no que concerne às técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família, encontrando-se subjacente «... a procura constante da empatia nas interacções com o cliente» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.11). Neste intuito foram desenvolvidas actividades que se prenderam

com interações com a criança/família. Segundo VIEIRA (2008, p.118) «...o cuidado tem também uma componente racional que considera e atende os sentimentos e necessidades dos outros, evitando a destruição da reciprocidade», é nesta perspectiva de reciprocidade que assentou o desenvolvimento destas competências. A comunicação terapêutica, tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente (ATKINSON & MURRAY, 1989). Esta é verdadeiramente experienciada através da utilização de técnicas de comunicação (RILEY, 2004), das quais se destacam: a validação consensual, a clarificação, o silêncio, o escutar e a focalização. Inicialmente, e abordadas de forma superficial, parecem técnicas de simples execução contudo, e estudadas e experienciadas aprofundadamente consciencializa-se que a comunicação terapêutica, e especificamente as técnicas mencionadas requerem treino e reflexão. Durante o módulo II, além das interações realizadas com a criança/família, elaborou-se uma breve reflexão sobre esta temática assumindo-se que se desenvolveram competências no conhecimento das técnicas de comunicação e na necessidade destas competências exigirem treino afim de atingir a excelência dos cuidados. Reconhecem-se assim os recursos e limites pessoais e profissionais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.20) no que concerne a esta temática.

Por fim, e no que respeita ao último objectivo delineado para este módulo, correspondendo o mesmo à orientação e supervisão dos cuidados através da tutoria de um aluno da licenciatura, e uma vez que esta situação não é de toda novidade, a principal competência desenvolvida foi de encontro à identificação das necessidades específicas de aprendizagem do aluno bem como à utilização de estratégias para superação das dificuldades demonstradas e sentidas pelo mesmo. Segundo BELLODI (2005) «...a tutoria é uma modalidade especial de relação de ajuda em que, essencialmente, uma pessoa mais experiente acompanha de perto, orienta e estimula, a partir da sua experiência, conhecimento e comportamento, no caminho do desenvolvimento pessoal e profissional». Indo ao encontro desta definição contribuíram para a tutoria do aluno a utilização de técnicas de comunicação já supramencionadas, como a validação com o aluno das suas necessidades e dificuldades identificadas, bem como o escutar o mesmo tentado ambos, desenhar as melhores estratégias por forma a responder a essas mesmas necessidades e dificuldades. Destaca-se ainda a constante motivação do aluno no sentido do desenvolvimento da destreza das intervenções, das habilidades do cuidar e principalmente na fundamentação dos cuidados. Investiu-se neste sentido por forma a criar no aluno um espírito crítico-analítico dos cuidados prestados, reforçando a necessidade do questionamento do *porquê* dos mesmos. As técnicas utilizadas neste processo de supervisão de cuidados encontram suporte teórico nos cenários de supervisão definidos por ALARCÃO e TAVARES (2003) como a aprendizagem pela descoberta guiada, psicopedagógico, reflexivo e cenário dialógico.

Realizando-se uma apreciação global a este módulo, e no que respeita ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em SIP infere-se que

proporcionou a aquisição e desenvolvimento das mesmas pela partilha da reflexão dos cuidados com a equipa de enfermagem bem como com o aluno. Considera-se ainda que se produziram ganhos significativos em saúde para a criança/família, especificamente na articulação de cuidados bem como na criação de um horário específico para a visita dos irmãos. Desta forma considera-se que objectivos definidos para este módulo foram inteiramente desenvolvidos.

## PARTE III – UMA CONSTRUÇÃO SEM FIM

### Capítulo um – Um novo *cuidar*

Neste capítulo são abordadas as principais competências desenvolvidas ao longo deste percurso bem como a implicação das mesmas para construção deste *novo cuidar*, o cuidar do Enfermeiro Especialista em SIP. Por sua vez, também são descritos os possíveis desafios futuros advindos do desenvolvimento destas mesmas competências.

#### 1. Desafios Futuros

Com o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da gestão da qualidade, no domínio da gestão de cuidados, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais quer no domínio do Enfermeiro Especialista em SIP no percurso de aprendizagem descrito neste relatório, é imperativo pensar *que mudanças se adinham na prática de cuidados à criança/família?*

Certamente que uma prática de cuidados sustentada na evidência científica, uma prática de cuidados consolidada nos referenciais profissionais existentes – REPE, CDE, enquadramento conceptual, padrões de qualidade e a definição de competências do Enfermeiro Especialista – uma prática de cuidados com foco na criança/família visando a maximização da sua saúde.

Segundo SILVA (2007, p.15),

«...as crianças são o futuro. Estarão todas as mães e pais minimamente preparados para ser mãe/pai? Mães/pais Adolescentes? Toxicodependentes? Com problemas de alcoolismo? O exercício do papel parental requer competências. Ajudar as mães/pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental parece-nos constituir uma dimensão pró-activa e construtiva dos sistemas de fornecimento dos cuidados de saúde».

É segundo esta perspectiva pró-activa e empreendedora que se assume o papel de Enfermeiro Especialista em SIP. Crente que todas as famílias possuem recursos próprios por forma a superar as adversidades que surgem ao longo do ciclo vital familiar, surge o Enfermeiro Especialista em SIP como parceiro do cuidar a criança/família. LAZURE (1994, p.13) salienta que para «...poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e

acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver».

A implementação de uma *verdadeira* parceria de cuidados constitui por si só um dos maiores desafios. Segundo a filosofia de cuidados de Casey, é fulcral centrar os cuidados na criança/família e que os mesmos sejam negociados, conferindo-lhes poder na tomada de decisão através da efectivação de uma relação terapêutica (MANO, 2002, p.55). O REPE reconhece a importância da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem ao mencionar, na alínea 2 do artigo 5º, que os «...cuidados de enfermagem são caracterizados por [...] estabelecerem uma relação de ajuda com o utente». Constitui-se assim um outro desafio, o cuidar assente numa relação de ajuda com a utilização de técnicas de comunicação terapêutica.

Constituirão também desafios as mudanças demográficas, as alterações do Sistema de Saúde, o aumento da complexidade dos cuidados quer pela sofisticação tecnológica quer pelo acesso à informação por parte da criança/família. Segundo VIEIRA (2008, p.123),

«...através da internet, o cidadão normal tem hoje acesso a informação que antes só estava disponível para profissionais de saúde. Clientes bem informados estão mais interessados na manutenção e promoção da sua saúde e procuram cada vez práticas alternativas aos cuidados tradicionais».

São todos estes desafios que futuramente, os profissionais de enfermagem e principalmente os enfermeiros especialistas, terão de se adaptar e responder às necessidades específicas de quem cuidam. Constituem estratégias fulcrais para essa mesma adaptação um investimento numa prática de cuidados baseada na evidência científica, na aposta da aprendizagem ao longo da vida profissional com uma actualização permanente e na produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

## CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório permitiu descrever o percurso vivenciado nos diferentes contextos de estágio no que concerne aos objectivos definidos e actividades realizadas, à identificação das metodologias e recursos utilizadas por forma a desenvolver essas mesmas actividades e na identificação das competências desenvolvidas no âmbito da especialidade na área de SIP. Permitiu também reconhecer e reflectir acerca do impacto de todo o processo formativo vivenciado na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família. Desta forma, os objectivos inicialmente traçados para o presente relatório consideram-se atingidos.

No que respeita ao percurso vivenciado considera-se que o referencial teórico no que consta à filosofia de cuidados de Anne Casey (1988) e MDAIF de Figueiredo (2009) permitiram o desenvolvimento de actividades fundamentadas com pertinência quer para o exercício de enfermagem na área de especialidade de SIP quer para uma prestação de cuidados à criança/família promotora de resiliência.

A promoção de resiliência como uma das principais linhas orientadora do trabalho realizado permitiu também o desenvolvimento de actividades com foco nos factores protectores encarados como potencializadores de saúde da criança/família na procura da maximização da saúde dos mesmos. Reconhece-se assim, o papel do Enfermeiro Especialista em SIP na criação de oportunidades que permitam à criança/família o desenvolvimento de competências na identificação e mobilização dos factores protectores de que dispõem, criando condições para que construam uma trajectória de vida saudável.

Afirma-se que as actividades desenvolvidas permitiram cumprir integralmente os objectivos inicialmente traçados, readaptando-se a sua implementação aos distintos contextos nos quais decorreu o estágio, permitindo desta forma o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em SIP.

Das competências desenvolvidas destacam-se, na gestão da qualidade, a concepção e gestão de programas de melhoria contínua da qualidade através da elaboração de programas promotores de resiliência na criança/família, no domínio da gestão de cuidados, na adaptação do estilo de liderança ao clima organizacional favorecedor de melhores respostas das equipas de enfermagem através da implementação e organização dos processos formativos de acordo com a individualidade de cada equipa e no domínio das competências do Enfermeiro Especialista em SIP na mobilização de conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à criança/família no diversos contextos. Por sua vez, e no domínio do desenvolvimento das

aprendizagens profissionais, desenvolveram-se competência no âmbito da consciência própria de si através do reconhecimento dos limites pessoais e profissionais.

Salienta-se ainda os contributos no que concerne à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família com a implementação das várias actividades documentadas ao longo deste trabalho. Destaca-se a elaboração de programas promotores de resiliência dirigidos à criança/família nos quais se veicula a avaliação e intervenção familiar sistematizada bem como a articulação de cuidados. Nos contextos para além destes programas ficaram também os instrumentos que lhes dão forma. Reconhece-se que tantos os programas como os instrumentos elaborados necessitam de validação na prática de cuidados, quer para os enfermeiros quer para a criança e família, constituindo desta forma uma limitação ao trabalho desenvolvido. Contudo, seria interessante essa mesma validação através da aplicação de questionário e/ou entrevista dirigidas aos enfermeiros e à criança/família com o intuito de tornar estes programas mais exequíveis e por forma a atenderem às necessidades específicas da criança/família.

Destaca-se ainda o facto de que, ao longo dos módulos II e III, que decorreram na mesma instituição, CHS, ter sido trabalhada a articulação de cuidados com contributos significativos não só para os serviços em questão mas também para a própria instituição no que respeita a esta temática. Seria ainda interessante reunir os contributos deixados em cada um dos serviços por forma a uniformizar procedimentos e instituir um *cuidar* com ênfase na mobilização dos recursos de saúde da comunidade, cuidando sob uma abordagem orientada para a resiliência.

Por fim, realça-se como um dos principais contributos para os contextos, a introdução de um novo constructo na prática de cuidados de enfermagem dos mesmos, a resiliência. Destaca-se como um dos principais contributos por ilustrar que a *teoria* está ao alcance da *prática*, ou seja, ao longo deste percurso foi possível a *operacionalização* do constructo resiliência na prática de cuidados de enfermagem.

Conclui-se assim, que foram atingidos ganhos significativos na aprendizagem e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria bem como ganhos na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família nos diversos contextos, com a perspectiva que desafios futuros irão surgir e permitir a continuidade ao desenvolvimento de competências assim como à melhoria da qualidade dos cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. – *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ªed. Coimbra: Almedina, 2003. ISBN 9789724018522.

AMARAL, Nádea Margarida Ferreira – *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados: a visão das enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Prof Maria do Céu Barbieri de Figueiredo e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

ANAUT, M. – *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. 1ªed. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 9727961436.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M.E. – *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. ISBN 9788522603282.

AZEVEDO, Carlos A. Moreir; AZEVEDO, Ana Gonçalves – *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2008. ISBN 9789725402122.

BARROS, Daniela; SANI, Ana Isabel – *Coping e Resiliência em Crianças Vítimas de Abuso Sexual*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, 2010.

BELLODI, P. – *Tutoria, mentoring na formação médica*. 1ªed. São Paulo: Casa do Pedagogo, 2005. ISBN 8573964014.

BENNER, Patrícia – *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972853597-X.

BILRO, M.E.S.– *Articulação de cuidados. Enfermagem Oncológica*. 1ª ed. Coimbra, Formassau, 2004 p.195-200.

CAVICCHIOLI, Aline Cristiane – *Câncer Infantil: as vivências dos irmãos saudáveis*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública orientada pela Prof. Lucila Castanheira Nascimento e apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, inserida na linha de pesquisa: "assistência à criança e adolescente" em 2005.

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - *Política de Enfermagem*. Dossier de Políticas e Procedimentos sectoriais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Setúbal: 2005.

COLLÈRE, Marie Françoise – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 9729542007.

DECRETO - LEI n.º 81/2009 - *Enquadramento, Organização e Funcionamento da Unidade de Saúde Pública: D.R.: I Série 65 (09-04-02) p. 2058 - 2062*.

DECRETO - LEI nº161/96 – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: D.R.: I Série A 205 (96-09-04) p. 2959-2962*.

DECRETO - LEI nº298/2007 – *Regime Jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar: D.R.: I Série 161 (07-08-22) p. 5587-5596*.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; KOLLER, Sílvia Helena; YUNES, Maria Angela Mattar – *Resiliência e Psicologia Positiva, Interfaces do Risco à Protecção*. 1ª ed. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2006. ISBN 8573964413.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Plano Nacional De Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004, Vol II: Orientações Genéricas.

DÓREA, Andreia de Amorim – *Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatias congénitas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia orientada pelo Prof. Avelino Luiz Rodrigues apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de São em 2010.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem orientada pela Prof. Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto em 2009.

GILLESPIE, Brigid M., WENDY, WALLIS, Marianne – Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*. 25:1-2 (May - June, 2007) 124 -135.

GOMES, Ana Marques – A importância da resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência: o papel dos profissionais da educação/reabilitação. *Saber (e) Educar*. 11 (2006) 9-71.

GOMES, Cristina Filipa Pinheiro – *Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente*. Monografia de Licenciatura em Enfermagem apresentada na Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão Beta2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002.

LASMAR, Marcela Monteiro de Oliveira e ROSANI, Telmo Mota – Qualidade de Vida e Resiliência: Uma Interface com a Promoção da Saúde. *Rev. APS* 12:3 (Jul./Set. 2009) 339-350.

LAZURE, H. – *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-52.

LE BOTERF, G. – *Construire Les Compétences Individuelles Et Collectives ; Agir Et Réussir Avec Compétences ; Les Réponses À 100 Questions*. 5e Édition. Paris: Organization, 2010. ISBN 9782212546583.

LEI nº111/2009 – *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. D.S.: I Série, 180 (2009-09-16) 6546-6550.

LEVY, L., BÉRTOLO, H. - *Manual de Aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF - Comissão Nacional, 2008.

MACHADO, Ana Paula Oliveira – *Resiliência e Promoção de Saúde: Uma relação possível*. 2010. <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0516.pdf> 11-04-2010 17:00.

MANO, Maria João – Cuidados em Parceria às Criança Hospitalizada: Predisposição de Enfermeiros e dos Pais. Referêcia. Coimbra. 8 (Maio, 2002) 53-61.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Saúde 2004-2010: mais estratégias de saúde para todos*. Lisboa: DGS, 2004.

MONTEIRO, Maria Amélia José - *Parceria de Cuidados: Experiência dos Pais num Hospital Pediátrico*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, sob orientação da Enfermeira Maria do Céu Barbieri Figueiredo apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto em 2003.

MUNIST, Mabel [et al.] – *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. 1998. <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>. 10-03-2010 16:40.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Modelo de Desenvolvimento Profissional, Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: OE, Caderno temático, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE, 2001.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – *O Mundo da Criança*. 8ªed. Lisboa: Editora MacGraw-Hill de Portugal, 2001. ISBN 9727730698.

PARECER nº 2/2010 – *Triagem Hospitalar de AVC*. Ordem dos Enfermeiros: Conselhos de Enfermagem e Jurisdicional, 2010.

PINTO, C.; FIGUEIREDO, M. C. – *Cuidar da criança doente*. *Nursing*. Lisboa. 8:95 (Dez. 1995) 15 -16.

PORTARIA n.º 1368/2007 - *Carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das Unidades de Saúde Familiar*. D.R.: I Série. 201 (07-10-18) p. 7655 -7659.

RILEY, J. – *Comunicação em Enfermagem*. 4ªed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 9789728383817.

RODRIGUES, Walter; AMOR, Teresa; MATIAS, Carla - *Diagnóstico Social do Concelho de Sesimbra: Relatório Síntese*. Março, 2005.

SAPIENZA, Graziela; PREDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes – *Risco, Protecção e Resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente*. *Psicologia em Estudo*, 10:2 (2005) 209-216.

SERVIÇO DE PEDIATRIA – *Descrição de funções do enfermeiro do Serviço de Pediatria*. Dossier de Políticas e Procedimentos sectoriais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Setúbal, 2008.

SILVA, Abel Paiva – *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. *Servir*. (Jan.- Abr., 2007) 11-20.

SILVA, Mara Regina Santos [et al] – *Resiliência e Promoção da Saúde. Texto & Contexto Enfermagem*. . Florianópolis 14 (2005) 95-102.

SILVA, Maria Santos [et al.] – *Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso*. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis 18:1 (2009) 92-99.

UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS NEONATAIS – *Descrição de funções do enfermeiro da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais*. Dossier de Políticas e Procedimentos sectoriais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Setúbal, 2008.

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA – *Descrição de Funções do Enfermeiro na Unidade de Urgência Pediátrica*. Dossier de Políticas e Procedimentos sectoriais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Setúbal, 2007.

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA – *Procedimento para Avaliação da Prioridade no Atendimento da Criança/Família na Triagem da Unidade de Urgência Pediátrica*. Dossier de Políticas e Procedimentos sectoriais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Setúbal, 2008.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. – *Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno*. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria, (2004) 173 – 180.

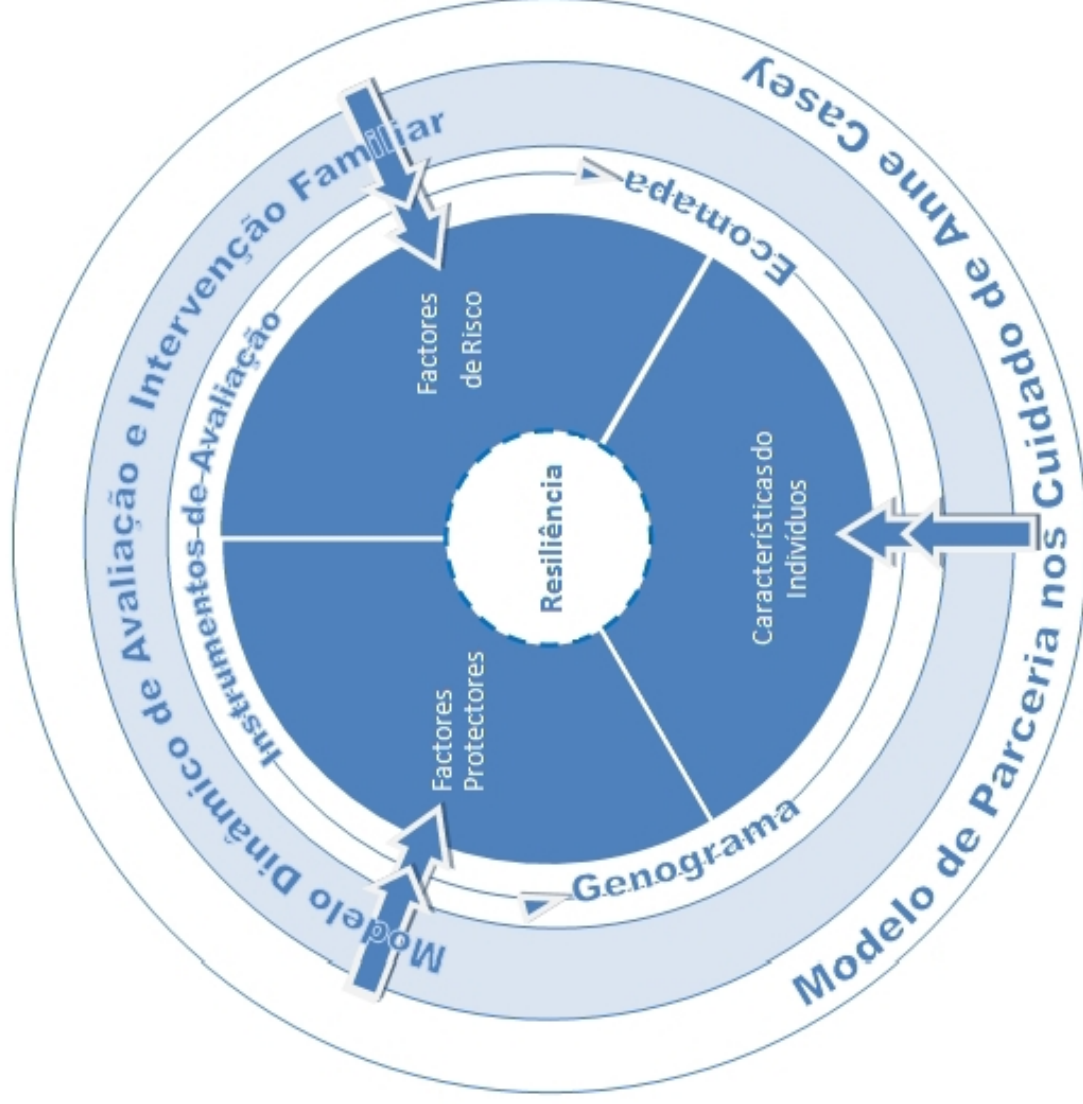
VIEIRA, Margarida – *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. 2ªed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2009. ISBN 9789725401958.



## APÊNDICES

Apêndice A – Esquema *Alicerces Teóricos*

# Esquema Alicerces Teóricos



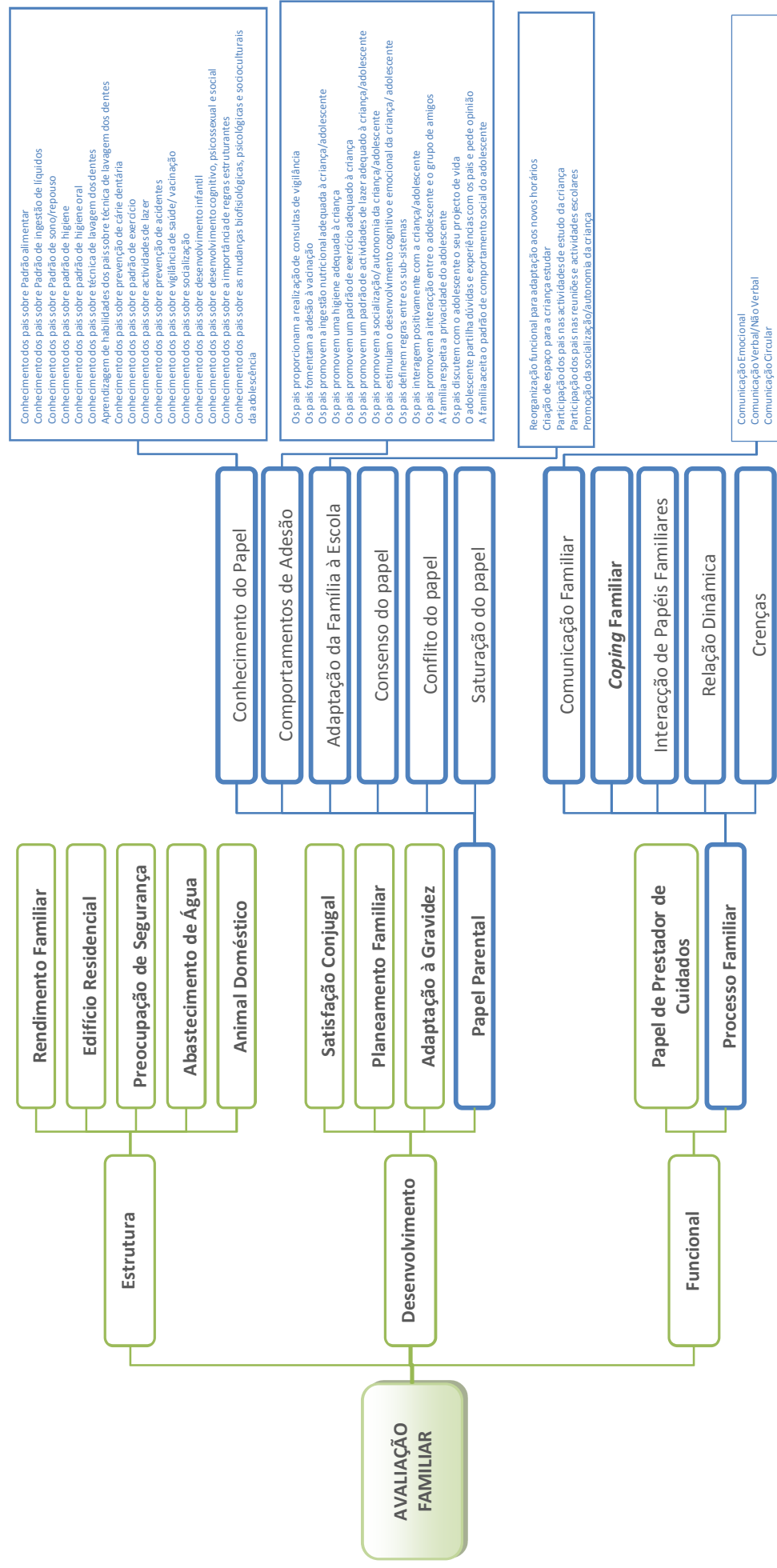
Apêndice B – Esquemas MDAIF

## Dimensões

## Áreas de Atenção

## Dimensões

## Categorias avaliativas



!!!

Foco

!!!

Juízo

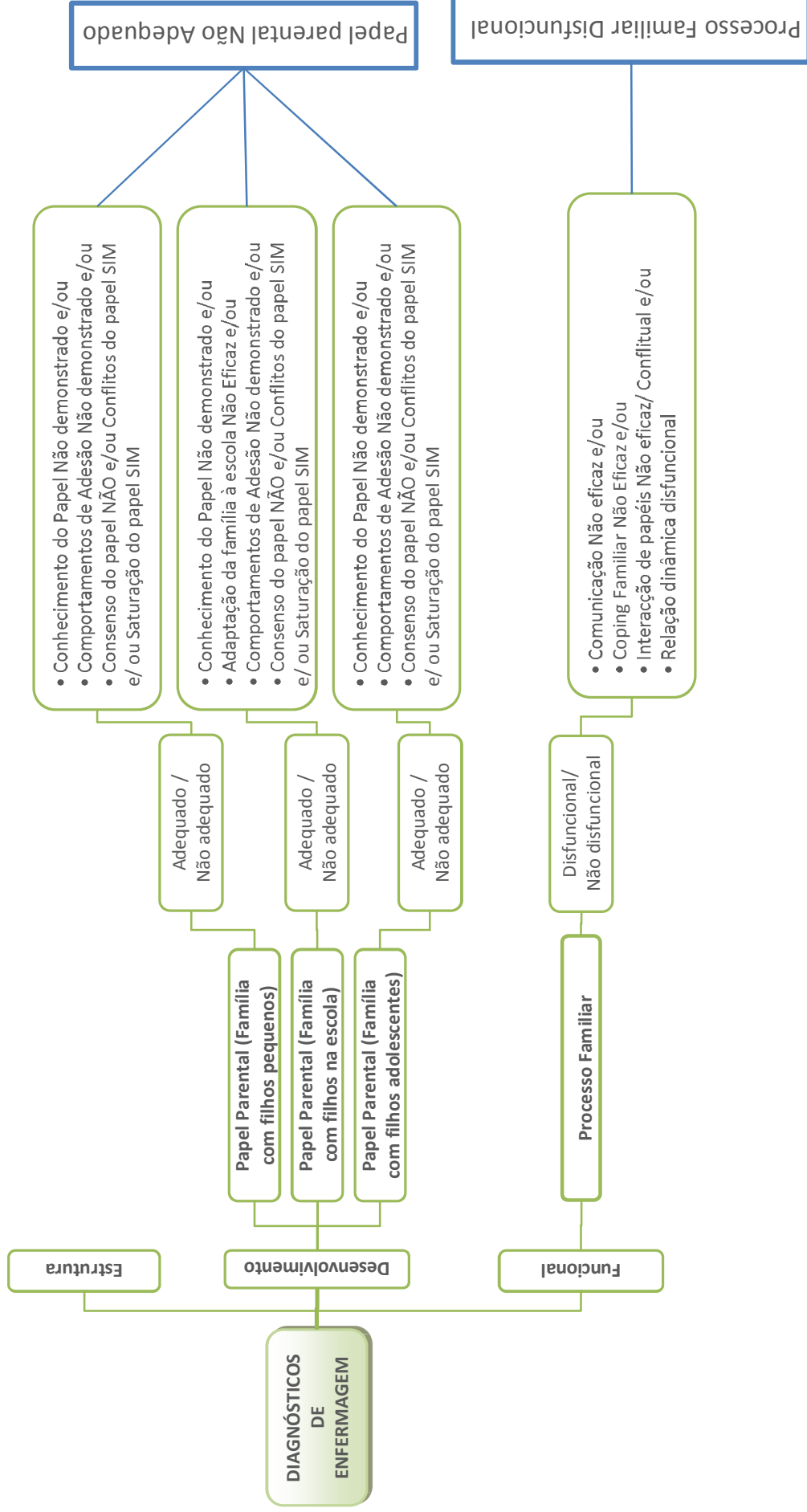
!!!

Critérios de diagnóstico

!!!

Diagnóstico

!!!



Apêndice C – Diagnóstico de Necessidades Formativas – Avaliação Familiar

**Contextualização**

A implementação do modelo organizacional das Unidades de Saúde Familiar (USF) introduziu uma reorganização dos cuidados de enfermagem no que respeita aos cuidados saúde primários.

A máxima “a cada família um enfermeiro” assume forma nestes contexto das USF.

A USF do Castelo tem vindo a reorganizar-se neste âmbito em que se torna imperioso a necessidade de um enfermeiro de família.

A competência dos enfermeiros para o trabalho com as famílias, exige um conhecimento aprofundado das famílias e da interacção entre os diversos elementos da mesma. ROCHA, NASCIMENTO e LIMA (2002:p.711), afirmam que “ *conhecer a estrutura da família, sua composição, funções, papéis e como os membros se organizam e interagem entre si e como ambiente é vital para o planeamento do cuidado*”. O conhecimento de instrumentos de avaliação familiar torna-se nestes contextos imperioso no sentido em que estes podem constituir ferramentas de trabalho no que concerne à metodologia de enfermeiro de família, tal como nos sugerem MELLO e tal (2005:p.81) “...o desenvolvimento de instrumentos sistematizados para avaliação da família facilita a compreensão da estrutura, funcionamento e dinâmica familiar”.

Actualmente, a equipa de enfermagem da USF ainda não utiliza nenhum instrumento de avaliação familiar. Contudo, o sistema informático MedicineOne dispõe de diversos instrumentos de avaliação familiar já informatizados os quais podem revelar-se de extrema importância no desempenho de funções do enfermeiro de família. São estes:

- Apgar Familiar de Smilktein;
- Escala de Readaptação de Holmes e Rahe;
- Duval (Etapa do Ciclo Vital Familiar);
- Composição Familiar;
- Estrutura Familiar (tipo de família);
- Classe Social (Escala de Graffar);

- Habitação;
- Genograma;
- Círculo de Thrower;
- Psicofigura de Mitchell

## **Metodologia**

A realização do questionário de diagnóstico de necessidades formativas tem por base teórica o preconizado por FORTIN (2009) no que concerne à construção de um questionário. Não sendo este um questionário decorrente de uma questão de investigação, mas sim um questionário que visa o diagnóstico de necessidades formativas, estabelecem-se os seguintes objectivos:

- Caracterizar o inquirido no que respeita à idade, grau académico e tempo de exercício profissional;
- Identificar dificuldades na utilização de instrumentos de avaliação familiar;
- Determinar a importância da temática para a prática profissional do inquirido.

Assim, as questões formuladas são de escolha fixa (fechadas) dicotómica e de gradação vertical, sendo que para estas últimas foram construídas escalas gráficas.

Por sua vez também existem duas perguntas abertas.

Desta forma, do questionário fazem parte nove perguntas divididas em três categorias apresentadas de forma lógica. A primeira refere-se à caracterização do inquirido, a segunda parte é relativa à avaliação e intervenção familiar e por fim, a última parte surge uma questão aberta relativa à própria formação.

O questionário foi entregue no dia 12 de Maio de 2010 a todos os enfermeiros a desempenhar funções na USF do Castelo, perfazendo um total de sete enfermeiros.

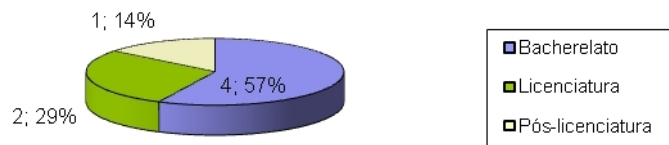
No dia 18 de Maio foram recebidos todos os questionários.

O tratamento dos dados colhidos foi realizado através do programa Excel.

## **Resultados**

O grupo de enfermeiros inquiridos apresenta uma média de idade de 42 anos, sendo o intervalo de idades definido entre 36 e 56 anos. Quanto ao grau académico, 57% (4 enfermeiros) dos inquiridos são bacharel, 29% (2 enfermeiros) são licenciados e apenas 14% (1 enfermeiro) possui pós-licenciatura, tal como sugere o gráfico abaixo.

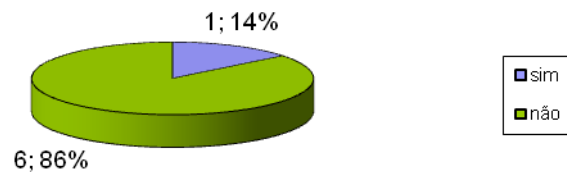
### Grau Académico



No que concerne ao tempo de exercício profissional a média é de 19,9 anos e de exercício em saúde infantil e pediátrica a média é de 15,7 anos.

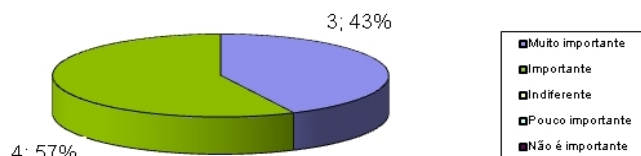
A respeito da avaliação e intervenção familiar, mais especificamente relativa à pergunta se já teve formação nesta área temática, 86% dos inquiridos responde não, sendo apenas um dos inquiridos (Q5) a responder sim. O inquirido 5 assinala como contexto a formação em serviço e não responde à questão seguinte (Conhece algum modelo de enfermagem que constituía base teórica para esta intervenção?).

### Já fez/teve formação nesta área?



Na pergunta 6, quando questionados acerca da importância que atribuem à temática na sua prática profissional, os inquiridos assinalam muito importante e importante, 43% e 47% respectivamente.

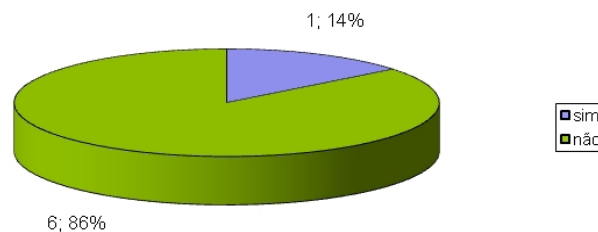
### Que importância atribui à temática na prática profissional de enfermagem?



No que respeita à utilização de instrumentos de avaliação familiar 86% refere que não utiliza, sendo apenas o inquirido 4 que refere utilizar o genograma, ecomapa e escala

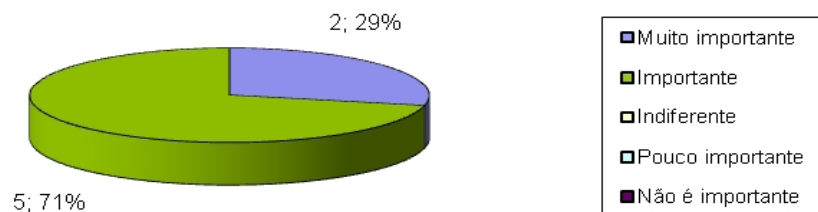
de graffar no contexto da visitação domiciliária. Este inquirido refere ainda que tem dificuldade na utilização destes instrumentos por "falta de prática".

Já utilizou, na sua prática profissional, algum instrumento de avaliação familiar?



Na pergunta 8 questionava-se qual a importância atribuída à utilização destes instrumentos na prática profissional   qual os inquiridos responderam 79% importante e 29% muito importante.

Que importância atribui à utilização destes instrumentos na prática profissional como enfermeiro?



Quanto às sugestões que surgiram no âmbito da última questão referente à formação nesta temática apenas 4 inquiridos responderam. De entre as respostas, dois inquiridos referem a importância de formação nos diferentes instrumentos de avaliação familiar, um no cariz prático que deverão conotar esta formação e um último na associação desta temática a situações como maus tratos a crianç as.

## Discussão

Decorrente dos resultados acima apresentados constata-se que a maioria dos inquiridos não teve formação na temática avaliação e intervenção familiar e que consideram na sua totalidade a referida temática muito importante e importante nos

cuidados de enfermagem. Assim, é pertinente a realização de formação em avaliação e intervenção familiar, abordando especificamente aspectos relativos aos instrumentos de avaliação. Torna-se pertinente formação relativa a estes instrumentos uma vez que os inquiridos num total de 86% não os utiliza, contudo consideram muito importante e importante a sua utilização na sua prática profissional. No que confere aos aspectos relativos à própria formação a equipa sugeriu que esta tivesse um cariz prático, que abordasse aspectos específicos da utilização dos diferentes instrumentos de avaliação e que estes se correlacionassem com aspecto como o risco familiar.

### **Bibliografia**

DECRETO – LEI n.º 298/2007 - Regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar. **DR I Série** 161 (07-08-22) 5587 – 5596

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação, Da Concepção à Realização**. Lisboa: Lusodidacta 2000. ISBN: 9789728383107

MELLO, Débora F. et al - Genograma e Ecomapa: Possibilidade de utilização na estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 15:1 (2005) p.79-89

ROCHA, Semiramis, NASCIMENTO, Lucila e LIMA Regina - Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: Subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-am Enfermagem** 10:5 (2002) p.709-714.





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

## **PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA**

**PROJECTO DE ESTÁGIO**

### **QUESTIONÁRIO**

**DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO**

---

O presente questionário enquadra-se no projecto *Promover a Resiliência na Criança/Família* em desenvolvimento na USF do Castelo. Com este pretende-se o diagnóstico de necessidades formativas no que respeita aos instrumentos de avaliação e intervenção familiar. Posteriormente, e identificadas estas necessidades, elaborar-se-á um plano de formação.

Por entendermos que a sua opinião é fundamental para garantir uma correcta adequação da formação às necessidades sentidas na sua prática profissional, agradecemos antecipadamente a sua preciosa colaboração.

Ana Freire Botas

---

## QUESTIONÁRIO

Nome (opcional)

### Caracterização

1. Idade

2. Grau acadêmico

3. Tempo de exercício profissional

4. Tempo de exercício profissional em Saúde Infantil e Pediatria

### Avaliação e Intervenção Familiar (AIF)

Por favor assinale as suas opções com: **x**

5. Já fez/teve formação profissional nesta área?

Sim

Não

Passe à pergunta 6.

5.1. Se sim, em que contexto:

Contexto acadêmico

Formação em serviço

Outro

Qual?

5.2 Conhece algum modelo de enfermagem que constituía base teórica para esta intervenção?

Sim

Não

Qual?

6. Que importância atribui à temática na prática profissional de enfermagem?

Muito importante

Importante

Indiferente

Pouco importante

Não é importante

7. Já utilizou, na sua prática profissional, algum instrumento de avaliação familiar?

Sim

Não

Passe à pergunta 8.

7.1 Se sim, que instrumentos já utilizou? (pode assinalar mais do que uma opção)

Genograma	<input type="checkbox"/>
Ecomapa	<input type="checkbox"/>
Escala de Graffar	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

Quais?

7.2 Em que situações?


7.3 Sentiu/sente alguma dificuldade na aplicação destes?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Qual?

8. Que importância atribui à utilização destes instrumentos na prática profissional como enfermeiro?

Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Não é importante	<input type="checkbox"/>

Formação

9. No âmbito da formação nesta temática descreva sugestões que considera pertinentes.


Apêndice D – Processo Formativo – Avaliação Familiar

# CONVITE

Caro colega,  
Vimos por este meio convidar Vossa  
Ex.<sup>a</sup> a participar na sessão de  
formação sobre Avaliação Familiar.



## AVALIAÇÃO FAMILIAR

**Data: 21 de Maio de 2010**

**Hora: 14h**

**Local: USF do Castelo, gabinete a definir**

**Modelo Dinâmico de Avaliação e  
Intervenção Familiar**

**Instrumentos de Avaliação Familiar**

## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO\*

### IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

**Curso/Ação:** Avaliação Familiar

**Data(s):** 15 de Junho de 2010

**Duração:** 1hora

### PROGRAMA DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito claros
Conteúdo da Acção	Inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completamente adequado
Utilidade do Tema	Inaplicável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente aplicável

### FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Motivação e participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito aberto
Instalações	Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Meios Audiovisuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Documentação	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adequada na totalidade
Utilização dos suportes	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito adequada

### QUALIDADE DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Disponibilidade	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Conhecimento	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom

MPRS/SF

\* Instrumento de avaliação gentilmente cedido pelo Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

## SUGESTÕES / CRÍTICAS / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Tema a desenvolver mais profundamente

Outros temas a incluir em Acções deste tipo \_\_\_\_\_

Aspectos mais positivos na Acção \_\_\_\_\_

Aspectos a melhorar \_\_\_\_\_

Sugestões \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÕES

Dê sugestões sobre outros assuntos, que gostaria de ver tratados em actividades futuras

Nome (optativo) \_\_\_\_\_

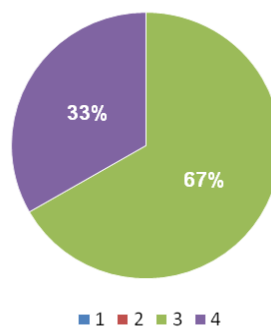
## PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Temática	<b>Avaliação Familiar</b>
Instituição/ Serviço	Unidade de Saúde do Castelo
Data	21 de Maio de 2010
Hora	14h-15h30
Local	USF do Castelo – Gabinete do Apoio domiciliário
Destinatários	Enfermeiros
Fundamentação/ Pertinência	Decorrente dos resultados obtidos na fase de diagnóstico de necessidades formativas sobre Avaliação e Intervenção Familiar, constatou-se que a maioria dos enfermeiros não teve formação na temática avaliação e intervenção familiar e que consideram na sua totalidade a referida temática muito importante e importante nos cuidados de enfermagem. Assim, é pertinente a realização de formação em avaliação e intervenção familiar, abordando especificamente aspectos relativos aos instrumentos de avaliação. Torna-se pertinente formação relativa a estes instrumentos uma vez que os enfermeiros num total de 86% não os utiliza, contudo consideram muito importante e importante a sua utilização na sua prática profissional.
Objectivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para desenvolver/ implementar a utilização de instrumentos de avaliação familiar com base no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).
Objectivos específicos	-Clarificar conceitos teóricos e práticos sobre alguns instrumentos de avaliação familiar; - Descrever e enunciar noções alicerçadas ao MDAIF; - Reflectir acerca dos instrumentos na prestação de cuidados de enfermagem;
Concepção/ Organização	Enf. <sup>a</sup> Paula Silvestre Enf. <sup>a</sup> Ana Freire Botas
Formadores	Enf. <sup>a</sup> Ana Freire Botas

Caracterização da Formação	Metodologia de Formação - Expositiva (Microsoft Power Point-Slide Show) - Activa (Discussão de grupo)
	Metodologia de Avaliação - Questionário
	Recursos e Materiais - DataShow - Computador
	Outros Realizado convite de divulgação da sessão formativa

Avaliação	<p>Participaram nesta formação seis enfermeiros, perfazendo um total de 86% da equipa de enfermagem.</p> <p>Aplicada a ficha de avaliação, gentilmente cedida pelo Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., aos formandos obtiveram-se os resultados abaixo apresentados.</p> <p>No que se refere aos objectivos da acção 67% dos formandos classificaram no item 3 e 33% no item 4 numa escala de 1 a 4 que corresponde a confusos e muito claros respectivamente. Assim sendo, conclui-se que os objectivos apresentados para a formação foram claros.</p> <p style="text-align: center;"><b>Objectivos da Acção</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Objectivos da Acção</caption> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>33%</td> </tr> </tbody> </table> <p>O conteúdo da acção foi classificado em 67% no item 3 e 33% no item 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inadequado a completamente adequado respectivamente. Desta forma o conteúdo da acção foi considerado adequado.</p>	Item	Percentage	3	67%	4	33%
Item	Percentage						
3	67%						
4	33%						

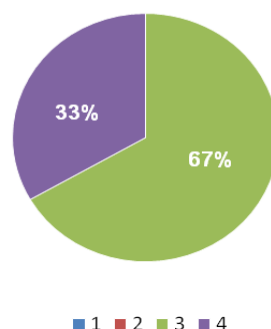
### Conteúdo da Acção



A utilidade do tema foi classificada pelo total dos formandos em 3 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inaplicável e totalmente aplicável respectivamente. Assim os formandos consideram o tema da acção como aplicável.

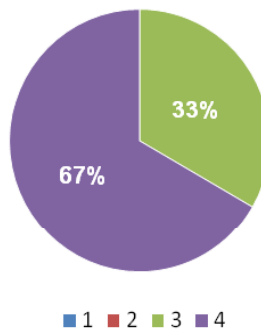
No que concerne à motivação e participação dos formandos, estes classificaram em 3, 67% e 33%, 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a ausente e plena respectivamente.

### Motivação e participação



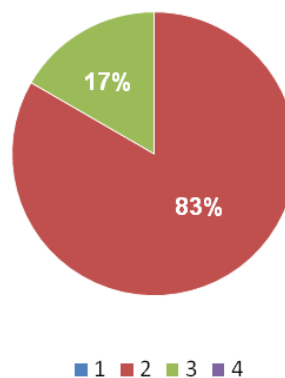
Pode concluir-se que o relacionamento entre os participantes foi muito aberto uma vez que 67% dos formandos classificaram no 4 e 33% no 3, numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a fechado e muito aberto respectivamente.

## Relacionamento entre os participantes



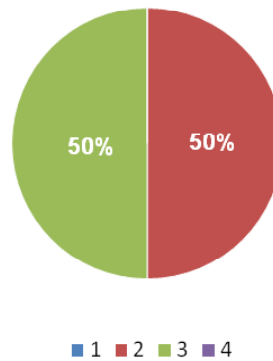
Em relação às instalações, os formandos classificaram em 83% no 2 e 17% no 3 numa escala de más a excelente respectivamente. Assim, e de uma forma geral, os formandos classificaram as instalações como pouco adequadas.

## Instalações



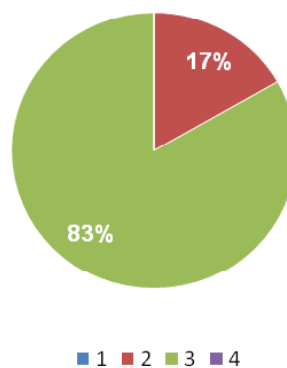
Os meios audiovisuais foram classificados pelos formandos no item 2 e 3 em 50% numa escala de 1 a 4, em que o 1 corresponde a escassos e o 4 a excelentes. Estava planeado a utilização de um datashow, contudo e por impossibilidade da sua utilização foi utilizado apenas o computador.

## Meios Audiovisuais



No que respeita à documentação, os formandos classificaram em 83% no item 3 e 17% no 2, numa escala em que o 4 corresponde a adequado na totalidade e o 1 a inadequado. Desta forma os formandos consideraram que a documentação cedida foi adequada.

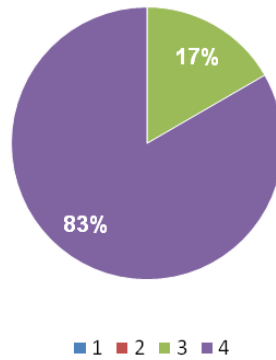
## Documentação



A utilização de suporte foi classificada no item 3 numa escala de 1 a 4, em que o primeiro significa inadequada e o 4 muito adequada, por 4 formandos, sendo que dois não respondem à questão.

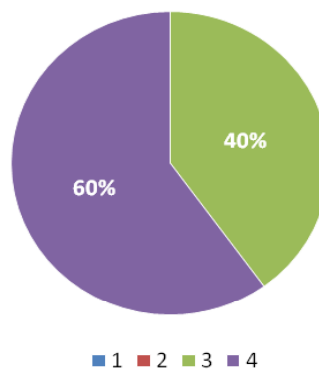
No que confere à disponibilidade do formador, os formandos classificaram no item 4 num total de 83% e no item 3 em 17%, numa escala de 1 a 4 em que o primeiro representa insuficiente e o 4 muito bom. Desta forma conclui-se que a disponibilidade do formador é muito boa.

## Disponibilidade



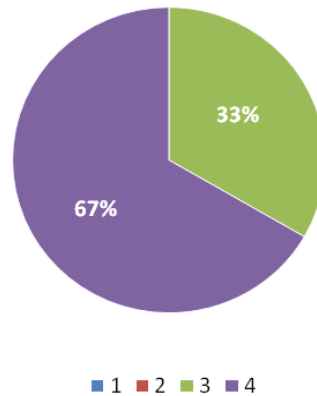
Na escala de 1 a 4, correspondendo o 1 a insuficiente e o 4 a muito bom, os formandos classificam a acção no que respeita ao conhecimento do formador em 3 e 4, 40% e 60% respectivamente. Assim o conhecimento do formador em relação à temática é muito bom.

## Conhecimento



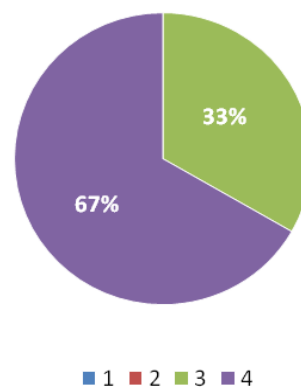
Utilizada a mesma escala acima supracitada, os formandos classificam a clareza da exposição em 4 e 3 correspondendo a uma percentagem de 60 e 40 respectivamente. De referir que um dos formando não respondeu a esta questão. Assim, pode considerar-se que a exposição foi bastante clara.

## Clareza da Exposição



No que respeita ao esclarecimento de dúvidas, os formandos classificam em 4 e 3, respectivamente 67% e 33%. Desta forma o esclarecimento de dúvidas foi muito bom.

## Esclarecimento de Dúvidas



No que confere às questões abertas, especificamente aos temas a desenvolver mais profundamente, um dos formandos refere a totalidade dos temas abordados e outro, os instrumentos de avaliação familiar no que concerne à sua aplicação prática.

Como aspectos mais positivos na acção um dos formandos refere o desenvolvimento nesta temática na equipa de saúde e um outro no cariz prático da acção.



# UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DO CASTELO



## Avaliação Familiar

Modelo Dinâmico de Avaliação e  
Intervenção Familiar

Instrumentos de Avaliação Familiar

Ana Freire Botas

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP

21 de Maio de 2010

Contextualização

PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA  
Projecto de Estágio

## Objectivo Geral

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para desenvolver/ implementar a utilização de instrumentos de avaliação familiar com base no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

## Objectivos específicos

- Clarificar conceitos teóricos e práticos sobre alguns instrumentos de avaliação familiar;
- Descrver e enunciar noções alicerçadas ao MDAIF;
- Reflectir acerca dos instrumentos na prestação de cuidados de enfermagem;

## Estrutura

A Família

MDAIF

IAF

Reflexão/ partilha

## A Família

## A Família

*“A família é o grupo social caracterizado por residência em comum, cooperação econômica e reprodução. Inclui adultos de ambos os sexos, dois dos quais, pelo menos, mantêm uma relação sexual socialmente aprovada, e uma ou mais crianças dos adultos que coabitam com relacionamento sexual, sejam dos próprios ou adotadas.”*

Murdock, citado por AMARO, 2004:p.2

*“...no passado o conceito de família era associado ao núcleo familiar, casal que vivia com os seus filhos biológicos e eventualmente com um dos pais do cônjuge”*

(FIGUEIREDO E MARTINS, 2009:p.616)

## A Família

*“Conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. Os empregados domésticos residentes no alojamento onde prestam serviço são integrados na respectiva família.”*

### ESTRUTURA E TIPOS DE FAMÍLIA

Casais com filhos	64,8%
Famílias unipessoais	17,3%
Famílias monoparentais	11,5%
Famílias reconstruídas	2,7%



Censos 2011 ??

(Adaptado de INE, 2001)

## A Família

*“...as múltiplas formas de organização familiar estão associadas não só a alterações nos papéis de género, mas também a diversidade de interações conjugais e os processos de recomposição familiar.”*

Wall citado por FIGUEIREDO, 2009:p.616

*“...os laços estabelecidos entre o grupo familiar, associados aos contextos específicos do seu desenvolvimento, tornam-se a família um grupo com identidade própria, um sistema aberto de comunicação multidireccional, numa perspectiva multiversa da família.”*

Minuchin citado por FIGUEIREDO, 2009:p.616

## Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

### Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Modelo Sistémico  
Modelo Calgary de Avaliação Familiar  
Modelo Calgary de Intervenção na Familiar

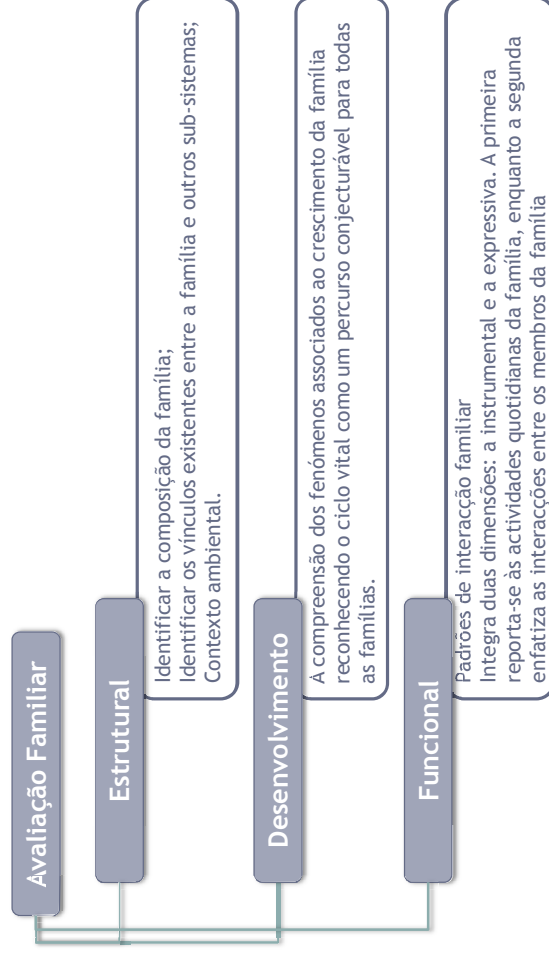
Pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias.

É interativo, flexível e cuja utilização pretende ser promotora de mudança.

*“...a utilização do MDALF permitirá aos enfermeiros proporem intervenções que dêem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades”*

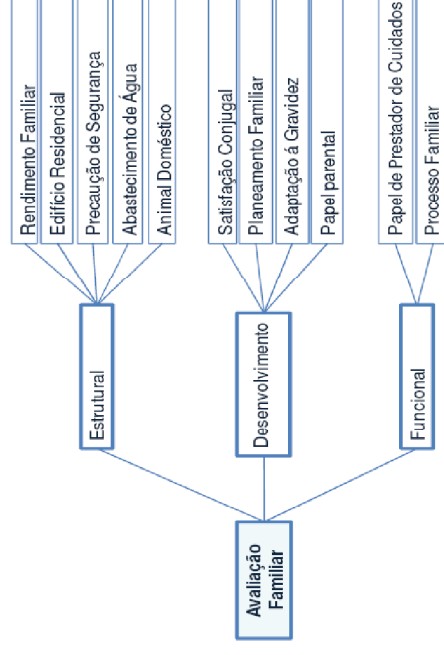
(Adaptado de FIGUEIREDO, 2009)

## Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



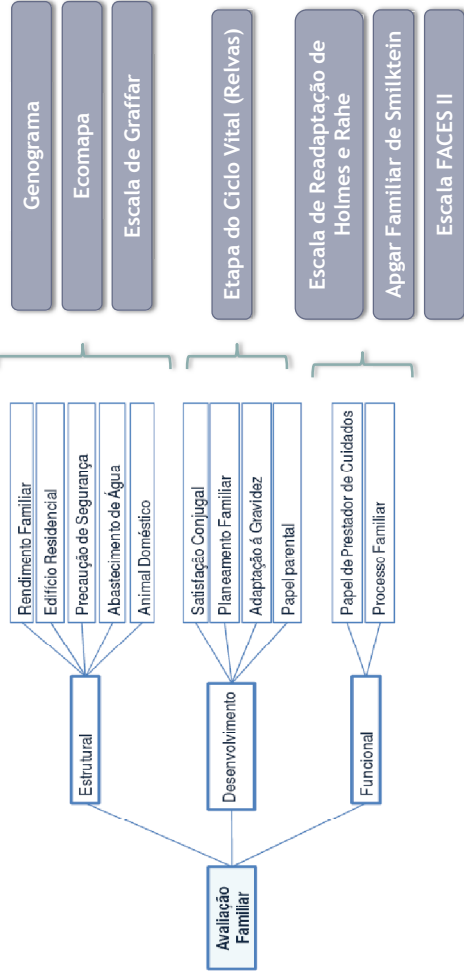
(Adaptado de FIGUEIREDO, 2009)

## Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



(FIGUEIREDO, 2009: p.269)

# Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)



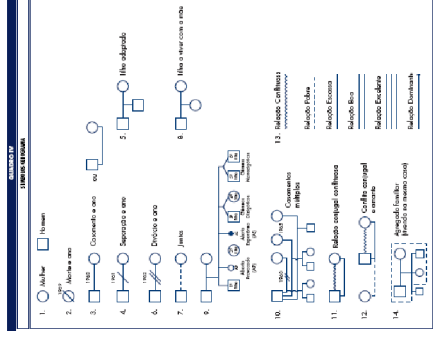
(adaptado FIGUEIRO, 2009: p.269)

# Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

## Genograma

Diagrama que detalha a estrutura familiar;  
Identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional;

## Como construir?



(REBELO, 2007:p.315)

## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Genograma

GenoPro is a user-friendly comprehensive software that allows you to draw family trees and genograms that you can share with your whole family.  
Download a free trial version today and begin exploring the ties that bind you together.  
Visit our [Guided Tour](#) for a quick overview of GenoPro's features.

**Get GenoPro Now!**  
[Try It Free \(2.34 MB\)](#)

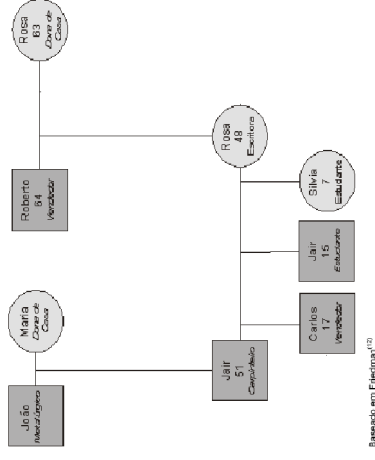
**11 Essential Features You Need**  
For your Genealogy Software

- Draw your complete family tree
- Add pictures to create a picture album
- View the "big picture" of your family pedigree
- Generate and print detailed family reports with pictures in the language you want
- Analyze and compile detailed statistics about your ancestry
- Import and export your family data with other genealogy software
- Include customizable medical symbols
- [Learn more...](#)

([www.genopro.com](http://www.genopro.com))

## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

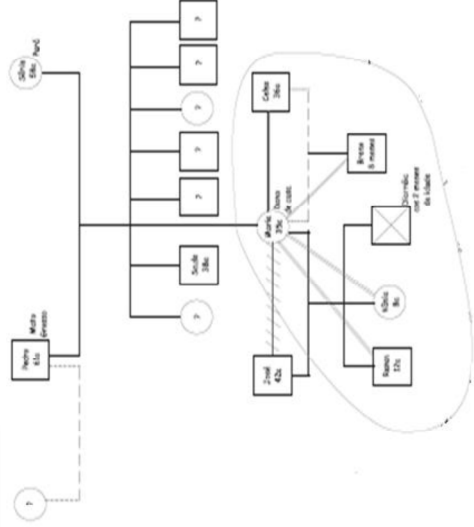
### Genograma



(ROCHA, NASCIMENTO e LIMA, 2002: p.713)

## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Genograma



(MELLO et al, 2005: p. 89)

## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Genograma

"...McGoldrick, Gerson e Shellenberger propuseram quatro categorias para a interpretação de um genograma..."

### QUADRO III

#### CATEGORIAS DE INTERPRETAÇÃO DO GENOGRAMA\*

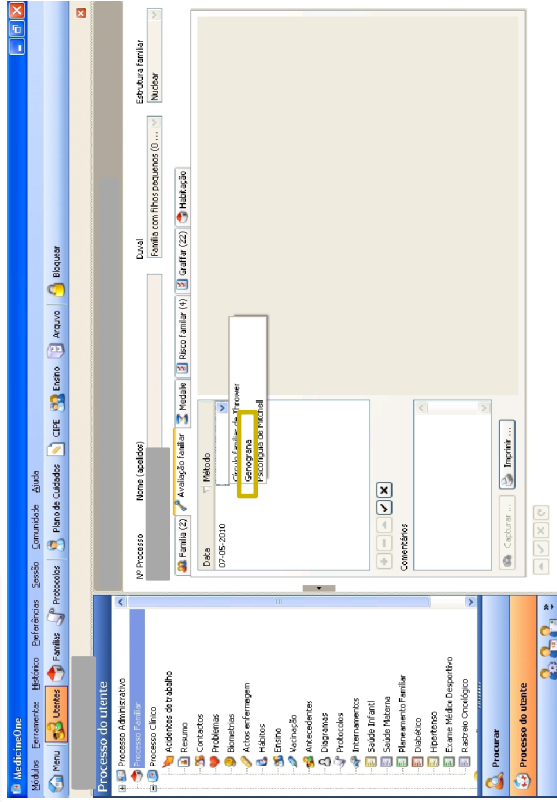
1. Composição e Estrutura Familiar
  - Tipologia familiar
  - Subsistema fraterno
2. Ciclo de Vida Familiar
  - Fase do CVF
  - Crise normativa/ocidental
3. Padrões de Repetição ao Longo das Gerações
  - Repetição de padrões de morbidade
  - Repetição de padrões de funcionamento
  - Repetição de padrões de relacionamento
  - Repetição de padrões estruturais
4. Equilíbrio / Desequilíbrio Familiar

Adaptado de McGoldrick, K., Gerson, B., and Shellenberger. Genograms. Assessment and Intervention. 2nd edition. WW. Horton & Company, 1999.

(REBELO, 2007:p.313)

# Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

## Genograma



# Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

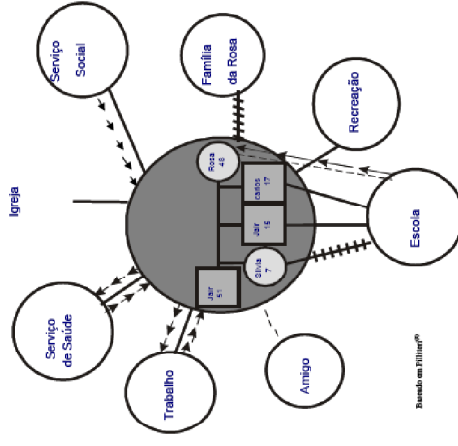
## Ecomapa

Diagrama que representa as relações entre a família e a comunidade;

A família é representada no centro do círculo; Os círculos externos representam os contactos da família com a comunidade.

As linhas indicam o tipo de conexão:  
-linhas contínuas representam ligações fortes;  
-linhas pontilhadas, ligações frágeis;  
-linhas com barras, aspectos stressantes.

As setas significam energia e fluxo de recursos. Ausência de linhas significa ausência de conexão.



(ROCHA, NASCIMENTO e LIMA, 2002: p. 713)



# Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

## Escala de Graffar

**NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)**

GRUPO	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO de 5 itens	PONTUAÇÃO de 3 itens	PREÇÃO SOCIAL
1	- Gerentes e Comerciantes - Dirigentes de empresa pública ou privada de setor público ou privado - Dirigentes de empresas (com exceção de bancos) - Dirigentes de empresas (com exceção de bancos) - Dirigentes de empresas (com exceção de bancos) - Dirigentes de empresas (com exceção de bancos)	- Licenciatura - Pós-graduação - Doutorado	- Lucros de empresas de alto nível - Rendimentos profissionais de alto nível - Rendimentos de alto nível	- Casa ou andar bastante confortáveis - Casas ou andares bastante espaçosos e confortáveis	- Zona residencial elegante - Zona residencial elegante	6 4 3	4 3	I CLASSE ALTA
2	- Médicos industriais e comerciais - Engenheiros - Arquitetos - Advogados - Professores de ensino superior - Professores de ensino médio - Professores de ensino fundamental - Professores de ensino fundamental	- Bacharelado ou curso superior - Pós-graduação - Mestrado	- Alto rendimento e alto nível - Rendimentos profissionais de alto nível - Rendimentos de alto nível	- Casas ou andares bastante espaçosos e confortáveis	- Zona residencial elegante - Zona residencial elegante	10 8 4	4 4 4	II CLASSE MÉDIA ALTA
3	- Pêso, tecelões e bordadores - Químicos industriais, químicos de laboratório - Médicos agrícolas - Médicos veterinários - Zanganeiros e escavadores - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas	- 1º, 2º ou 3º grau - Ensino médio - Ensino fundamental	- Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios	- Casas ou andares em bom estado com cômodos e instalações essenciais - Casas ou andares em bom estado com cômodos e instalações essenciais	- Zona intermediária - Zona intermediária	14 11 7	7 7 7	III CLASSE MÉDIA
4	- Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas	- Licenciatura - Pós-graduação - Mestrado	- Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios	- Casas ou andares em bom estado com cômodos e instalações essenciais - Casas ou andares em bom estado com cômodos e instalações essenciais	- Zona intermediária - Zona intermediária	14 11 7	7 7 7	III CLASSE MÉDIA
5	- Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas - Operários de fábricas	- Licenciatura - Pós-graduação - Mestrado	- Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios - Rendimentos médios	- Casas ou andares em bom estado com cômodos e instalações essenciais - Casas ou andares em bom estado com cômodos e instalações essenciais	- Zona intermediária - Zona intermediária	14 11 7	7 7 7	III CLASSE MÉDIA

Fonte: Graffar, "Uma método de classificação social em famílias de população", adaptado em 1986 e adaptado em 2001, pp. 57, Fundação Arnsperger.

# Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

## Escala de Graffar

The screenshot shows the MDAIF software interface. On the left, there is a list of professions categorized into groups. The selected profession is 'Locatário' (Tenant). The main window displays the following details:

- Nome (nome):** Família com três dependentes (0...)
- Endereço:** Rua...
- Localidade:** ...
- Legenda:**
  - Grande indústria e comércio, setores de alto nível de tecnologia, setores de alta qualificação
  - Médias indústrias, comércio e agricultura, setores intermediários, setor público e profissões classificadas
  - Pequenas indústrias e comércio, setores de baixa qualificação
  - Pequenas indústrias, setores de baixa qualificação e estruturas
  - Não de alto rendimento
  - Não classificado
- Alas:** 5-9 Média alta: 10-13 Média baixa: 14-17 Média baixa: 18-21 Baixa: 22-25
- Ex. Família:** 22

## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Etapa do Ciclo Vital (Relvas)

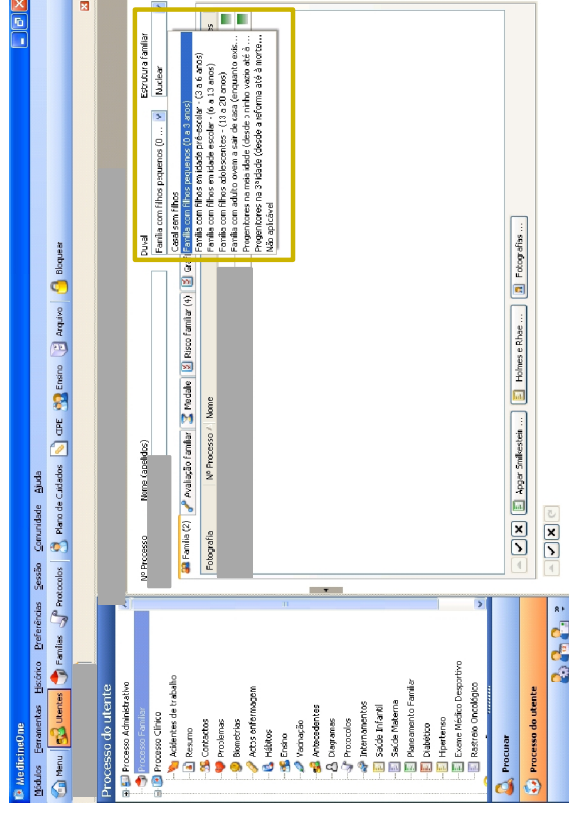
1. Formação do casal
2. Família com filhos pequenos
3. Família com filhos na escola
4. Família com filhos adolescentes
5. Família com filhos adultos

### MedicineOne

### Etapa do Ciclo Vital (Duvall)

1. Sem Filhos
2. Com filhos pequenos
3. Com filhos em idade pré-escolar
4. Com filhos em idade escolar
5. Com filhos adolescentes
6. Com filhos jovens adultos a sair de casa
7. Na meia idade
8. Idosos

### Etapa do Ciclo Vital (Duvall)



## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Escala de Readaptação de Holmes e Rahe

“...estudos demonstraram que a família é uma das mais importantes fontes de *stress* ou de *suporte* e tem uma *significativa* influência sobre a saúde.”

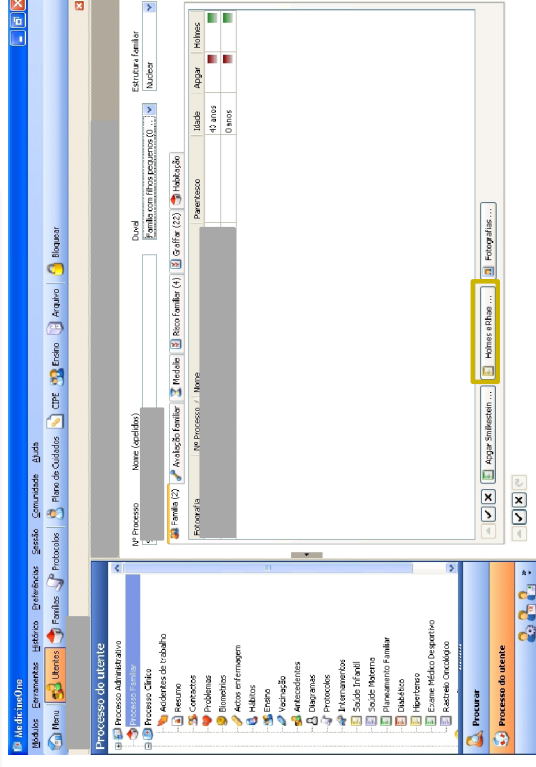
RIBEIRO, 2007:p.302

“...a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, permitindo a identificação de eventos familiares geradores de stress, possibilita, não só encontrar uma relação entre os níveis de stress decorrentes de transições familiares e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas num ou em vários membros da família, como identificar os tipos e os padrões de transição ocorridos recentemente.”

FIGUEIREDO, 2009:p.297

## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Escala de Readaptação de Holmes e Rahe



# Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

## Escala de Readaptação de Holmes e Rahe

**Legenda**  
O estudo efectuado nesta área revela que a maioria dos indivíduos com problemas de saúde, maior é a probabilidade de sofrer uma alteração de estado de saúde, devido ao aumento da tensão e da ansiedade, devido ao aumento da preocupação e da reflexão sobre a situação de saúde. Este estudo foi realizado em Portugal, com a participação de 100 indivíduos com problemas de saúde, sendo que a maioria dos indivíduos com problemas de saúde, maior é a probabilidade de sofrer uma alteração de estado de saúde, devido ao aumento da tensão e da ansiedade, devido ao aumento da preocupação e da reflexão sobre a situação de saúde.

**Parâmetros**  
Nome: \_\_\_\_\_  
ID Processo: \_\_\_\_\_

Item	Resposta	Pontuação
1. Mudanças de estado de saúde (10)		
2. Mudanças de estado de saúde (10)		
3. Mudanças de estado de saúde (10)		
4. Mudanças de estado de saúde (10)		
5. Mudanças de estado de saúde (10)		
6. Mudanças de estado de saúde (10)		
7. Mudanças de estado de saúde (10)		
8. Mudanças de estado de saúde (10)		
9. Mudanças de estado de saúde (10)		
10. Mudanças de estado de saúde (10)		
11. Mudanças de estado de saúde (10)		
12. Mudanças de estado de saúde (10)		
13. Mudanças de estado de saúde (10)		
14. Mudanças de estado de saúde (10)		
15. Mudanças de estado de saúde (10)		
16. Mudanças de estado de saúde (10)		
17. Mudanças de estado de saúde (10)		
18. Mudanças de estado de saúde (10)		
19. Mudanças de estado de saúde (10)		
20. Mudanças de estado de saúde (10)		

**Evolução tempo**  
0.0  
0.6  
0.2  
0

De 150 a 200 pontos: 27%  
De 200 a 300 pontos: 48%  
De 300 a 400 pontos: 25%

Fechar

# Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

## Apagar Familiar de Smilkstein

“...APGAR Familiar de Smilkstein, como instrumentos de avaliação familiar que auxiliam na compreensão de aspectos fundamentais do funcionamento familiar, respectivamente, a coesão e adaptabilidade da família e a percepção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma.”

FIGUEIREDO, 2009:p.298

“...o APGAR da família é um instrumento de avaliação destinado a reflectir a satisfação de cada membro, e os diferentes escores devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família.”

ROCHA, NASCIMENTO e LIMA, 2002.: p.712

## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Apgar Familiar de Smilkstein

Quase às vezes Raramente sempre

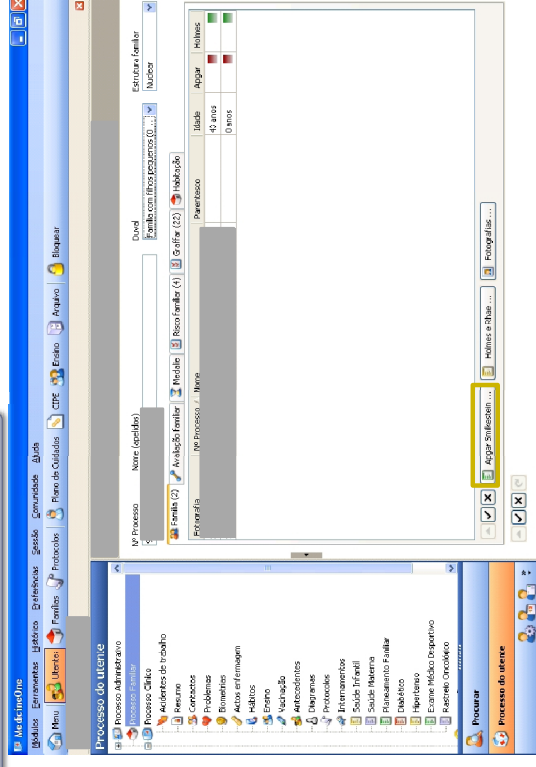
- A** Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo está me incomodando.
- P** Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.
- G** Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.
- A** Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.
- R** Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos

Baseado em Smilkstein<sup>(1)</sup>

ROCHA, NASCIMENTO e LIMA , 2002:p.712

## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Apgar Familiar de Smilkstein



## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF)

### Escala FACES II

*“...a Escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein, como instrumentos de avaliação familiar que auxiliam na compreensão de aspectos fundamentais do funcionamento familiar, respectivamente, a coesão e adaptabilidade da família e a percepção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma.”*

FIGUEIREDO, 2009:p.298

*“...sobre o FACES II, optamos por integrar a versão portuguesa de Otilia Fernandes (Fernandes, 1995), por ser considerada pela mesma autora, ajustada ao contexto clínico e, de fácil aplicação.”*

FIGUEIREDO, 2009:p.298

## Outros Instrumentos de Avaliação Familiar (Medicine One)

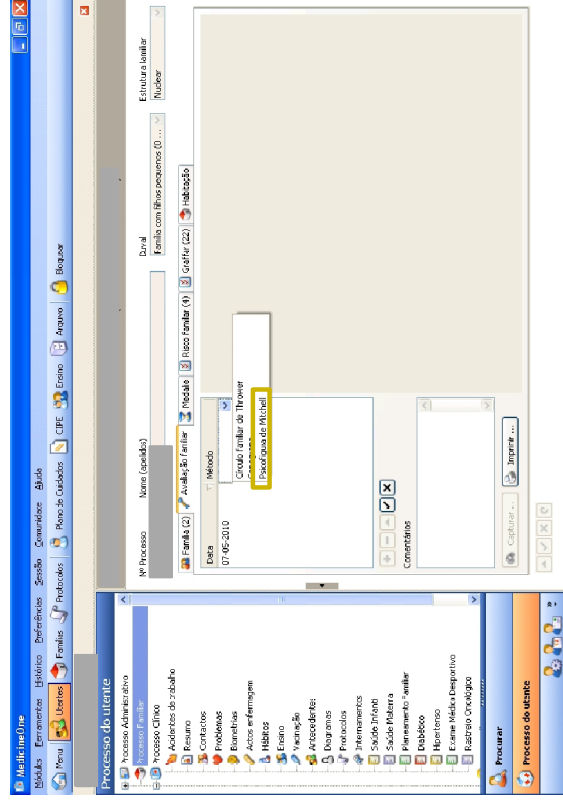
## Outros Instrumentos de Avaliação Familiar (Medicine One)

### Psicofigura de Mitchel

“...Representação da dinâmica familiar que o doente realiza unindo os elementos do seu agregado através de diferentes tipos de linhas de significado previamente definido. Pode e deve ser aplicado sobre o genograma.”

## Outros Instrumentos de Avaliação Familiar (Medicine One)

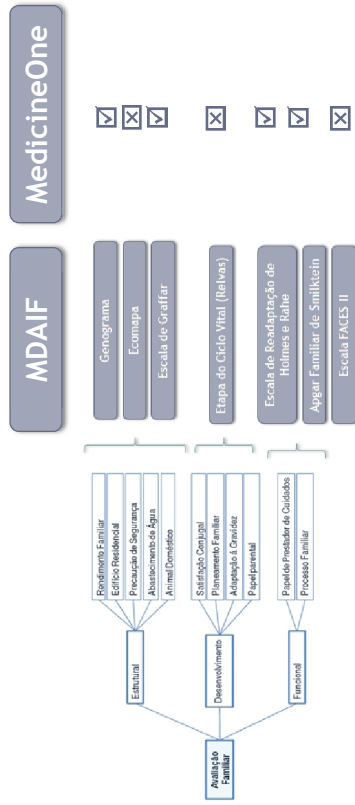
### Psicofigura de Mitchel







## Instrumentos de Avaliação Familiar (MDAIF/MedicineOne)



(adaptado FIGUIREDO, 2009, p.269)

Reflexão/ partilha

## Bibliografia

- AGOSTINHO, Manuela – Ecomapa. *Rev Port Clin Geral*, 23 (2007) p. 327-330
- FAUSTO, Amaro - A família portuguesa. Tendências actuais. *Cidade Solidária* (Julho, 2004) p. 1-5
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva e MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva - Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Rev Esc Enferm USP*, 43:3 (2009) p.615-621
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2001: resultados definitivos. Lisboa, INE, 2001.
- MARAU, Josefina - O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 23 (2007) p. 319-325
- MELLO, Débora F. et al - Genograma e Ecomapa: Possibilidade de utilização na estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum* 15:1 (2005) p.79-89
- PEREIRA, Amanda et al - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm* 62:3 (2009) p.407-416
- REBELO, Luis - Genograma familiar. O bisturi do Médico de Família. *Rev Port Clin Geral* 23 (2007), p. 309-317
- RIBEIRO, Cristina - Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:299-306
- ROCHA, Semiramis, NASCIMENTO, Lucila e LIMA Regina - Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: Subsídios para o ensino de graduação. *Rev Latino-am Enfermagem* 10:5 (2002) p. 709-714
- SILVA, Luzia et al - Família uma Unidade de Cuidados para os seus Membros: Inquietações Reflexivas. *Servir* 56:5 (2008) p.159-166
- WENDT, Naiane Carvalho e CREPALDI, Maria Aparecida - A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e crítica* 21:2 (2007) p. 302-310

Apêndice E – Processo Formativo – Promover a Resiliência na Criança/Família

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DO CASTELO

# Promover a Resiliência na Criança/Família

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGEIREDO, 2009)  
Avaliação, Diagnósticos e Intervenções

Resiliência  
Promoção de Saúde

Apresentação e Discussão do Programa  
*Promover a Resiliência na Criança/Família* (1ªVersão)



Ana Freire Botas

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP

11 de Junho de 2010

## Objectivo Geral

-Sensibilizar a equipa de enfermagem para desenvolver/ implementar o programa *Promover a Resiliência na Criança/Família*.

## Objectivos específicos

- Descrever e enunciar noções alicerçadas ao MDAIF relacionadas com a avaliação, diagnóstico e intervenções;
- Contextualizar o constructo resiliência e as noções básicas que lhe estão alicerçadas;
- Apresentar e reflectir sobre o programa de *Promover a Resiliência na Criança/Família* (1ªVersão).

## Estrutura

### MDAIF

Avaliação, Diagnósticos e Intervenções

### Resiliência

Factores de Risco, Factores Protectores e  
Indivíduos Resilientes

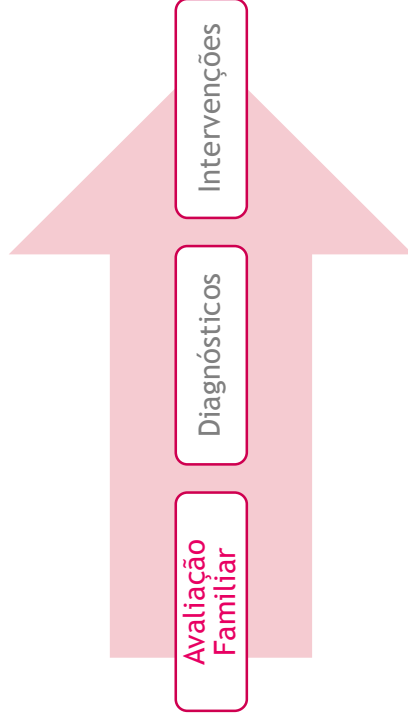
### Programa *Promover a Resiliencia na Criança/Família*

Apresentação e discussão

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (FIGEIREDO, 2009)

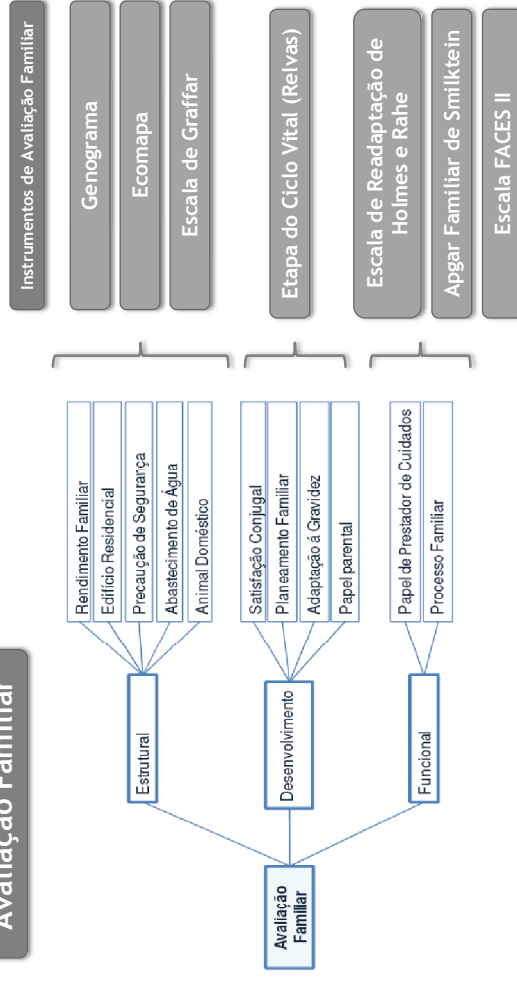
Avaliação, Diagnósticos e Intervenções

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIRO, 2009)



Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIRO, 2009)

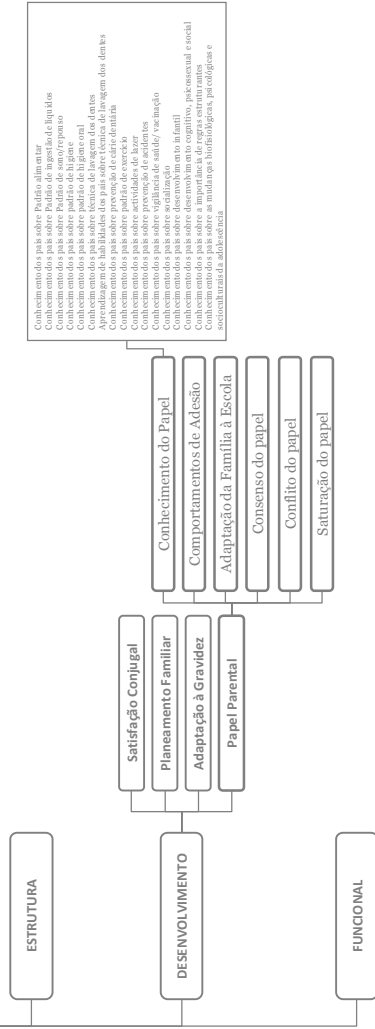
Avaliação Familiar



(adaptado FIGUEIRO, 2009: p.269)

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIREDO, 2009)

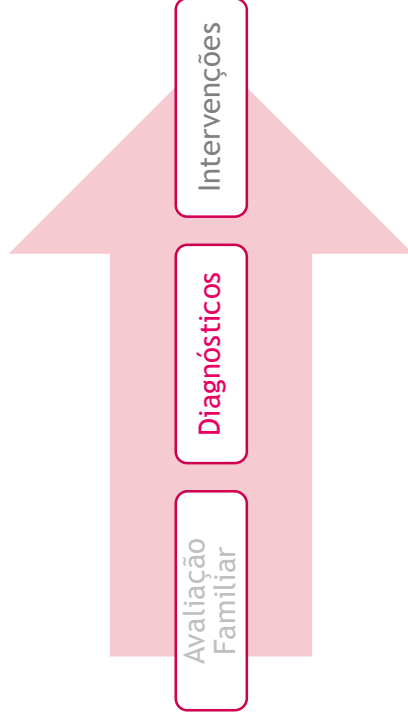
Avaliação Familiar  
Exemplo



--- Dimensões --- Áreas de Atenção --- Dimensões --- Categorias avaliativas

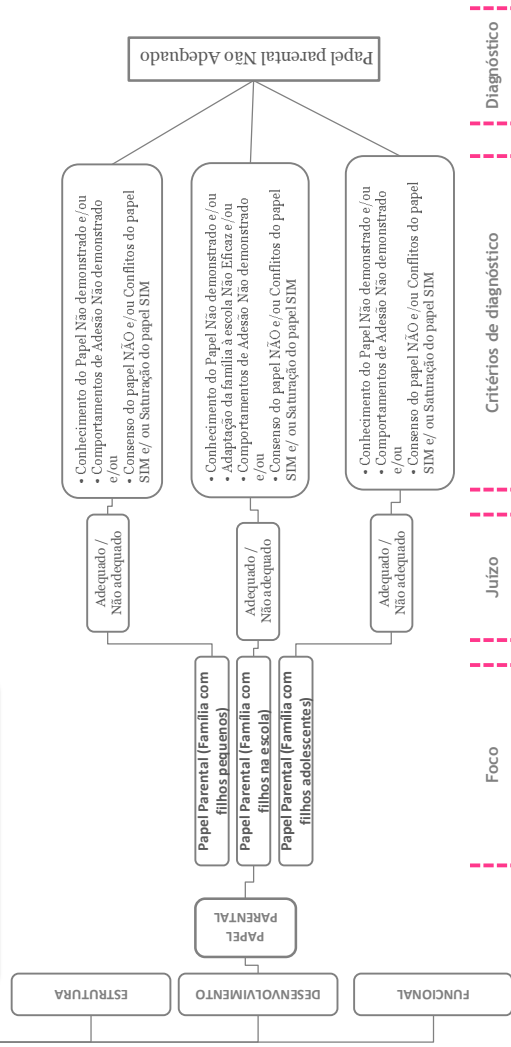
(adaptado de FIGUEIREDO, 2009)

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIREDO, 2009)



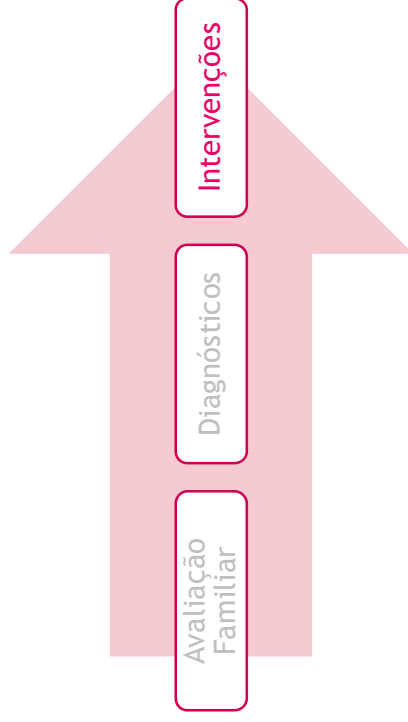
## Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGEIREDO, 2009)

### Diagnósticos Exemplo



(adaptado de FIGEIREDO, 2009)

## Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGEIREDO, 2009)



## Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIRO, 2009)

### Intervenções Exemplo

Papel parental Não Adequado

Adaptação da família à escola Não Eficaz

Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários;  
Advogar criação de espaço para a criança estudar;  
Motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança;  
Motivar os pais para a participação nas reuniões e actividades escolares;  
Promover a socialização/autonomia da criança;

Diagnóstico

Critério de diagnóstico

Intervenções sugeridas

## RESILIÊNCIA

(adaptado de FIGUEIRO, 2009)

## RESILIÊNCIA



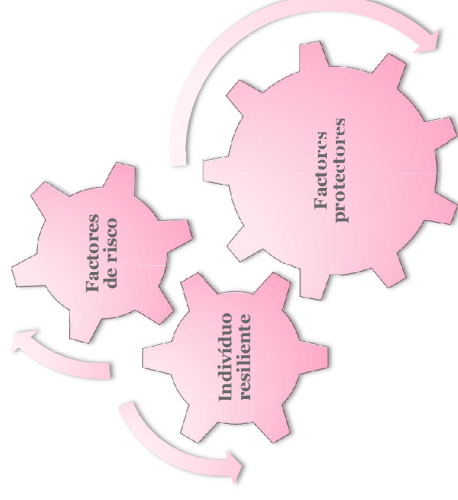
Em 1807, surge o termo resiliência na área da física e engenharia, sendo um dos seus precursores o cientista Thomas Young. Este definiu a resiliência de um material como a capacidade deste não sofrer deformações plásticas permanentes após a absorção de determinada energia.



O conceito de resiliência foi adoptado pelas ciências sociais e humanas para caracterizar os indivíduos que apesar de sujeitos a grandes adversidades apresentam um desenvolvimento saudável.

## RESILIÊNCIA

### Resiliência : Noções básicas



## RESILIÊNCIA

### Resiliência : Noções básicas

#### Factores de Risco

- É qualquer característica ou qualidade de uma pessoa ou comunidade unida a uma elevada probabilidade de danificar a saúde.

• Adaptado de MUNIST et al (1998: p.12)

**Factores centrados na criança**  
(exemplo: prematuridade)

**Factores ligados à configuração familiar**  
(exemplo: separação dos pais)

**Factores socioambientais**  
(exemplo: pobreza)

ANAUT (2005)

## RESILIÊNCIA

### Resiliência : Noções básicas

#### Factores protectores

- “...modificam a reacção à situação que apresenta risco, ao reduzir o efeito do risco e as reacções negativas em cadeia.”

• Rutter (1990), citado por ANAUT (2005:p.51)

**Factores individuais**  
(exemplo: capacidades cognitivas)

**Factores familiares**  
(exemplo: coesão familiar)

**Factores de suporte**  
(exemplo: serviços sociais)

Garnezy, citado ANAUT (2005)

## RESILIÊNCIA

### Resiliência : Noções básica

#### Indivíduos resilientes

- São aqueles que ao estar inseridos numa situação de adversidade, que dizer, ao estar expostos a um aglomerado de factores de riscos, têm a capacidade de utilizar os factores protectores sobrepondo-se à adversidade, crescer e desenvolver-se adequadamente.

•Adaptado de MUNIST et al (1998: p.12)

*falhas de resiliência*

## RESILIÊNCIA

### Resiliência : Noções básica

#### A resiliência não é perene

*“...no estado actual das investigações, a resiliência surge não como um processo estável e adquirido de maneira permanente, mas que se constrói e pode variar consoante as circunstâncias da vida e os contextos ambientais.”*

ANAUT (2005:p.60)

*falhas de resiliência*

RESILIÊNCIA

Resiliência e  
Promoção de Saúde

A Carta de Ottawa define promoção de saúde como sendo o “processo de capacitação de indivíduos e colectivos para que tenham um controlo sobre os determinantes de saúde, objectivando uma melhor qualidade de vida”.

RESILIÊNCIA

Resiliência e  
Promoção de Saúde

“resiliência é um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde”

SILVA (2005, p.99)

RESILIÊNCIA

Resiliência e  
Promoção de Saúde

*“...pode ser um referencial importante para os profissionais de saúde, tendo em vista a possibilidade de se adoptar um novo referencial de saúde, de forma que suas práticas possam estar voltadas para o desenvolvimento da qualidade de vida e de comunidades resilientes, promovendo, assim, a saúde nos grupos e populações.”*

LASMAR e RONZANI (2009, p.347)

*Promover a Resiliência na Criança/Família (1ª Versão)*



## Promover a Resiliência na Criança/Família (1ª Versão)

### Capa



### Título

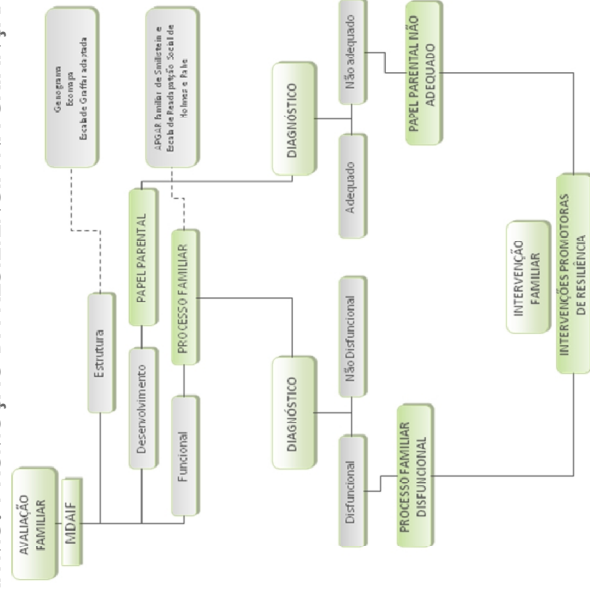
## Promover a Resiliência na Criança/Família (1ª Versão)

### Índice

0. NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
1. RESILIÊNCIA.....	6
1.1 Factores de Risco, Factores Protectors e Individuos Resilientes.....	7
1.1.1 Factores de Riscos.....	7
1.1.2 Factores Protectors.....	7
1.1.3 Individuos Resilientes.....	7
1.2 Resiliência e Promoção de Saúde.....	8
2. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR E A RESILIÊNCIA.....	10
2.1 Avaliação Familiar.....	11
2.1.1 Área de Atenção: Psiquiatria.....	11
2.1.2 Área de Atenção: Processo Familiar.....	12
2.2 Intervenção Familiar e Resiliência.....	13
3. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE RESILIÊNCIA.....	14
4. ALGORITMO: PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA.....	17
5. BIBLIOGRAFIA.....	18
ANEXOS.....	20
Anexo I - NDAIF – Avaliação Familiar.....	21
Anexo II - NDAIF – Diagnósticos de Enfermagem.....	22
Anexo III - Acções promotoras de resiliência na criança nas diferentes faixas etárias.....	23
Anexo IV - Resumo dos Processos-Chave de Resiliência em Família.....	24

Promover a Resiliência na Criança/Família (1ª Versão)

ALGORITMO: PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA



Promover a Resiliência na Criança/Família (1ª Versão)

USF do Castelo  
Diagnóstico Social do Concelho de Sesimbra

- PROBLEMAS E FRAGILIDADES
- Contextos familiares disfuncionais / famílias desestruturadas
  - Crianças e jovens em situação de risco
  - Desresponsabilização / 'demissão' das famílias
  - Escassez de estruturas de apoio à família
  - Articulação deficiente / insuficiente da intervenção local

## RECURSOS E POTENCIALIDADES

o Implementação da Rede Social no concelho

o Multiplicidade e diversidade de entidades com intervenção local (possibilidade de rentabilização dos recursos)

o Tendência para uma crescente articulação das diversas entidades locais (já visível na procura de respostas concretas no terreno, soluções integradas e não apenas pontuais)

o Esforço de 'formação cívica' das famílias que tem vindo a ser feito pelas equipas de intervenção local (famílias assumirem as suas responsabilidades no cuidado aos familiares dependentes: crianças, idosos, deficientes, etc.)

o Promoção de algumas acções de formação dirigidas à famílias disfuncionais: gestão financeira doméstica, higiene, aptidões sociais e cognitivas, etc.)

o Bom relacionamento entre técnicos das algumas entidades com intervenção social local (capacidade de resolução de alguns problemas de forma informal e célere)

o Boa articulação entre entidades locais no que respeita à sinalização de crianças e jovens em risco

o Empenhamento e dinamismo de algumas entidades locais no que respeita à procura de respostas ao nível do voluntariado (sobretudo, recursos humanos)

o Capacidade e qualidade de resposta ao nível dos Cuidados de Saúde Continuados

o Formas/metodologias de articulação encetadas com sucesso entre algumas entidades de intervenção social local e alguns serviços desconcentrados da administração central (emprego, formação, acção social, etc.)

o Existência no concelho de entidades/movimentos associativos (Sociedade Civil) fortemente empenhados no apoio à intervenção social

o Forte empenhamento de alguns técnicos (de vários sectores de actividade: saúde, educação/formação, emprego, voluntariado, acção social, etc.)

o Boa articulação entre entidades locais no que respeita à sinalização de crianças e jovens em risco

o Empenhamento e dinamismo de algumas entidades locais no que respeita à procura de respostas ao nível do voluntariado (sobretudo, recursos humanos)

o Formas/metodologias de articulação encetadas com sucesso entre algumas entidades de intervenção social local e alguns serviços desconcentrados da administração central (emprego, formação, acção social, etc.)

o Capacidade e qualidade de resposta ao nível dos Cuidados de Saúde Continuados

o Existência no concelho de entidades/movimentos associativos (Sociedade Civil) fortemente empenhados no apoio à intervenção social

o Forte empenhamento de alguns técnicos (de vários sectores de actividade: saúde, educação/formação, emprego, voluntariado, acção social, etc.)

## Promover a Resiliência na Criança/Família (1ªVersão)

### USF do Castelo Diagnóstico Social do Concelho de Sesimbra

## Promover a Resiliência na Criança/Família (1ªVersão)

### USF do Castelo

#### CONSULTA DE SAÚDE MATERNA

#### CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL

### Programa Promover a Resiliência na Criança/Família

### Diagnóstico Social do Concelho de Sesimbra

#### INDICADORES

- 30% • Percentagens de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas as puerperas vigiadas durante a gravidez
- 30% • Percentagens de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas ao RN até ao 15 dias de vida
- 99% • Percentagens de diagnósticos precoces realizados até ao sétimo dia de vida do RN

## BIBLIOGRAFIA

- ANAUT, M. - *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi, 2005.
- FIGUEIRODO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- GILLESPIE, Brigit M., WENDY, WALLIS, Marianne - Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*. 25:1-2. (May - June, 2007) p.124 - 135.
- GOMES, Ana Marques - A importância da resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência: o papel dos profissionais da educação/reabilitação. *Saber (e) Educar*. ISSN 0873-3600. 11 (2006) p.49-71.
- MUNIST, Mabel [et al.] - *Manual de identificação y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. 1998. [consult. 10.Mar. 2010]. Disponível em <URL: <http://resilinet.uhu.es/libraxy/resilman.html>>.
- RODRIGUES, Walter, AMOR, Teresa e MATIAS, Carla - *Diagnóstico Social do Concelho de Sesimbra*. Centro de Estudos Territoriais, Março 2005.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986.
- PEREIRA, Amanda et al. - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm* 62:3 (2009) p.407-416
- SILVA, Maria Santos [et al.] - Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis 18:1 (2009) p.92-99.
- VILLALBA QUESADA, Cristina - El concepto de resiliencia individual e familiar. *Aplicaciones en la intervención social*. ISSN 1132-0559. 12:3 (2004) p.283-299.
- YUNES, Maria Angela Mattar - *Psicologia Positiva e Resiliência: o Foco no Indivíduo e na Família*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8 (2003) p.75-84.

## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO\*

### IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

Curso/Ação:

Data(s):

Duração:

### PROGRAMA DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito claros
Conteúdo da Acção	Inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completamente adequado
Utilidade do Tema	Inaplicável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente aplicável

### FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Motivação e participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito aberto
Instalações	Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Meios Audiovisuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Documentação	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adequada na totalidade
Utilização dos suportes	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito adequada

### QUALIDADE DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Disponibilidade	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Conhecimento	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom

MPR/SF

\* Instrumento de avaliação gentilmente cedido pelo Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

## SUGESTÕES / CRÍTICAS / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Tema a desenvolver mais profundamente

Outros temas a incluir em Acções deste tipo \_\_\_\_\_

Aspectos mais positivos na Acção \_\_\_\_\_

Aspectos a melhorar \_\_\_\_\_

Sugestões \_\_\_\_\_

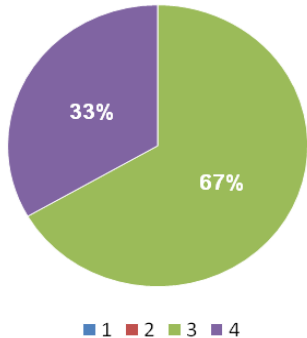
## OBSERVAÇÕES

Dê sugestões sobre outros assuntos, que gostaria de ver tratados em actividades futuras

Nome (optativo) \_\_\_\_\_

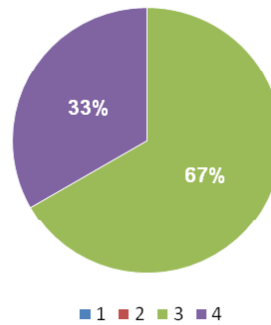
## PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Temática	<b>Promover a Resiliência na Criança/Família</b>
Instituição/ Serviço	Unidade de Saúde do Castelo
Data	11 de Junho de 2010
Hora	14h-15h30
Local	USF do Castelo – Gabinete do Apoio domiciliário
Destinatários	Enfermeiros
Fundamentação/ Pertinência	<p>As transições inerentes ao ciclo de vida da família bem como os contextos no qual esta vive podem constituir factores de riscos. Capacitar a criança/família de uma prática de cuidados capaz de identificar e mobilizar os factores protectores de que dispõe, pode criar condições para que os membros da família construam uma trajectória de vida saudável. Emerge assim o constructo resiliência designado por ANAUT (2005:p.43) como a “...<i>arte de se adaptar às situações adversas (condições biológicas e sociopsicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapésíquicos) e externos (ambiente social e afectivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada e a inserção social.</i>”</p> <p>Segundo SILVA (2005: p.99) a “...<i>resiliência é um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde</i>”.</p> <p>Bibliografia:            ANAUT, M. – <i>A resiliência: ultrapassar os traumatismos</i>. Lisboa: Climepsi, 2005.            SILVA, Maria Santos [et al.] – Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso. <b>Texto Contexto Enfermagem</b>. Florianópolis 18:1 (2009) p.92-99.</p>
Objectivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para desenvolver/ implementar o programa <i>Promover a Resiliência na Criança/Família</i> .
Objectivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Descrever e enunciar noções alicerçadas ao MDAIF relacionadas com a avaliação, diagnóstico e intervenções;</li> <li>- Contextualizar o constructo resiliência e as noções básicas que lhe estão alicerçadas;</li> <li>-Apresentar e reflectir sobre o programa de <i>Promover a Resiliência na Criança/Família</i> (1ªVersão).</li> </ul>

Concepção/ Organização	Enf. <sup>a</sup> Paula Silvestre Enf. <sup>a</sup> Ana Freire Botas						
Formadores	Enf. <sup>a</sup> Ana Freire Botas						
Caracterização da Formação	Metodologia de Formação - Expositiva (Microsoft Power Point-Slide Show) - Activa (Discussão de grupo)						
	Metodologia de Avaliação - Questionário						
	Recursos e Materiais - DataShow - Computador						
	Outros Realizado poster de divulgação da sessão formativa						
Avaliação	<p>Participaram nesta formação seis enfermeiros, perfazendo um total de 86% da equipa de enfermagem.</p> <p>Aplicada a ficha de avaliação, gentilmente cedida pelo Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., aos formandos obtiveram-se os resultados abaixo apresentados.</p> <p>No que se refere aos objectivos da acção 67% dos formandos classificaram no item 3 e 33% no item 4 numa escala de 1 a 4 que corresponde a confusos e muito claros respectivamente. Assim sendo, conclui-se que os objectivos apresentados para a formação foram claros.</p> <p style="text-align: center;"><b>Objectivos da Acção</b></p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Porcentagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>33%</td> </tr> </tbody> </table> <p>O conteúdo da acção foi classificado em 67% no item 3 e 33% no item 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inadequado a completamente adequado respectivamente. Desta forma o conteúdo</p>	Item	Porcentagem	3	67%	4	33%
Item	Porcentagem						
3	67%						
4	33%						

da acção foi considerado adequado.

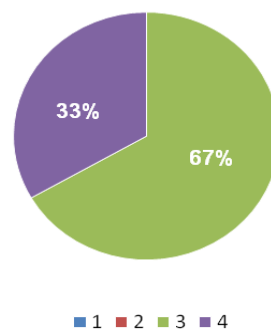
### Conteúdo da Acção



A utilidade do tema foi classificada pelo total dos formandos em 3 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inaplicável e totalmente aplicável respectivamente. Assim os formandos consideram o tema da acção como aplicável.

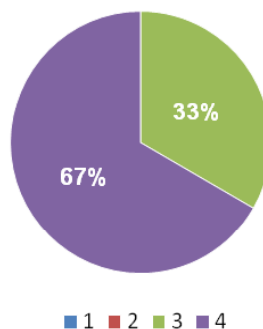
No que concerne à motivação e participação dos formandos, estes classificaram em 3, 67% e 33%, 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a ausente e plena respectivamente.

### Motivação e participação



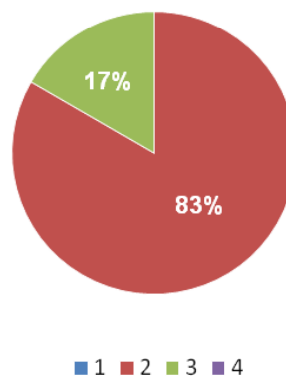
Pode concluir-se que o relacionamento entre os participantes foi muito aberto uma vez que 67% dos formandos classificaram no 4 e 33% no 3, numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a fechado e muito aberto respectivamente.

## Relacionamento entre os participantes



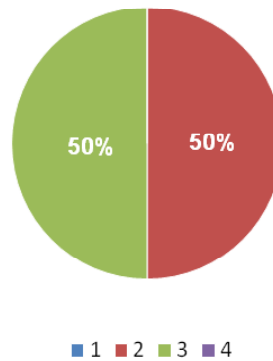
Em relação às instalações, os formandos classificaram em 83% no 2 e 17% no 3 numa escala de más a excelente respectivamente. Assim, e de uma forma geral, os formandos classificaram as instalações como pouco adequadas.

## Instalações



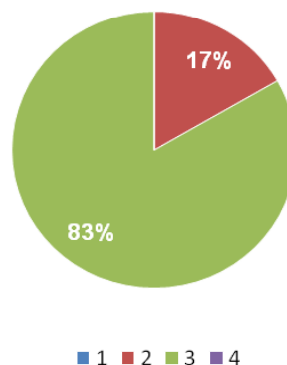
Os meios audiovisuais foram classificados pelos formandos no item 2 e 3 em 50% numa escala de 1 a 4, em que o 1 corresponde a escassos e o 4 a excelentes. Estava planeado a utilização de um datashow, contudo e por impossibilidade da sua utilização foi utilizado apenas o computador.

## Meios Audiovisuais



No que respeita à documentação, os formandos classificaram em 83% no item 3 e 17% no 2, numa escala em que o 4 corresponde a adequado na totalidade e o 1 a inadequado. Desta forma os formandos consideraram que a documentação cedida foi adequada.

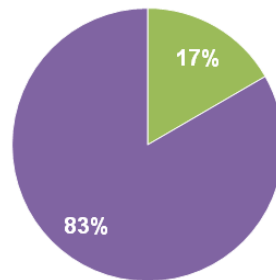
## Documentação



A utilização de suporte foi classificada no item 3 numa escala de 1 a 4, em que o primeiro significa inadequada e o 4 muito adequada, por 4 formandos, sendo que dois não respondem à questão.

No que confere à disponibilidade do formador, os formandos classificaram no item 4 num total de 83% e no item 3 em 17%, numa escala de 1 a 4 em que o primeiro representa insuficiente e o 4 muito bom. Desta forma conclui-se que a disponibilidade do formador é muito boa.

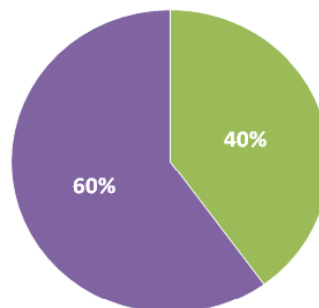
## Disponibilidade



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Na escala de 1 a 4, correspondendo o 1 a insuficiente e o 4 a muito bom, os formandos classificam a acção no que respeita ao conhecimento do formador em 3 e 4, 40% e 60% respectivamente. Assim o conhecimento do formador em relação à temática é muito bom.

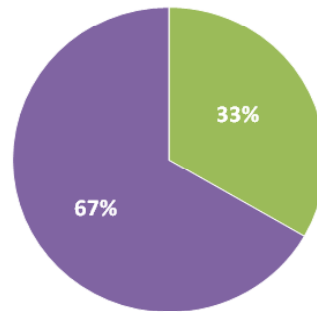
## Conhecimento



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Utilizada a mesma escala acima supracitada, os formandos classificam a clareza da exposição em 4 e 3 correspondendo a uma percentagem de 60 e 40 respectivamente. De referir que um dos formando não respondeu a esta questão. Assim, pode considerar-se que a exposição foi bastante clara.

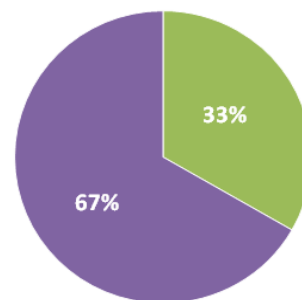
## Clareza da Exposição



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que respeita ao esclarecimento de dúvidas, os formandos classificam em 4 e 3, respectivamente 67% e 33%. Desta forma o esclarecimento de dúvidas foi muito bom.

## Esclarecimento de Dúvidas



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que confere às questões abertas, não existiram comentários.



UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DO CASTELO

# Promover a Resiliência na Criança/Família

Formação

Destinatários

Enfermeiros

Horário

14 horas

Data de realização

11 de Junho de 2010

Local

USF (Gabinete a designar)

**Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar  
(FIGEIREDO, 2009)**

Avaliação, Diagnósticos e Intervenções

**Resiliência**

Promoção de Saúde

**Apresentação e Discussão do Programa**

***Promover a Resiliência na Criança/Família (1ª Versão)***

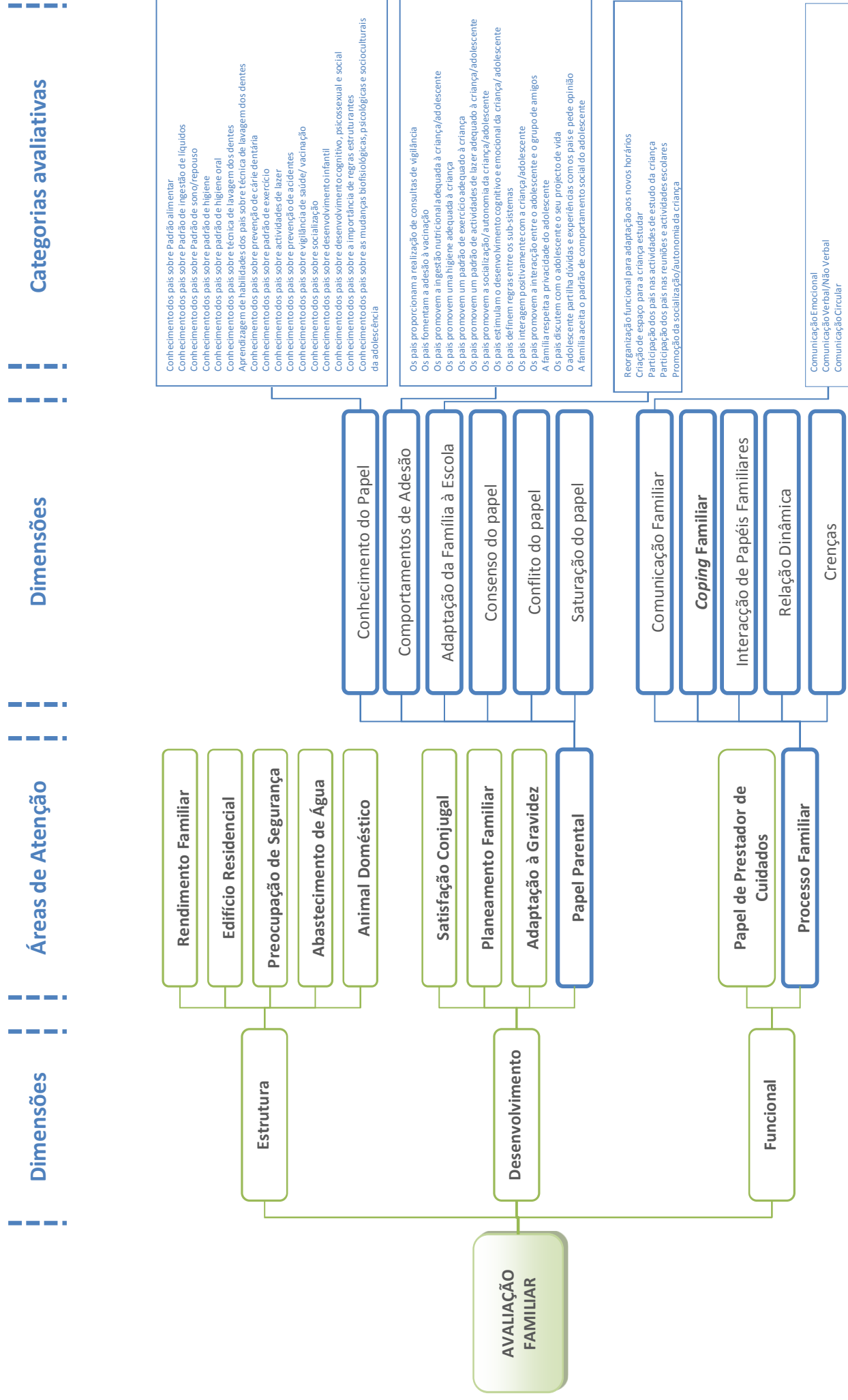


Apêndice F – Colectânea de Textos - Resiliência e Avaliação Familiar

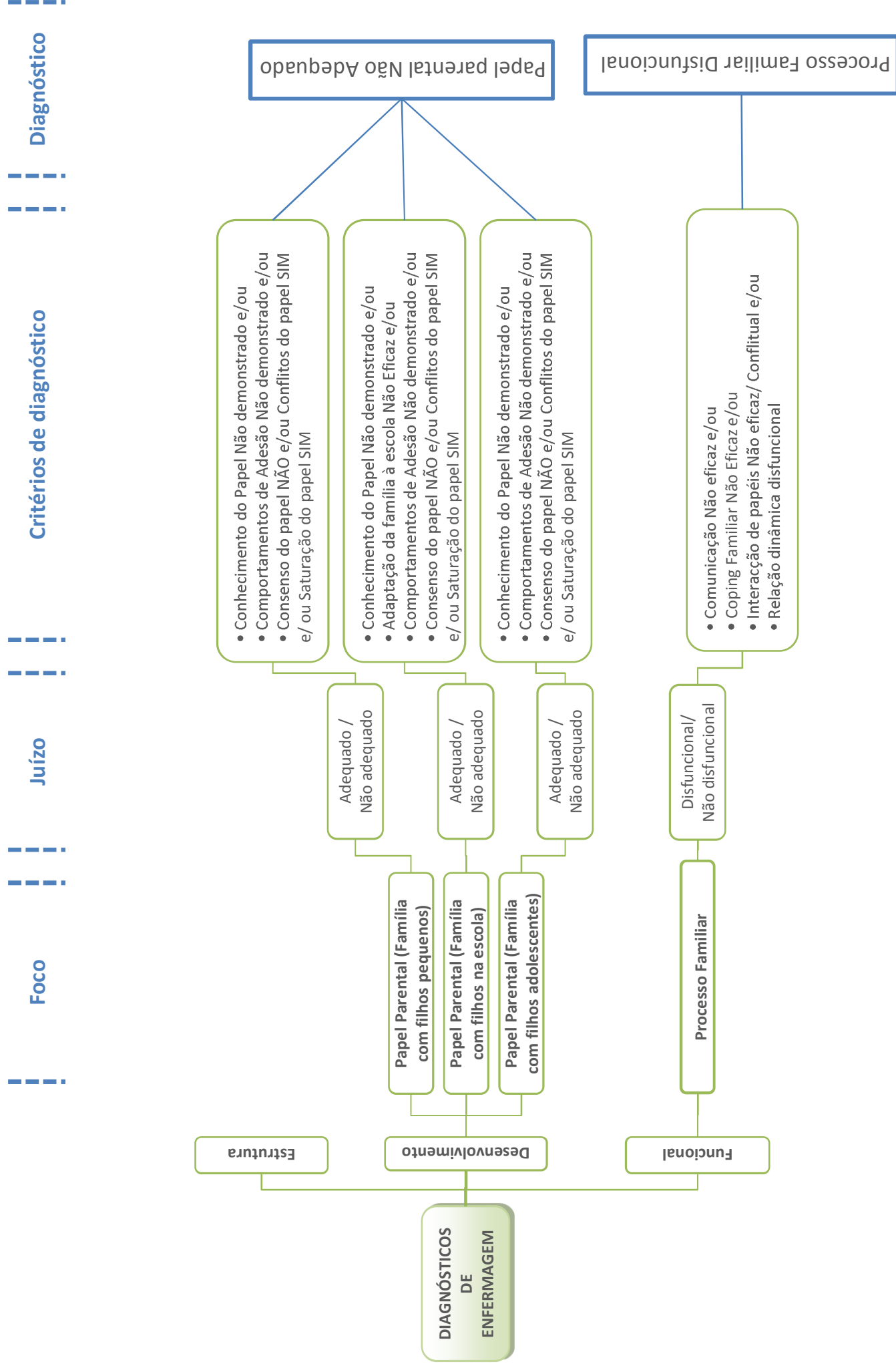
**Documentação no cd em anexo no relatório**

Apêndice G – Programa *Promover a Resiliência na Criança/Família*

# PROGRAMA PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA



# PROGRAMA PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA



## A CRIANÇA DOS 0 AOS 3 ANOS DE IDADE

Que podem fazer os pais e cuidadores?

- Promover amor incondicional, expressa-lo física e verbalmente, seja abraçando-o, acariciando-o ou usando palavras suaves para aclamar, confortar e encorajar a que a criança se acalme por si mesma;
- Promover a amamentação imediatamente após o nascimento e mantê-la como alimentação exclusiva até aos 4 ou 6 meses e continuada até aos primeiros anos de vida da criança;
- Reforçar regras e normas adequadas ao 2 e 3 anos de idade, e utilizar o reforço positivo e outras formas de disciplina que não humilhem, danifiquem ou expressem atraso;
- Modelar comportamentos que comuniquem confiança, optimismo e fé em bons resultados, para a criança dos 2 aos 3 anos de idade;
- Elogiar a criança por realizações e progressos como o controlo de esfíncteres (na devida idade), autocontrolo, progressos na linguagem ou qualquer outro progresso no seu desenvolvimento;
- Estimular a criança de 2 a 3 anos para que realize actividades por si mesma com o mínimo de ajuda dos adultos;
- Reconhecer e nomear os sentimentos da criança, e desta forma, estimulá-lo para que reconheça e expresse os seus próprios sentimentos e que seja capaz de reconhecer alguns sentimentos dos outros (por exemplo: tristeza, alegria, felicidade, etc...);
- Usar o desenvolvimento da linguagem para reforçar aspectos de resiliência que ajude a criança a enfrentar a adversidade. Por exemplo, dizer-lhe “eu sei que tu és capaz” promove a sua autonomia e reforça a fé nas suas próprias capacidades para resolver os problemas; da mesma maneira, dizer-lhe “eu estou aqui, contigo” conforta a criança e lembra-lhe que existe uma relação de confiança da e que poder estar segura;
- Perto dos três anos, preparar a criança para situações desagradáveis ou adversas (gradualmente se for possível), falando sobre estas, lendo-lhe livros, através de jogos de relação, etc.
- Estar atento ao próprio temperamento e ao da criança, para ajustar o mais rápido possível ou lentamente introduzir mudanças.
- Ponderar a liberdade de exploração da criança com apoios seguros;
- Oferecer explicações e reconciliações em conjunto com regras e disciplina;
- Oferecer à criança consolo e apoio em situações de stress e risco;
- Promover um ambiente estável nos primeiros meses de vida, mas com novidades (novas experiencias, novas pessoas, outros lugares) nas crianças dedos 2 aos 3 anos de idade.

## A CRIANÇA DOS 4 AOS 7 ANOS DE IDADE

Que podem fazer os pais e cuidadores?

Para promover a resiliência na criança desta faixa etária, os pais e cuidadores em conjunto com os agentes de saúde e educadores, podem:

- Oferecer-lhe amor incondicional;
- Expressá-lo esse amor verbalmente;
- Abraçá-lo e usar uma voz suave para acalmar a criança; ensinar técnicas para que a criança fique calma antes de falar sobre os comportamentos inaceitáveis desta bem como dos seus problemas. Essas técnicas podem ser: respirar profundamente e contar até dez antes de reagir.
- Moldar comportamentos resilientes frente a desafios tais como problemas interpessoais, conflito ou adversidade; demonstrar os comportamentos adequados nas diferentes situações; promover os valores, a confiança, o optimismo e a auto-estima de forma permanente;
- Reforçar normas e regras: usar o reforço positivo e outras formas de disciplinar que estabeleçam limites ao comportamento negativo e mostrar algumas consequências deste, sem humilhar a criança;
- Elogiar a criança por realizações tais como construir um quebra-cabeças ou ler um folheto, ou por condutas positivas como deixar os brinquedos arrumados ou expressar aborrecimento sem fazer birras;
- Incentivar a que realize actividades independentemente, com o mínimo de ajuda de adultos;
- Continuar a promover a aprendizagem no reconhecimento de sentimentos próprios e dos outros;
- Expor a criança gradualmente a situações adversas e prepará-la para estas mediante conversas, leituras, e identificação e discussão de factores de resiliência que podem ser úteis;
- Incentivar a criança a que demonstre simpatia e afecto, a que seja agradável e para que realize coisas bonitas para os outros;
- Incentivar a utilização das suas capacidades para a comunicação e solução de problemas, para resolver conflitos interpessoais ou pedir ajuda aos outros quando necessite;
- Comunicar várias vezes com a criança para discutir sobre acontecimentos e problemas quotidianos, assim como para partilhar ideias, observações e sentimentos;
- Ajudar a criança a responsabilizar-se pelos seus comportamentos negativos e que perceba que as suas acções positivas têm consequências também elas positivas.
- Equilibrar

- Aceitar os erros e falhas da criança mas ao mesmo tempo orientá-la para que melhore;
- Oferecer-lhe compreensão e oportunidades de reconciliação em conjunto com a exigência do cumprimento das regras e normas;
- Dar consolo e aliento nas situações de stress;
- Promover e desenvolver a flexibilidade na criança para que opte por um gama de factores de resiliência como resposta a situações adversas, por exemplo, procurar ajuda em vez de ficar sozinha em situações difíceis; mostrar simpatia e compreensão em vez de continuar com medo e com birras; partilhar sentimentos com um amigo em vez de continuar a sofrer sozinha.

Adaptado de MUNIST, Mabel [et al.] – **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. 1998. [consult. 10 Mar. 2010]. Disponível em <URL: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>>.

## CRIANÇA DOS 8 AOS 11 ANOS DE IDADE

Que podem fazer os pais e cuidadores?

- Promover amor incondicional;
- Expressá-lo esse amor verbalmente e fisicamente de forma adequada à idade;
- Usar limites, comportamentos tranquilizadores e observações verbais para ajudar a criança a controlar e moldar os seus sentimentos, especialmente os negativos e as respostas impulsivas;
- Desenvolver comportamentos que transmitam valores e normas, incluindo factores de resiliência;
- Explicar claramente as normas e expectativas;
- Elogiar as conquistas e comportamentos desejados, tais como finalizar uma tarefa difícil;
- Promover oportunidades de praticar como lidar com problemas e adversidades através da exposição de situações adversas e fantasiadas; oferecer uma guia de soluções para problemas baseada no uso de factores de resiliência apropriados;
- Incentivar a comunicação de conquistas, expectativas, sentimentos e problemas para que discussão e partilha;
- Equilibrar o desenvolvimento de autonomia com a ajuda que deve estar sempre disponível, mas nunca imposta;
- Equilibrar as consequências ou sanções de erros com o carinho e compreensão, assim a criança pode falhar sem sentir demasiada angústia ou medo;
- Comunicar e negociar com a criança acerca da sua crescente independência, as suas novas expectativas e novos desafios;
- Incentivar a que aceite as responsabilidades dos seus comportamentos e ao mesmo tempo, promover a confiança e optimismo nos resultados esperados;
- Promover e desenvolver a flexibilidade para que a criança seleccione diferentes factores de resiliência em resposta a situações adversas, por exemplo, procurar ajuda ao invés de ficar sozinha numa situação muito difícil; mostrar simpatia e compreensão em vez de continuar com medo; e partilhar os sentimentos com um amigo em vez de continuar a sofrer sozinha.

## O Adolescente dos 12 aos 16 anos

Que podem fazer os pais e cuidadores?

Para fortalecer a resiliência nesta etapa da vida, pode-se adoptar algumas acções com os próprios adolescentes e outras com os adultos responsáveis pelo mesmo. Entre as primeiras estão aquelas que reforçam os rasgos dos jovens resilientes para que os mesmos possam ter o controlo das suas vidas e ultrapassar as dificuldades com melhores ferramentas. Mencionam-se as seguintes medidas:

- Estimular o desenvolvimento das capacidades de escuta, de expressão verbal e não verbal, e da comunicação em geral.
- Fortalecer a capacidade de manobrar a raiva- e as emoções em geral;
- Reforçar a capacidade de optar pela melhor solução para determinado problema e aplicá-la;
- Oferecer a preparação necessária para enfrentar as dificuldades no ingresso no mercado de trabalho bem como vida escolar;
- Reforçar conceitos de protecção familiar e procriação responsável;
- Fomentar a habilidade de reconhecer esforços e realizações;
- Desenvolver a capacidade da comunicação afectiva com os adolescentes;
- Esclarecer os papéis desempenhados dentro da família e favorecer o estabelecimento de limites razoáveis para cada um dos seus membros;
- Favorecer a presença de pelo menos um adulto significativo para o adolescente;

Adaptado de MUNIST, Mabel [et al.] – **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. 1998. [consult. 10 Mar. 2010]. Disponível em <URL: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>>.



## PROCESSOS-CHAVE DA RESILIÊNCIA

### SISTEMA DE CRENÇAS (o coração e a alma da resiliência)

#### 1. Atribuir sentido à adversidade:

- Valorização das relações interpessoais (senso de pertencimento)
- Contextualização dos estressores como parte do ciclo de vida da família
- Sentido de coerência das crises: como desafios administráveis
- Percepção da situação de crise: crenças facilitadoras ou constrangedoras

#### 2. Olhar positivo

- Iniciativa (ação) e perseverança
- Coragem e encorajamento (foco no potencial)
- Esperança e otimismo: confiança na superação das adversidades
- Confrontar o que é possível: aceitar o que não pode ser mudado

#### 3. Transcendência e espiritualidade

- Valores, propostas e objetivos de vida
- Espiritualidade: fé, comunhão e rituais
- Inspiração: criatividade e visualização de novas possibilidades
- Transformação: aprender e crescer através das adversidades

### PADRÕES DE ORGANIZAÇÃO

#### 4. Flexibilidade

- Capacidade para mudanças: reformulação, reorganização e adaptação
- Estabilidade: sentido de continuidade e rotinas

#### 5. Coesão

- Apoio mútuo, colaboração e compromisso
- Respeito às diferenças, necessidades e limites individuais
- Forte liderança: prover, proteger e guiar crianças e membros vulneráveis
- Busca de reconciliação e reunião em casos de relacionamentos problemáticos

#### 6. Recursos sociais e econômicos

- Mobilização da família extensa e da rede de apoio social
- Construção de uma rede de trabalho comunitário: família trabalhando junto
- Construção de segurança financeira: equilíbrio entre trabalho e exigências familiares

### PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO

#### 7. Clareza

- Mensagens claras e consistentes (palavras e ações)
- Esclarecimentos de informações ambíguas

#### 8. Expressões emocionais “abertas”

- Sentimentos variados são compartilhados (felicidade e dor; esperança e medo)
- Empatia nas relações: tolerância das diferenças
- Responsabilidade pelos próprios sentimentos e comportamentos, sem busca do “culpado”
- Interações prazerosas e bem-humoradas

#### 9. Colaboração na solução de problemas

- Identificação de problemas, estressores, opções
- “Explosão de idéias” com criatividade
- Tomada de decisões compartilhada: negociação, reciprocidade e justiça
- Foco nos objetivos: dar passos concretos; aprender através dos erros
- Postura proativa: prevenção de problemas, resolução de crises, preparação para futuros desafios.

2010

# Programa

## Promover a Resiliência na Criança/Família

Orientações de Enfermagem



Resilience of the Flower Beadwork People, 1999

Ana Freire Botas  
Universidade Católica Portuguesa



# Programa

## ***Promover a Resiliência na Criança/Família***

Orientações de Enfermagem

## ÍNDICE

<b>0. NOTA INTRODUTÓRIA</b> .....	4
<b>1. RESILIÊNCIA</b> .....	6
<b>1.1 Factores de Risco, Factores Protectores e Indivíduos resilientes</b> .....	7
1.1.1 Factores de Riscos .....	7
1.1.2 Factores Protectores .....	7
1.1.3 Indivíduos Resilientes .....	7
<b>1.2 Resiliência e Promoção de Saúde</b> .....	8
<b>2. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (FIGUEIREDO, 2009) E A RESILIÊNCIA</b> .....	10
2.1 Avaliação Familiar.....	11
2.1.1 Área de Atenção: Papel Parental .....	11
2.1.2 Área de atenção: Processo Familiar.....	12
2.2 Intervenção Familiar e Resiliência.....	13
<b>3. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE RESILIÊNCIA</b> .....	14
<b>4. ALGORITMO: PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA</b> .....	17
<b>5. BIBLIOGRAFIA</b> .....	18
<b>ANEXOS</b> .....	20
Anexo I - MDAIF – Avaliação Familiar .....	21
Anexo II - MDAIF – Diagnósticos de Enfermagem .....	22
Anexo III - Acções promotoras de resiliência na criança nas diferentes faixas etárias .....	23
Anexo IV - Resumo dos Processos-Chave da Resiliência em Famílias.....	24

## 0. NOTA INTRODUTÓRIA

Cuidar a criança pressupõe cuidar a família na qual esta é parte integrante, constitui a filosofia de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A parceria de cuidados surge como um modelo que torna a criança/família a unidade de cuidados alvo no contexto dos cuidados de saúde. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002:p.9) *“...as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados...”*.

*Cogitar* a família de hoje constitui um processo complexo. *“Actualmente existe uma grande diversidade de tipos e estruturas familiares.”* (FIGUEIREDO 2009:p.616), o que exige aos enfermeiros um conhecimento profundo no que respeita à avaliação e intervenção familiar. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) surge assim como uma *ferramenta-chave* na prestação de cuidados à família pois este oferece, de forma sistematizada, um *corpo* teórico bem como uma avaliação familiar, diagnóstico e intervenções alicerçados ao cuidar a família.

As transições inerentes ao ciclo de vida da família bem como os contextos no qual esta vive podem constituir factores de riscos. Capacitar a criança/família de uma prática de cuidados capaz de identificar e mobilizar os factores protectores de que dispõe, pode criar condições para que os membros da família construam uma

trajectória de vida saudável. Emerge assim o constructo resiliência designado por ANAUT (2005:p.43) como a *“...arte de se adaptar às situações adversas (condições biológicas e sociopsicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambiente social e afectivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada e a inserção social.”*

Segundo SILVA (2005: p.99) a *“...resiliência é um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde”*. A mesma autora acrescenta ainda que *“...embora parece paradoxal, esta relação risco versus produção de saúde é significativa, na medida em que anuncia que famílias, mesmo enfrentando situações adversas, muitas vezes desde que se formam, são potencialmente capazes de desenvolver práticas de cuidados capazes de permitir a emergência de competências individuais de seus membros e colectivas”*.

Assim, surge este programa como um documento que oferece orientações para a prática de enfermagem no âmbito da promoção de resiliência na criança/família, entendendo-a como promotora de saúde e com forte potencial na maximização da adaptação da criança/família aos seus problemas de saúde.

O documento encontra-se organizado em quatro capítulos sendo que ao decorrer deste são abordados a conceptualização de resiliência centrada essencialmente nas noções que lhe estão alicerçadas, factores protectores, factores de risco e individuo resiliente, a resiliência como promotora de saúde, o Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como processo de sistematização da promoção da mesma e por fim surgem estratégias de intervenção para a promoção de resiliência na criança/família. Em anexo encontra informação útil para a compreensão do MDAIF bem

como das estratégias promotoras de resiliência.

## 1. RESILIÊNCIA

O conceito de resiliência foi adoptado pelas ciências sociais e humanas para caracterizar os indivíduos que apesar de sujeitos a grandes adversidades apresentam um desenvolvimento saudável. A resiliência tem constituído objecto de estudo de inúmeras investigações, tendo decorrido desta, várias definições. Segundo Rutter (1995), citado por GOMES (2006: p.50), *“la resiliência se ha caracterizado como um conjunto de processos sociales e intrapsiquicos que possibilitam tener una vida “sana” en un medio insano.”* Citado por a mesma autora (2006: p.51), Grotberg (1995) define a resiliência como a *“...capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ella”* e Luthar et al (2000) *“la resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad”*.

Actualmente, o constructo resiliência tem sido objecto de estudo na investigação em enfermagem e segundo GILLESPIE, CHABOYER e WALLIS (2007:p.125) *“... the concept of resilience has been of interest to various professional groups for many years; however, it is recently that the nursing profession has begun to recognise its potential contribution in diverse clinical contexts”*.

*“...resiliência é um termo francês, surgido do latim resiliencia, que é habitualmente utilizado em física de materiais...”*  
ANAUT (2005:p.45)

## 1.1 Factores de Risco, Factores Protectores e Indivíduos resilientes

Alicerçado ao conceito de resiliência surgem três noções básicas: factores de risco, factores protectores e indivíduos resilientes.

### 1.1.1 Factores de Riscos

Factores de risco, segundo MUNIST et al (1998: p.12), *“es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud”*.

ANAUT (2005) agrupa os factores de risco em *factores centrados na criança* (exemplo: prematuridade), *factores ligados à configuração familiar* (exemplo: separação dos pais) e *factores socioambientais* (exemplo: pobreza).

### 1.1.2 Factores Protectores

Os factores protectores segundo Rutter (1990), citado por ANAUT (2005:p.51), *“...modificam a reacção à situação que apresenta risco, ao reduzir o efeito do risco e as reacções negativas em cadeia.”*.

Garmezy, citado pela mesma autora, define três pólos de protecção, sendo estes os *factores individuais* (exemplo: capacidades cognitivas), *factores familiares* (exemplo: coesão familiar) e *factores de suporte* (exemplo: serviços sociais).

### 1.1.3 Indivíduos Resilientes

*“Cyruunik (1991) propõe a metáfora da pérola para ilustrar o oximoro deste “maravilhoso infortúnio” do funcionamento da resiliência. Quer dizer, como a partir de uma ferida e de um sofrimento o sujeito pode construir uma experiência potencialmente proveitosa para si.”*

(ANAUT, 2005:p.71)

Indivíduos resilientes (MUNIST, 1998:p.12 e 13), *“...son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad , crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorable”*

Contudo, no indivíduo resiliente podem ocorrer *falhas de resiliência*. A resiliência é um processo dinâmico de equilíbrio entre os factores de risco, os factores protectores e as próprias características do indivíduo resiliente. A resiliência não é perene tal como sugere ANAUT (2005:p.60) *“...no estado actual das investigações, a resiliência surge não como um processo estável e adquirido de maneira permanente, mas que se constrói e pode variar consoante as circunstâncias da vida e os contextos ambientais.”*

## **1.2 Resiliência e Promoção de Saúde**

A Carta de Ottawa define promoção de saúde como sendo o *“processo de capacitação de indivíduos e colectivos para que tenham um controle sobre os determinantes de saúde, objectivando uma melhor qualidade de vida”*. Por sua vez, a resiliência considerada como a capacidade de um indivíduo ou grupo sobrevir à adversidade utilizando os factores protectores de que dispõe, poderá constituir uma forma de operacionalização da promoção de saúde. Segundo SILVA (2005, p.99) a *“resiliência é um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde”*.

*“Pienso que todos tenemos la semilla de la resiliencia; de como sea regada dependerá su buen crecimiento”*

(citado por MUNIST, 1998:p.3)

Assim, a resiliência surge como um constructo potencializador de saúde uma vez que, e segundo LASMAR e RONZANI (2009, p.347) *“...pode ser um referencial importante para os profissionais de saúde, tendo em vista a possibilidade de se adoptar um novo referencial de saúde, de forma que suas práticas possam estar voltadas para o desenvolvimento da qualidade de vida e de comunidades resilientes, promovendo, assim, a saúde nos grupos e populações.”*

## 2. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (FIGUEIREDO, 2009) E A RESILIÊNCIA

O MDAIF surge na actualidade como resposta á emergência de uma filosofia de cuidados centrados na família. Com base teórica na Teoria Sistémica, no Modelo de Avaliação de Calgary e Modelo de Intervenção de Calgary oferece *“...uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências.”* (FIGUEIREDO, 2009:p.267). A potencialização deste recursos e forças interioriza em si a própria potencialização dos factores protectores, sejam estes individuais, familiares e/ou de suporte, inerentes ao constructo resiliência.

A avaliação familiar surge neste modelo *“...como a possibilidade de direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar.”* (FIGUEIREDO, 2009:p.268) uma vez que esta possibilita um conhecimento profundo da família. Fortalecer a criança/família consiste em capacitá-la para que perante uma adversidade esta consiga superá-la com ganhos significativos para os seus membros enquanto indivíduos e família, consiste em *empoderar* a família na identificação e utilização dos factores protectores de que dispõe, fazendo frente aos factores de risco que se cruzem no seu trajecto enquanto família. Desta forma é possível promover a resiliência na criança/família, constituindo assim a avaliação familiar a primeira fase.

*“...a utilização do MDAIF permitirá aos enfermeiros proporem intervenções que dêem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades”*

(FIGUEIREDO, 2009:p. 268)

## 2.1 Avaliação Familiar

A dimensão estrutural da avaliação familiar visa *“...identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros sub-sistemas...”* (FIGUEIREDO, 2009:p.269). Nesta dimensão, e no que respeita ao programa apresentado, não foram seleccionados as áreas de atenção definidas no MDAIF, contudo recorre-se aos outros dados avaliativos sugeridos no mesmo, sendo este o genograma, ecomapa e Escala de Graffar adaptada. Foram seleccionados estes instrumentos de avaliação familiar uma vez que permitem, nos casos dos dois primeiros *“...vislumbrar cada família, em sua complexidade e dinamicidade.”* (PEREIRA, 2009:p.411) bem como a relação que esta estabelece com os sistemas externos, e a Escala de Graffar porque *“...possibilita a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos factores de stresse familiares que possam estar associados aos aspectos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda do contexto residencial.”* (FIGUEIREDO, 2009:p.271).

No que se refere à dimensão de desenvolvimento e funcional foram seleccionadas duas áreas de atenção respectivamente, papel parental e processo familiar por se considerar a existência de uma correlação entre estas e a promoção de resiliência na criança/família.<sup>1</sup>

### 2.1.1 Área de Atenção: Papel Parental

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

(FIGUEIREDO, 2009:p.271)

<sup>1</sup> As áreas de atenção seleccionadas para o programa obtiveram validação junto da autora do MDAIF.

O Papel parental constitui uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento, dimensão esta que *“...possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família...”* (FIGUEIREDO, 2009:p.275).

No MDAIF estão definidas as dimensões e categorias avaliativas respectivas (ver anexo I), referentes a esta área de atenção. As dimensões reportam-se ao conhecimento do papel, comportamentos de adesão, adaptação da família à escola e factores de tensão do papel, consenso, saturação e conflito. A avaliação destas dimensões permitem *“...a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições...”* (FIGUEIREDO, 2009:p.275), possibilitando desta forma a promoção da resiliência na criança/família uma vez que, os cuidados antecipatórios constituem factores de protecção perante as transições inerentes às etapas do ciclo vital familiar.

### 2.1.2 Área de atenção: Processo Familiar

O Processo familiar constitui a área de atenção da dimensão funcional expressiva prendendo-se esta com os padrões de interacção familiar.

No MDAIF estão definidas as dimensões e categorias avaliativas respectivas (ver anexo I), referentes a esta área de atenção. As dimensões reportam-se à comunicação familiar,  *coping* familiar, interacção de papéis familiares, relação dinâmica e crenças.

O  *coping* familiar constitui a dimensão que autora designou de *“solução de problemas”*, assumindo esta maior relevância para a temática do programa uma vez que, segundo ICN, citado por

*“...Podemos considerar que as estratégias de coping participam no fenómeno de resiliência considerado como um processo mais vasto...”*

(ANAUT, 2005:p.83)

FIGUEIREDO (2009:p.295) define *coping* como a “[...] disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra as ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico [...]”. Assim, a avaliação do *coping* familiar possibilita a identificação dos membros da família mais activos na resolução de problemas (factores de risco) bem como os recursos externos (factores protectores) a que a família recorre.

Como instrumentos de avaliação familiar, para avaliação da dimensão funcional expressiva prevê-se a utilização do APGAR Familiar de Smilkstein e Escala de Readapatção Social de Holmes e Rahe.

## 2.2 Intervenção Familiar e Resiliência

Decorrente da avaliação acima preconizada, emergem os diagnósticos de enfermagem preconizados no MDAIF para cada uma das áreas de atenção de atenção /dimensões referidas (ver anexo II). São também discriminados critérios de diagnóstico que permitem a formulação de diagnósticos e subconjuntos de diagnósticos. Constituindo o diagnóstico a segunda fase do programa.

*“...APGAR Familiar de Smilkstein, como instrumentos de avaliação familiar que auxiliam na compreensão de aspectos fundamentais do funcionamento familiar, respectivamente, a coesão e adaptabilidade da família e a percepção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma.”*

(FIGUEIREDO, 2009:p.298)

### 3. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE RESILIÊNCIA

A promoção da resiliência na criança/família é sustentada em intervenções que visem o desenvolvimento dos seus factores protectores quer das suas capacidades para a resolução dos problemas.

Intervenções promotoras de resiliência não deverão surgir isoladamente como isso, mas sim integradas na própria vida quotidiana da criança/família. Assim, vários contextos poderão constituir possibilidades reais de promoção da resiliência. Segundo MUNIST (1998), locais como a escola, a casa, a rua, a comunidade, o centro de saúde, podem revelar-se como potenciais promotores de resiliência.

ANAUT (2005:p.139 e 140) sugere que as intervenções podem ser imbuídas no desenvolvimento de factores que podem construir a resiliência dos indivíduos, sendo estes:

- “- a auto-estima;*
- a confiança, o optimismo e o sentimento de esperança;*
- a autonomia e a independência;*
- a resistência e a capacidade de combater o stress;*
- a sociabilidade;*
- as relações sociais existentes;*
- a capacidade de experimentar uma gama variada de emoções;*
- atitudes positivas que permitem enfrentar problemas e resolvê-los, e*

*prever as consequências;*

*- a elaboração da culpabilidade e da vergonha...”*

Intervenções de enfermagem que visem o desenvolvimento dos factores acima descrito são consideradas promotoras de resiliência uma vez que desenvolvem no indivíduo capacidades denominadas de resilientes.

Capacitar a família para o desenvolvimento destas capacidades na criança constitui uma possível estratégia promotora de resiliência. MUNIST et al (1998), no seu Manual de Promoção da Resiliência na criança e adolescente, apresentam inúmeras acções, que podem ser realizadas pelos pais e profissionais de saúde, que favorecem o desenvolvimento da resiliência na criança e adolescentes. Acções como oferecer amor incondicional, modelar comportamentos que comuniquem confiança e optimismo, promover um ambiente estável entre outras (ver anexo III) são apenas algumas das sugeridas pelos autores. Promover nos pais a capacidade de agir de encontro a estas acções encontra matriz na área de atenção papel parental já abordada no capítulo anterior.

Abordada a família como possível promotora de resiliência na criança, perspectivar-se-á agora a promoção da resiliência no próprio grupo familiar, ou seja, no sistema família.

Walsh (2003), citado por YUNES (2003:p.81), propõe neste âmbito *“...um panorama conceitual dentro de três domínios: sistema de crenças da família, padrões de organização e processo de comunicação.”* Decorre assim o quadro em anexo (ver anexo IV), em que a autora oferece um resumo dos processos-chave da resiliência em famílias (YUNES:p.82) que apesar de possuir um cariz conceptual, constitui uma sistematização que conduz à área de atenção processo

*“...o foco da resiliência em família deve procurar identificar e implementar os processos-chave que possibilitam que famílias não só lidem mais eficientemente com situações de crise ou estresse permanente, mas saiam delas fortalecidas, não importando se a fonte de estresse é interna ou externa à família.”*

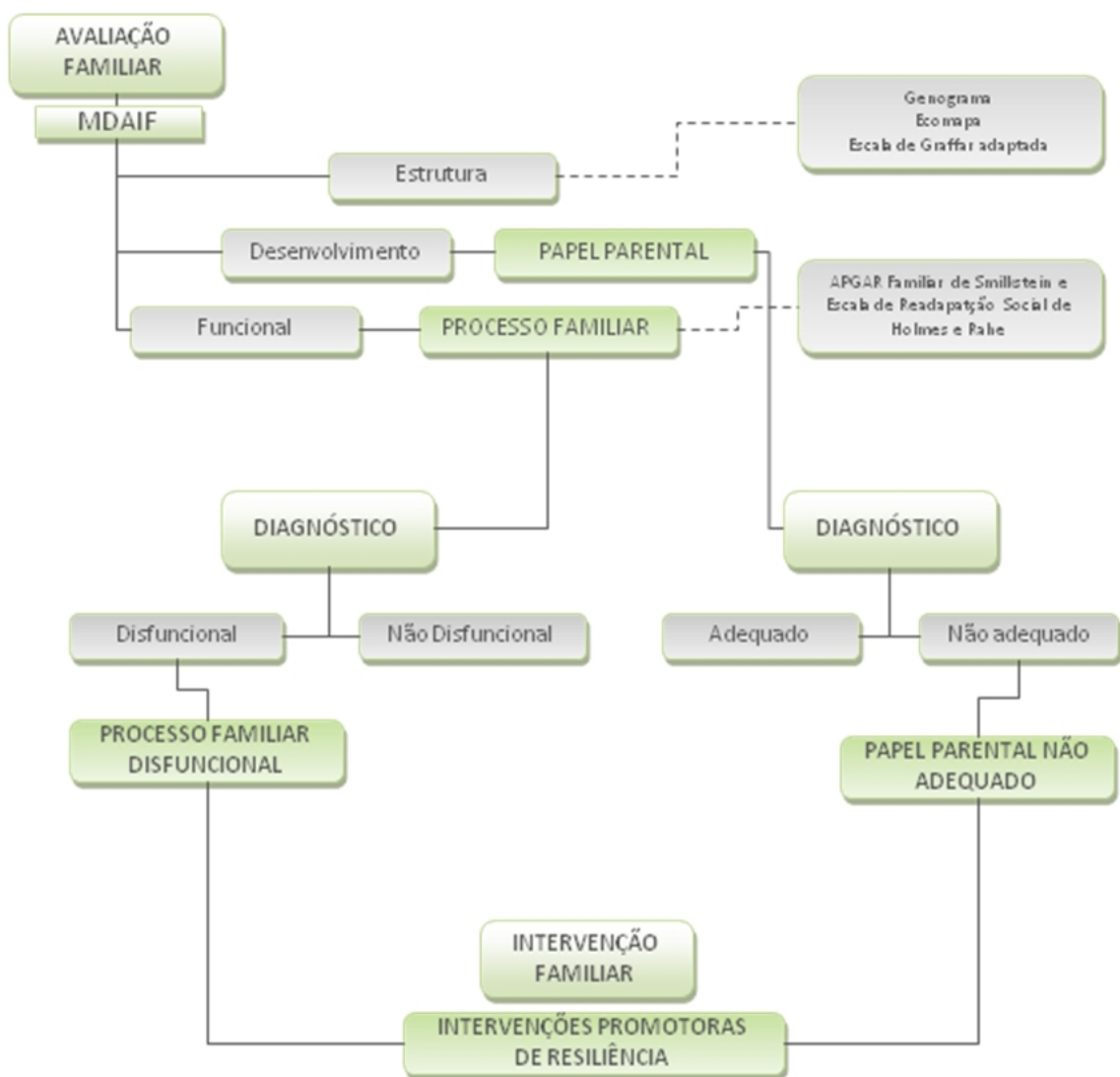
familiar, oferecendo este também, estratégia de intervenção junto da família.

Assim, intervenções que implementem atribuir sentido à adversidade, que promovam um olhar positivo da família perante as mesma, que reforcem a flexibilidade e coesão familiar e que fomentem processos de comunicação, constituem algumas das estratégia a adoptar no que respeita à promoção da resiliência na família.

Desta forma delinear as intervenções promotoras de resiliência constitui a terceira fase do programa.

(citado por YUNES,  
2003:p.81)

#### 4. ALGORITMO: PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA



## 5. BIBLIOGRAFIA

ANAUT, M. – **A resiliência: ultrapassar os traumatismos**. Lisboa: Climepsi, 2005.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - **Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar**. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

GILLESPIE, Brigid M., WENDY, WALLIS, Marianne – Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. **Contemporary Nurse**. 25:1-2 (May – June, 2007) p.124 – 135.

GOMES, Ana Marques – A importância da resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência: o papel dos profissionais da educação/reabilitação. **Saber (e) Educar**. ISSN 0873-3600. 11 (2006) p.49-71.

MUNIST, Mabel [et al.] – **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. 1998. [consult. 10 Mar. 2010]. Disponível em <URL: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: OE, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986.

PEREIRA, Amanda et al - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Rev Bras Enferm** 62:3 (2009) p.407-416

SILVA, Maria Santos [et al.] – Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis 18:1 (2009) p.92-99.

VILLALBA QUESADA, Cristina – El concepto de resiliencia individual e familiar. **Aplicaciones en la intervención social**. ISSN 1132-0559. 12:3 (2004) p.283-299.

YUNES, Maria Angela Mattar – Psicologia Positiva e Resiliência: o Foco no Indivíduo e na Família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 8 (2003) p.75-84.

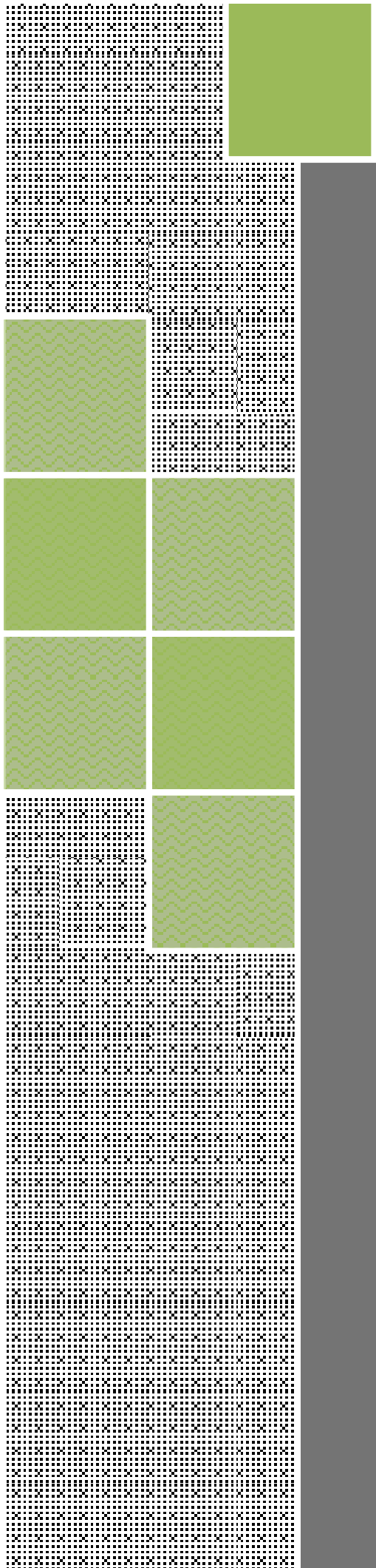
**ANEXOS**

Anexo I  
MDAIF – Avaliação Familiar

Anexo II  
MDAIF – Diagnósticos de Enfermagem

Anexo III  
Ações promotoras de resiliência na criança  
nas diferentes faixas etárias

Anexo IV  
Resumo dos Processos-Chave da Resiliência  
em Famílias



Apêndice H – Esquematização da implementação do Programa *Promover a Resiliência na Criança/Família*

## Programa

*Promover a Resiliência na Criança/Família*

USF do Castelo

CONSULTA DE SAÚDE  
MATERNA

CONSULTA DE VIGILÂNCIA  
DE SAÚDE INFANTIL

Diagnóstico Social do Concelho  
de Sesimbra

INDICADORES

30%

- Percentagens de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas as puérperas vigiadas durante a gravidez

30%

- Percentagens de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas ao RN até ao 15 dias de vida

99%

- Percentagens de diagnósticos precoces realizados até ao sétimo dia de vida do RN

Apêndice I – Suporte Papel *Programa Promover a Resiliência na Criança/Família* - Avaliação,  
Diagnósticos e Intervenções

## Programa Promover a Resiliência na Criança/Família

### Avaliação, Diagnósticos e Intervenções

Enf.ª Ana Freire Botas

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP (2009/2011)

Orientado por:

Prof. Zaida Charepe

#### AVALIAÇÃO FAMILIAR

Genograma

Ecomapa

Escala de Graffar adaptada

#### PAPEL PARENTAL

##### Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)

###### • Conhecimento do papel (recém-nascido)

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

###### • Conhecimento do papel (de recém-nascido à infância escolar)

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre socialização	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

###### • Comportamentos de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com a criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
• Consenso do Papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	
• Conflitos de papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	
• Saturação do papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	

Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)		
• Conhecimento do papel		
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre higiene oral	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre socialização	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
• Adaptação da família à escola		
Reorganização funcional para adaptação aos novos horários	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Criação de espaço para a criança estudar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Participação dos pais nas actividades de estudo da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Participação dos pais nas reuniões e actividades escolares	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Promoção da socialização/autonomia da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
• Comportamentos de adesão		
Os pais propocionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Os pais definem regras entre os sub-sistemas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com a criança		
• Consenso do Papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	
• Conflitos de papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	
• Saturação do papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	

Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)		
• Conhecimento do papel		
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação do adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de exercício adequado ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
• Comportamentos de adesão		
Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado ao adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a interacção com o grupo de amigos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
A família respeita a privacidade do adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com o adolescente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
• Consenso do Papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	
• Conflitos de papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	
• Saturação do papel	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Se NÃO, especificar	

PROCESSO FAMILIAR

• Comunicação Familiar

- Comunicação Emocional

Quem na família expressa mais os sentimentos

Sim  Não   
Se NÃO, especificar

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família

Sim  Não   
Se NÃO, especificar

Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros

Favorável  Não Favorável   
Se NÃO, especificar

Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família

- Comunicação Verbal/ Não verbal

Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem.

Sim  Não   
Se NÃO, especificar

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros

Sim  Não   
Se NÃO, especificar

- Comunicação Circular

Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família

Sim  Não   
Se NÃO, especificar

Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa

Favorável  Não Favorável   
Se NÃO, especificar

• Coping Familiar

- Solução de Problemas

Quem na família habitualmente identifica os problemas

Quem tem a iniciativa para os resolver

Existe discussão sobre os problemas na família

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas

Sim  Não   
Sim  Não

Se NÃO, especificar

A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas

Sim  Não

Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas

Sim  Não

Se NÃO, especificar

• Papéis Familiares

- Interacção de Papéis

Papel provedor

Quem desempenha

Consenso do Papel

Conflitos de papel

Saturação do papel

Sim  Não   
Se NÃO, especificar

Sim  Não   
Se Sim, especificar

Sim  Não   
Se Sim, especificar

Papel gestão financeira	
Quem desempenha	_____
Consenso do Papel	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Conflitos de papel	Se NÃO, especificar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Saturação do papel	Se Sim, especificar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Papel Cuidado Doméstico	
Quem desempenha	_____
Consenso do Papel	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Conflitos de papel	Se NÃO, especificar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Saturação do papel	Se Sim, especificar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Papel Recreativo	
Quem desempenha	_____
Consenso do Papel	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Conflitos de papel	Se NÃO, especificar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Saturação do papel	Se Sim, especificar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Papel de Parente	
Quem desempenha	_____
Consenso do Papel	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Conflitos de papel	Se NÃO, especificar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Saturação do papel	Se Sim, especificar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Crenças	
- Crenças familiares	
religiosas	_____
espirituais	_____
valores	_____
culturais	_____
Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde	

<p>• Relação Dinâmica</p> <p>ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE</p> <p>Influência e Poder</p> <p>Membro com maior poder na família Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros</p> <p>Alianças e Uniões</p> <p>Existem na família alianças entre alguns dos seus membros</p> <p>Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união</p> <p>Funcionalidade da Família – percepção dos membros</p> <p>APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN</p>	<p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se NÃO, especificar</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se Sim, especificar</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se NÃO, especificar</p>
---	---

## DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES

<b>Foco</b>	<b>Papel Parental (Família com filhos pequenos)</b>		
<b>Juízo</b>	Adequado/ Não adequado		
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<b>Papel parental Não Adequado se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou</li> <li>• Comportamentos de Adesão Não demonstrado e/ou</li> <li>• Consenso do papel <u>NÃO</u> e/ou Conflitos do papel <u>SIM</u> e/ ou Saturação do papel <u>SIM</u></li> </ul>		
<b>Dimensões</b>  <u>Conhecimento</u> Conhecimento do papel (recém-nascido)          Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar)	<b>Dados de caracterização</b> <b>(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)</b> Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r.n Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r.n Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n Conhecimento dos pais vigilância de saúde Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação  Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	<b>Juízo</b>          Demonstrado/ Não Demonstrado	<b>Crítérios diagnósticos</b>          <b>Conhecimento Não Demonstrado Se:</b> Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no <u>NÃO</u>

	Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação Conhecimento dos pais sobre socialização Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicosexual e social Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes		
<b>Comportamentos de adesão</b>	Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança Os pais promovem uma higiene adequada à criança Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança Os pais promovem a socialização da criança Os pais definem regras entre os sub-sistemas	Demonstrado/ Não demonstrado	<b>Conhecimento Não Demonstrado Se:</b> Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no <u>NÃO</u>

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Papel parental Não adequado  Conhecimento não demonstrado	<p style="text-align: center;">(recém-nascido)</p> Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical Ensinar os pais sobre aleitamento materno Instruir/ Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno Ensinar os pais sobre aleitamento artificial Instruir/ treinar os pais sobre técnica de aleitamento artificial Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre posicionamento do recém nascido Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Ensinar os pais sobre vigilância de saúde Ensinar os pais sobre características do recém-nascido Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido Ensinar os pais sobre processo de vinculação  <p style="text-align: center;">(de recém-nascido até á infância escolar)</p>

Adaptado de FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - **Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar**. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

<p>Comportamentos de adesão não demonstrado</p> <p>Consenso <u>NÃO</u></p> <p>Conflito <u>SIM</u></p>	<p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança          Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança          Ensinar os pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança          Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança          Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral          Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes          Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária          Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança          Ensinar os pais sobre actividades de lazer adequadas à criança          Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes          Ensinar os pais sobre socialização          Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil          Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social          Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p> <p>Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança          Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança          Motivar os pais para higiene adequada à criança          Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança          Motivar os pais para um padrão de actividades de lazer adequado à criança          Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança          Motivar os pais para a socialização da criança          Motivar os pais para a importância de regras estruturantes          Orientar para serviços sociais          Orientar para serviços comunitários</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;          Avaliar as dimensões não consensuais de papel          Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;          Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;          Avaliar as dimensões conflituais no papel          Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;</p>
<p>Saturação <u>SIM</u></p>	<p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família;          Promover o envolvimento da família alargada</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;          Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);          Promover estratégias de <i> coping </i> para o papel;          Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;          Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;          Promover o envolvimento da família alargada</p>

<b>Foco</b>	<b>Papel Parental (Família com filhos na escola)</b>		
<b>Juízo</b>	Adequado/ Não adequado		
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<b>Papel parental Não Adequado se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou</li> <li>• Adaptação da família à escola Não Eficaz e/ou</li> <li>• Comportamentos de Adesão Não demonstrado e/ou</li> <li>• Consenso do papel <b>NÃO</b> e/ou Conflitos do papel <b>SIM</b> e/ ou Saturação do papel <b>SIM</b></li> </ul>		
<b>Dimensões</b>	<b>Dados de caracterização</b> (Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)	<b>Juízo</b>	<b>Crítérios diagnósticos</b>
Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência)	Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança Conhecimento dos pais sobre higiene oral Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação Conhecimento dos pais sobre socialização Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	Demonstrado/ Não demonstrado	<b>Conhecimento Não demonstrado</b> <b>Se:</b> Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no <b>NÃO</b>
Adaptação da família à escola	<i>Reorganização funcional para adaptação aos novos horários</i> <i>Criação de espaço para a criança estudar</i> <i>Participação dos pais nas actividades de estudo da criança</i> <i>Participação dos pais nas reuniões e actividades escolares</i> <i>Promoção da socialização/autonomia da criança</i>	Eficaz/ Não eficaz	<b>Adaptação da família à escola Não Eficaz Se:</b> Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no <b>NÃO</b>
Comportamentos de adesão	<i>Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</i> <i>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</i> <i>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</i> <i>Os pais promovem uma higiene adequada à criança</i>	Demonstrado/ Não demonstrado	<b>Comportamentos de adesão Não Demonstrado Se:</b> Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no <b>NÃO</b>
	<i>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</i> <i>Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado à criança</i> <i>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</i> <i>Os pais promovem a socialização da criança</i> <i>Os pais definem regras entre os sub-sistemas</i>		

<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções Sugeridas</b>
Papel parental Não adequado	
Conhecimento do Papel (da infância escolar ao início da adolescência)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes
Adaptação da família à escola	Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários Advogar criação de espaço para a criança estudar Motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança Motivar os pais para a participação nas reuniões e actividades escolares Promover a socialização/autonomia da criança
Comportamentos de adesão não demonstrado	Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança

<p>Consenso <u>NÃO</u></p> <p>Conflito <u>SIM</u></p> <p>Saturação <u>SIM</u></p>	<p>Motivar os pais para higiene adequada à criança  Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança  Motivar os pais para um padrão de actividades de lazer adequado à criança  Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança  Motivar os pais para a socialização da criança  Motivar os pais para a importância de regras estruturantes  Orientar para serviços sociais  Orientar para serviços comunitários</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;  Avaliar as dimensões não consensuais de papel  Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;  Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;  Avaliar as dimensões conflituais no papel  Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;  Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família;  Promover o envolvimento da família alargada</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;  Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);  Promover estratégias de <i> coping </i> para o papel;  Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;  Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;  Promover o envolvimento da família alargada</p>
---	---

<b>Foco</b>	<b>Papel Parental (Família com filhos adolescentes)</b>		
<b>Juízo</b>	Adequado/ Não adequado		
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<b>Papel parental Não Adequado se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou</li> <li>• Comportamentos de Adesão Não demonstrado e/ou</li> <li>• Consenso do papel <u>NÃO</u> e/ou Conflitos do papel <u>SIM</u> e/ ou Saturação do papel <u>SIM</u></li> </ul>		
<b>Dimensões</b>	<b>Dados de caracterização</b>	<b>Juízo</b>	<b>Crítérios diagnósticos</b>
	<b>(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)</b>		
Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta)	Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas ao adolescente Conhecimento dos pais sobre actividades de exercício adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	Demonstrado/ Não demonstrado	<b>Conhecimento Não Demonstrado Se:</b> Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no <u>NÃO</u>
Comportamentos de adesão	<i>Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente</i> <i>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente</i> <i>Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado ao adolescente</i> <i>Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente</i> <i>Os pais definem regras entre os sub-sistemas</i> <i>Os pais promovem a interacção com o grupo de amigos</i> <i>A família respeita a privacidade do adolescente</i> <i>Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida</i> <i>O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião</i> <i>A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente</i>	Demonstrado/ Não demonstrado	<b>Comportamentos de adesão Não demonstrado Se:</b> Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no <u>NÃO</u>

<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções Sugeridas</b>
Papel parental Não adequado	
Conhecimento do Papel (da adolescência até ao início da idade adulta)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes
Comportamentos de adesão não demonstrado	Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente Motivar os pais para um padrão de actividades de lazer adequado ao adolescente Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Informar os pais sobre a importância da interacção do adolescente com o grupo de amigos Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente Promover a comunicação familiar Elogiar as forças da família e dos indivíduos
Consenso <u>NÃO</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel

<p>Conflito <u>SIM</u></p>	<p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;  Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família;  Promover o envolvimento da família alargada</p>
<p>Saturação <u>SIM</u></p>	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;  Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);  Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;  Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;  Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;  Promover o envolvimento da família alargada</p>

<b>Foco</b>	<b>Processo Familiar</b>		
<b>Juízo</b>	Disfuncional/ Não disfuncional		
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<b>Processo Familiar Disfuncional se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação Não eficaz e/ou</li> <li>• Coping Familiar Não Eficaz e/ou</li> <li>• Interação de papéis Não eficaz/ Conflitual e/ou</li> <li>• Relação dinâmica disfuncional</li> </ul>		
<b>Dimensões</b>	<b>Dados de caracterização</b> (Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)	<b>Juízo</b>	<b>Crítérios diagnósticos</b>
Comunicação Familiar	1.Comunicação Emocional <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família</li> <li>• Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros</li> <li>• Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família</li> </ul> 2.Comunicação Verbal/ Não verbal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem.</li> <li>• Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros</li> </ul> 3. Comunicação Circular <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família</li> <li>• Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa</li> </ul>	Eficaz/ Não eficaz	<b>Comunicação Familiar Não Eficaz se:</b> Um dos três itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)
Coping Familiar	Solução de Problemas <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Quem na família habitualmente identifica os problemas</li> <li>2.Quem tem a iniciativa para os resolver</li> <li>3.Existe discussão sobre os problemas na família</li> <li>4.Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se</li> </ol>	Eficaz/ Não eficaz	<b>Coping Familiar Não Eficaz se:</b> Não existe(m) algum (s) membro(s) da família que identifica (m) os problemas e toma (m) a iniciativa para os resolver e os outros itens (2,3,4,5,6) se situam no Não.
	discutem os problemas <ol style="list-style-type: none"> <li>5.A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas</li> <li>6.Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas</li> </ol>		
Interação de Papéis Familiares	1. <i>Papel provedor</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem desempenha</li> <li>• Consenso do Papel</li> <li>• Conflitos de papel</li> <li>• Saturação do papel</li> </ul> 2. <i>Papel gestão financeira</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem desempenha</li> <li>• Consenso do Papel</li> <li>• Conflitos de papel</li> <li>• Saturação do papel</li> </ul> 3. <i>Papel Cuidado Doméstico</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem desempenha</li> <li>• Consenso do Papel</li> <li>• Conflitos de papel</li> <li>• Saturação do papel</li> </ul> 4. <i>Papel Recreativo</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem desempenha</li> <li>• Consenso do Papel</li> <li>• Conflitos de papel</li> <li>• Saturação do papel</li> </ul> 5. <i>Papel de Parente</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem desempenha</li> <li>• Consenso do Papel</li> <li>• Conflitos de papel</li> </ul>	Eficaz/ Não eficaz  Conflitual/ Não Conflitual	<b>Interação de Papéis Familiares Não Eficaz Se:</b> Nos itens 1,2,3,4,5: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consenso do Papel <u>NÃO</u> e Saturação do Papel <u>SIM</u></li> </ul> <b>Interação de Papéis Familiares Conflitual Se :</b> Nos itens 1,2,3,4,5: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflito do Papel <u>SIM</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saturação do papel</li> </ul>		
Relação Dinâmica	<p><i>1. Influência e Poder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Membro com maior poder na família</li> <li>Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros</li> </ul> <p><i>2. Alianças e Uniões</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existem na família alianças entre alguns dos seus membros</li> <li>Se <u>Sim</u> especificar (quem e que tipo de alianças)</li> <li>Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união</li> </ul> <p><i>3. Coesão e Adaptabilidade da Família</i> FACES II</p> <p><i>4. Funcionalidade da Família – percepção dos membros</i> APGAR Familiar de Smilkstein</p>	Disfuncional/ Não disfuncional	<p><b>Relação Dinâmica Disfuncional</b> Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A Família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e</li> <li>Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou</li> <li>Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade)</li> <li>Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou</li> <li>APGAR familiar de pelo menos um dos membros &lt; 3 (família com disfunção acentuada)</li> </ul>

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
<p><b>Processo Familiar Disfuncional</b></p> <p>Comunicação Familiar Não Eficaz</p> <p>Coping familiar Não eficaz</p>	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família; Optimizar a comunicação na família; Planear Rituais na Família Optimizar padrão de assertividade</p> <p>Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família;</p>
<p>Interação de Papeis Familiares</p> <p>Não eficaz</p> <p>Conflitual</p> <p>Relação Dinâmica Disfuncional</p>	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família Colaborar na identificação dos papéis familiares Avaliar as dimensões não consensuais do papel; Avaliar saturação do papel; Motivar a redefinição dos papeis pelos membros da família; Negociar a redefinição de papeis pelos membros da família; Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel; Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia)</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família Avaliar os conflitos do Papel; Motivar a redefinição dos papeis pelos membros da família; Negociar a redefinição de papeis pelos membros da família; Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia)</p> <p>Optimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família; Optimizar a comunicação na família Optimizar padrão de ligação Orientar para Terapia familiar</p>

Apêndice J – Diagnóstico de Necessidades Formativas – Avaliação e Intervenção Familiar

## DOCUMENTO

### Diagnóstico de Necessidades Formativas Avaliação e Intervenção Familiar

#### **Metodologia**

A realização do questionário de diagnóstico de necessidades formativas tem por base teórica o preconizado por FORTIN (2009) no que concerne à construção de um questionário. Não sendo este um questionário decorrente de uma questão de investigação, mas sim um questionário que visa o diagnóstico de necessidades formativas, estabelecem-se os seguintes objectivos:

- Caracterizar o inquirido no que respeita à idade, grau académico e tempo de exercício profissional;
- Determinar a importância da temática Avaliação e Intervenção Familiar para a prática profissional do inquirido.
- Identificar dificuldades na utilização de instrumentos de avaliação familiar;
- Identificar os conhecimentos dos inquiridos relativos ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e da sua aplicação nos contextos dos cuidados de enfermagem.

Assim, as questões formuladas são de escolha fixa (fechadas) dicotómica e de gradação vertical, sendo que para estas últimas foram construídas escalas gráficas.

Por sua vez também existem três perguntas abertas.

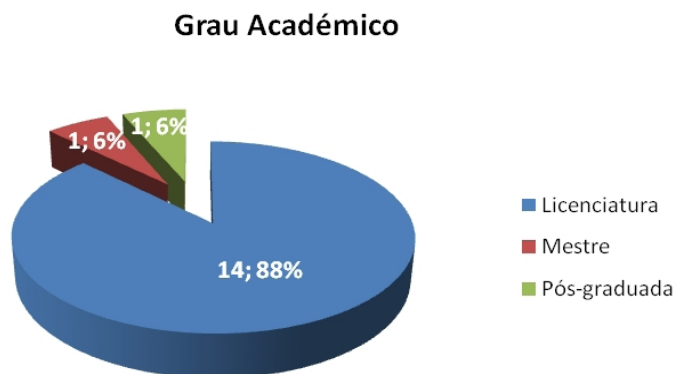
Desta forma, do questionário fazem parte dez perguntas divididas em quatro categorias apresentadas de forma lógica. A primeira refere-se à caracterização do inquirido, a segunda parte é relativa à avaliação e intervenção familiar, a terceira relativa ao MDAIF e por fim, a última parte surge uma questão aberta relativa à própria formação.

O questionário foi entregue no dia 24 de Setembro de 2010 a um total de 20 enfermeiros. Até ao dia 16 de Outubro foram recebidos um total de 16 questionários. De referir que a equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica é constituída por um total de 23 enfermeiros, sendo que os questionários recebidos representam 70% da opinião da equipa.

O tratamento dos dados colhidos foi realizado através do programa Excel.

## Resultados

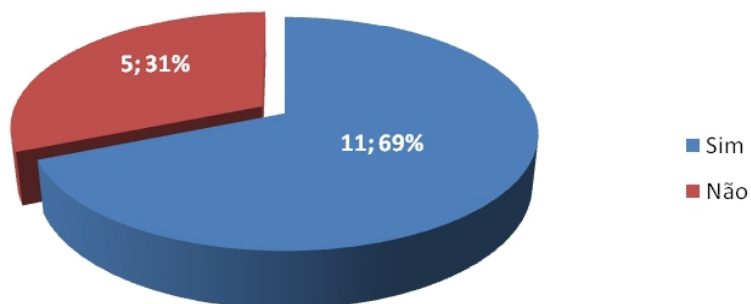
O grupo de enfermeiros inquiridos apresenta uma média de idade de 30,75 anos, sendo o intervalo de idades definido entre 25 e 45 anos. Quanto ao grau académico, 88% (14 enfermeiros) são licenciados, 6% (1 enfermeiro) é mestre e 6% (1 enfermeiro) é pós-graduado, tal como sugere o gráfico abaixo.



No que concerne ao tempo de exercício profissional a média é de 7,9 anos e de exercício em saúde infantil e pediátrica a média é de 7,1 anos.

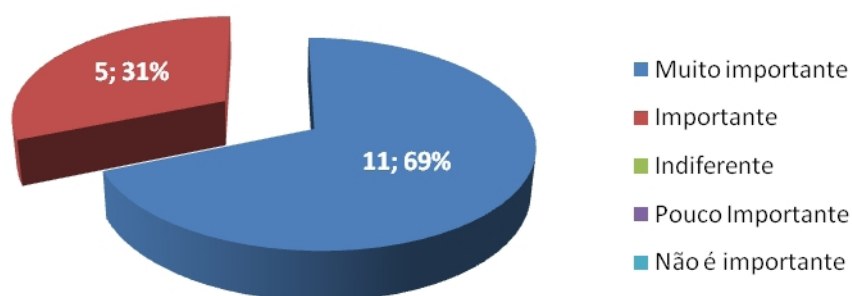
A respeito da avaliação e intervenção familiar, mais especificamente relativa à pergunta se já teve formação nesta área temática, 69% dos inquiridos responde sim. Os inquiridos assinalam como contexto a formação em serviço, reunindo esta o maior número de respostas, a formação académica e ainda um dos inquiridos um workshop. No que concerne aos modelos de enfermagem conhecidos pelos inquiridos nesta temática este sugerem o Modelo de Calgary, Modelo Dinamico de Intervenção e Avaliação Familiar, Modelo de Anne Casey e o Modelo de Cuidados Centrados na Família.

### Já fez/teve formação profissional nesta área?



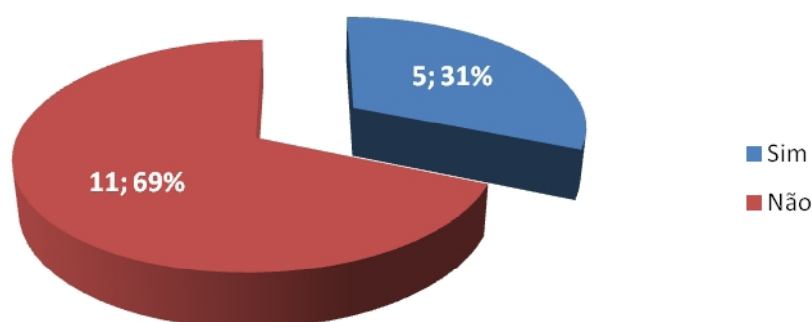
Na pergunta 8, quando questionados acerca da importância que atribuem à temática na sua prática profissional, os inquiridos assinalam muito importante e importante, 69% e 31% respectivamente.

### Que importância atribui à temática na prática profissional de enfermagem?



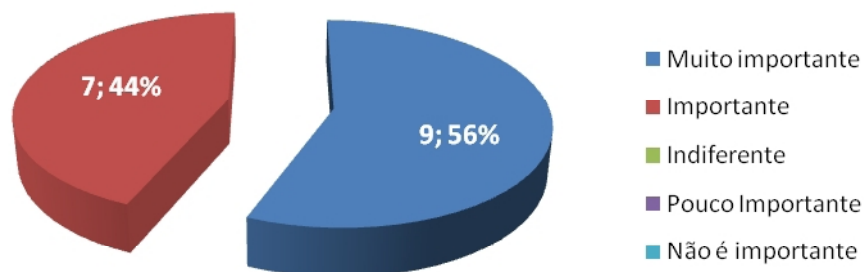
No que respeita à utilização de instrumentos de avaliação familiar 69% refere que não utiliza, sendo apenas o inquirido 5 que refere utilizar o genograma, ecomapa e escala de graffar nos contextos quer académico, prática profissional e nos estudos de caso. Destes 5 inquiridos, 2 referem dificuldade na utilização da Escala de Graffar.

### Já utilizou, na sua prática profissional, alguns instrumento de avaliação familiar?



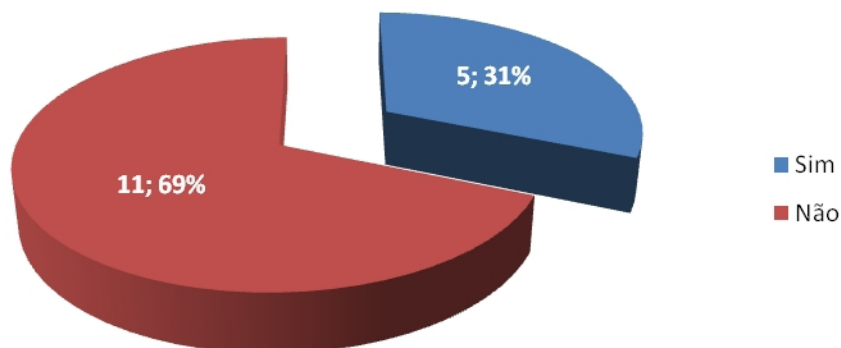
Quando questionados acerca da importancia que atribuem à utilização dos instrumentos de avalaição familiar, os inquiridos classificam em muito importante (56%) e importante (44%) sua totalidade.

### Que importância atribui à utilização destes instrumentos na sua prática profissional?



Na pergunta 9 questionava-se sobre o conhecimento acerca do MDAIF, sendo que 69% dos inquiridos desconhece o referido modelo. No que respeita à utilização deste modelo na prática profissional apenas um dos inquiridos referiu já ter utilizado o mesmo, não especificando em que contexto.

### Conhece o MDAIF?



No âmbito da última questão referente à formação nesta temática alguns inquiridos sugeriram, que deveriam ser abordadas na formação questões relacionadas com o conceito de família, com o MDAIF e com o constructo resiliência.

### Discussão

Decorrente dos resultados acima apresentados constata-se que a maioria dos inquiridos já teve formação na temática avaliação e intervenção familiar e que

consideram na sua totalidade a referida temática muito importante e importante nos cuidados de enfermagem. Assim, é pertinente a realização de formação em avaliação e intervenção familiar, abordando especificamente aspectos relativos aos instrumentos de avaliação. Torna-se pertinente formação relativa a estes instrumentos uma vez que os inquiridos num total de 69% não os utiliza, contudo consideram muito importante e importante a sua utilização na sua prática profissional. No que confere aos aspectos relativos à própria formação a equipa sugeriu que esta abordasse aspectos específicos do MDAIF, conceito de família e o constructo resiliência.

### **Referências Bibliográficas**

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação, Da Concepção à Realização**. Lisboa: Lusodidacta 2000. ISBN: 9789728383107



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA

## PROJECTO DE ESTÁGIO

## QUESTIONÁRIO

### DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

---

O presente questionário enquadra-se no projecto *Promover a Resiliência na Criança/Família* em desenvolvimento na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.. Com este pretende-se o diagnóstico de necessidades formativas no que respeita ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIREDO, 2009) e instrumentos de avaliação familiar. Posteriormente, e identificadas estas necessidades, elaborar-se-á um plano de formação.

Por entendermos que a sua opinião é fundamental para garantir uma correcta adequação da formação às necessidades sentidas na sua prática profissional, agradecemos antecipadamente a sua preciosa colaboração.

Ana Freire Botas\*

---

\* Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora, aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa, a desempenhar funções no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

## QUESTIONÁRIO

Nome (opcional)

### Caracterização

1. Idade

2. Grau académico

3. Tempo de exercício profissional

4. Tempo de exercício profissional em Saúde Infantil e Pediatria

### Avaliação e Intervenção Familiar

Por favor assinale as suas opções com: x

5. Já fez/teve formação profissional nesta área?

Sim

Não

Passa à pergunta 6.

5.1. Se sim, em que contexto:

Contexto académico

Formação em serviço

Outro

Qual?

5.2 Conhece algum modelo de enfermagem que constituía base teórica para esta intervenção?

Sim

Não

Qual?

6. Que importância atribui à temática na prática profissional de enfermagem?

Muito importante

Importante

Indiferente

Pouco importante

Não é importante

7. Já utilizou, na sua prática profissional, algum instrumento de avaliação familiar?

Sim

Não

Passa à pergunta 8.

7.1 Se sim, que instrumentos já utilizou? (pode assinalar mais do que uma opção)

Genograma	<input type="checkbox"/>
Ecomapa	<input type="checkbox"/>
Escala de Graffar	<input type="checkbox"/>

7.2 Em que situações?


7.3 Sentiu/sente alguma dificuldade na aplicação destes?

Sim	<input type="checkbox"/>	Qual?
Não	<input type="checkbox"/>	

8. Que importância atribui à utilização destes instrumentos na sua prática profissional?

Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Não é importante	<input type="checkbox"/>

Modelo Dinâmica de Avaliação e Intervenção Familiar

9. Conhece o Modelo acima referido?

Sim	<input type="checkbox"/>	Passe à pergunta 10.
Não	<input type="checkbox"/>	

9.1 Já utilizou/recorreu a este na sua prática profissional?

Sim	<input type="checkbox"/>	Passe à pergunta 10.
Não	<input type="checkbox"/>	

9.2 Em que contexto utilizou/recorreu ao mesmo?




Apêndice K – Diagnósticos de Enfermagem

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM<sup>1</sup>

## PAPEL PARENTAL

“[...] um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente”.

ICN (2002:63)

Adequado

Não Adequado

- Conhecimento do Papel Não demonstrado
- Comportamentos de Adesão Não demonstrado
- Consenso do papel NÃO
- Conflitos do papel SIM
- Saturação do papel SIM

## PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARENTAL

“[...] um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família”.

ICN (2002b:63)

Adequado

Não Adequado

- Conhecimento do Papel Não demonstrado
- Comportamentos de Adesão Não demonstrado
- Consenso do papel NÃO
- Conflitos do papel SIM
- Saturação do papel SIM

## PROCESSO FAMILIAR

“[...] interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo entre os membros da família [...]” (ICN, 2002b:77), abrangendo a complexidade inerente aos processos de circularidade, auto-organização, equifinalidade, globalidade, entre outros caracterizadores da família, enquanto sistema autopoietico transformativo.

Não Disfuncional

Disfuncional

- Comunicação Não eficaz
- Coping Familiar Não Eficaz

<sup>1</sup> Adaptado de FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - **Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar**. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Apêndice L – Aplicação Informática – Folha de Articulação de Cuidados

**Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.**

Hospital de São Bernardo  
Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão

**FOLHA DE ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS**

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

(vinheta)

**Data e Hora de entrada**

**Data e hora de saída**

Extensão de Saúde

Médico de Família

Enfermeiro de Família

**Enfermeiro Referência**

**MOTIVO PORQUE RECORREU À URGÊNCIA**

**Diagnóstico Clínico:**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Fechado Aberto

**RECURSOS DA CRIANÇA/FAMÍLIA**

**OBSERVAÇÕES**

Enfermeiro \_\_\_\_\_

Apêndice M – Folha de Articulação

**Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.**

Hospital de São Bernardo

Hospital Ortopédico Sant'iago do Outão

**FOLHA DE ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS**

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

(vinheta)

Data e Hora de entrada

Data e hora de saída

Extensão de Saúde

Médico de Família

Enfermeiro de Família

Enfermeiro Referência

MOTIVO PORQUE RECORREU À URGÊNCIA

Diagnóstico Clínico:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Fechado Aberto

RECURSOS DA CRIANÇA/FAMÍLIA

OBSERVAÇÕES

Enfermeiro \_\_\_\_\_

Apêndice N – Processo Formativo

**CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.**  
**Hospital de São Bernardo**

**Unidade de Urgência Pediátrica**

# Avaliação e Intervenção Familiar

Resiliência  
Noções Básicas

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGEIREDO, 2009)

Instrumentos de Avaliação Familiar  
Genograma, Ecomapa e Escala de Graffar adaptada

**Ana Freire Botas**

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP

## Objectivo Geral

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática Avaliação e Intervenção Familiar como potencializadora na operacionalização da promoção de resiliência na Criança/Família no contexto dos cuidados.

## Objectivos específicos

- Clarificar o conceito de família;
- Contextualizar o constructo resiliência e as noções básicas que lhe estão alicerçadas bem como a abordagem orientada para a resiliência;
- Descrver e enunciar noções alicerçadas ao MDALIF relacionadas com a avaliação, diagnóstico e intervenções;
- Clarificar conceitos teóricos e práticos sobre alguns instrumentos de avaliação familiar;
- Reflectir acerca da avaliação e intervenção familiar na prestação de cuidados de enfermagem;

## Estrutura



## A Família

## A Família

### No passado...

*“A família é o grupo social caracterizado por residência em comum, cooperação económica e reprodução. Inclui adultos de ambos os sexos, dois dos quais, pelo menos, mantêm uma relação sexual socialmente aprovada, e uma ou mais crianças dos adultos que coabitam com relacionamento sexual, sejam dos próprios ou adoptadas.”*

Murdock, citado por AMARO, 2004:p.2

*“...no passado o conceito de família era associado ao núcleo familiar, casal que vivia com os seus filhos biológicos e eventualmente com um dos pais do cônjuge”*

(FIGUEIREDO E MARTINS, 2009:p.616)

## A Família

### Hoje...

*“Conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. Os empregados domésticos residentes no alojamento onde prestam serviço são integrados na respectiva família.”*

#### ESTRUTURA E TIPOS DE FAMÍLIA

Casais com filhos	64,8%
Famílias unipessoais	17,3%
Famílias monoparentais	11,5%
Famílias reconstruídas	2,7%



Censos 2011 ??

(Adaptado de INE, 2001)

## A Família

### Hoje...

“...as múltiplas formas de organização familiar estão associadas não só a alterações nos papéis de género, mas também a diversidade de interações conjugais e os processos de recomposição familiar.”

Wall citado por FIGUEIREDO, 2009:p.616

*“...os laços estabelecidos entre o grupo familiar, associados aos contextos específicos do seu desenvolvimento, tornam-se a família um grupo com identidade própria, um sistema aberto de comunicação multidireccional, numa perspectiva multiversa da família.”*

Minuchin citado por FIGUEIREDO, 2009:p.616

## A Família

“...Haggerty e cols. (2000) acreditam que o acúmulo de **riscos** existe em quase todas as famílias...”

SAPIENZA E PEDROMÓNICO (2005:p.213)

Exemplos:

Divórcio  
Desemprego  
Dificuldades económicas  
Doença  
Hospitalização  
....

↑  
**E a Criança??**

## A Família

Estudos de Sameroff et al (1987)

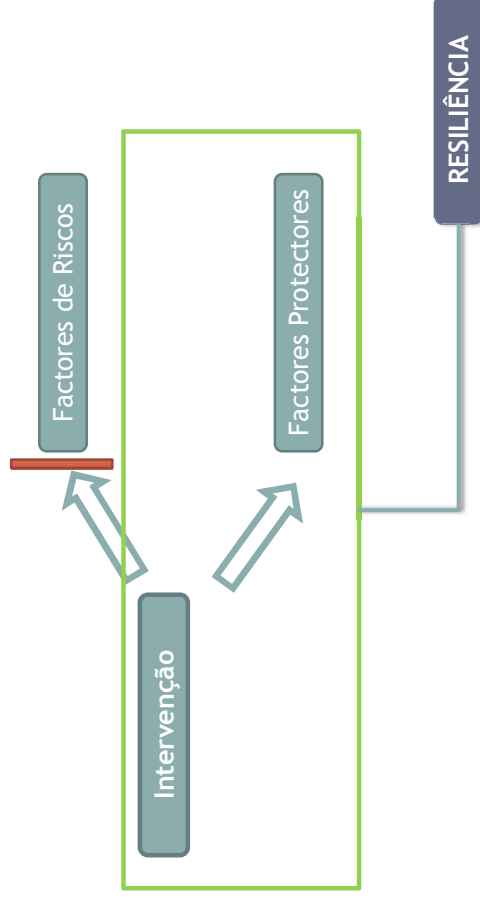
“...o efeito cumulativo de múltiplas adversidades aumenta a probabilidade de o desenvolvimento da criança ficar comprometido, independentemente do estado social...”



“...chamam a atenção para o facto de que, entre os riscos analisados, poucos são susceptíveis às intervenções...”

SAPIENZA E PEDROMÔNICO (2005:p.211)

## A Família



# RESILIÊNCIA

## Resiliência



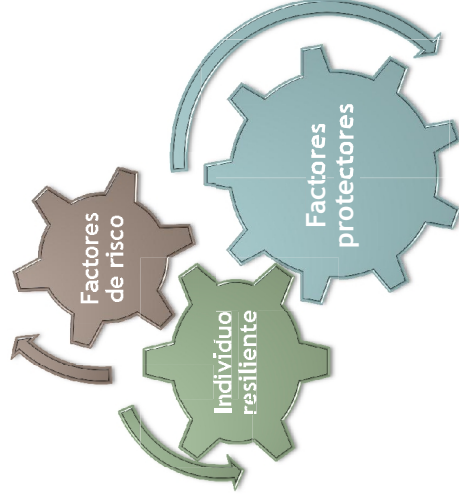
Em 1807, surge o termo resiliência na área da física e engenharia, sendo um dos seus precursores o cientista Thomas Young. Este definiu a resiliência de um material como a capacidade deste não sofrer deformações plásticas permanentes após a absorção de determinada energia.



O conceito de resiliência foi adoptado pelas ciências sociais e humanas para caracterizar os indivíduos que apesar de sujeitos a grandes adversidades apresentam um desenvolvimento saudável.

## Resiliência

### Noções básicas



## Resiliência

### Factores de Risco

•É qualquer característica ou qualidade de uma pessoa ou comunidade unida a uma elevada probabilidade de danificar a saúde.

•Adaptado de MUNIST et al (1998: p.12)

Factores centrados na criança  
(exemplo: prematuridade)

Factores ligados à configuração familiar  
(exemplo: separação dos pais)

Factores socioambientais  
(exemplo: pobreza)

ANAUT (2005)

## Resiliência

### Factores protectores

• “...*modificam a reacção à situação que apresenta risco, ao reduzir o efeito do risco e as reacções negativas em cadeia.*”

- Rutter (1990), citado por ANAUT (2005:p.51)

• “...*um escudo para favorecer o desenvolvimento humano...*”

SAPIENZA E PEDROMÓNICO (2005:p.213)

**F**actores individuais  
(exemplo: capacidades cognitivas)

**F**actores familiares  
(exemplo: coesão familiar)

**F**actores de suporte  
(exemplo: serviços sociais)

Gamezy, citado ANAUT (2005)

## Resiliência

A resiliência não é perene

“...no estado actual das investigações, a resiliência surge não como um processo estável e adquirido de maneira permanente, mas que se constrói e pode variar consoante as circunstâncias da vida e os contextos ambientais...”

ANAUT (2005:p.60)

*falhas de resiliência*

## AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

### Avaliação e Intervenção Familiar

#### Como intervir junto da criança/família sob uma perspectiva promotora de resiliência?

##### PREMISSAS

- Todas as famílias têm um potencial para crescer e melhorar em todos os momentos do seu desenvolvimento e em todas as situações;
- Todas as famílias possuem formas únicas e específicas de resiliência, forças e recursos que podem ser aplicados na solução dos problemas e dos objectivos terapêuticos;
- As famílias beneficiam do encorajamento do profissional para reconhecerem e aplicarem os seus próprios recursos com vista à solução dos seus problemas e com vista ao seu crescimento.

## Avaliação e Intervenção Familiar

ASPECTO	ABORDAGEM TRADICIONAL	ABORDAGEM ORIENTADA PARA A RESILIÊNCIA
Enfoque e objectivo	Diagnosticar e corrigir a disfunção familiar	Identificar e utilizar os recursos familiares
Papel do diagnóstico	Pré requisito para o tratamento efectivo	Desnecessário para o tratamento efectivo
Papel da avaliação	Obter informação sobre o passado para identificar a patologia	Identificar habituais e potenciais forças familiares e recursos
Visão do problema	Problemas indicam uma patologia familiar subjacente (família está doente)	Problemas indicam o fracasso das 'soluções' experimentadas - a família está bloqueada
Visão da família	A família é deficiente e requer a intervenção de especialistas de fora da família	A família tem recursos e é capaz de os mobilizar
Papel do profissional	Especialista	Colaborador
Linguagem	Orientada para o deficit	Orientada para a força da família
Origem do tratamento	Intervenção originada pelo profissional	Intervenção originada na força da família e na resiliência
Natureza do tratamento	Focado no problema remédio dirigido à patologia	Focado na solução - dirigido à força da família e à sua capacitação
Uso do apoio externo	Uso mínimo de apoio e recursos externos	Uso liberal de apoios e recursos externos
Resultados desejáveis	Diminuição da disfunção familiar	Aumento da resiliência familiar

(In: Joan Simon, John Murphy, Sheila Smith 2005)

## Avaliação e Intervenção Familiar

### Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Modelo Sistémico  
Modelo Calgary de Avaliação Familiar  
Modelo Calgary de Intervenção na Familiar

Pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias.

É interactivo, flexível e cuja utilização pretende ser promotora de mudança.

*“...a utilização do MDAIF permitirá aos enfermeiros proporem intervenções que dêem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades”*

(Adaptado de FIGUEIREDO, 2009)

## Avaliação e Intervenção Familiar

### Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

#### Avaliação Familiar

#### Estrutural

Identificar a composição da família;  
Identificar os vínculos existentes entre a família e outros sub-sistemas;  
Contexto ambiental.

#### Desenvolvimento

A compreensão dos fenômenos associados ao crescimento da família reconhecendo o ciclo vital como um percurso conjecturável para todas as famílias.

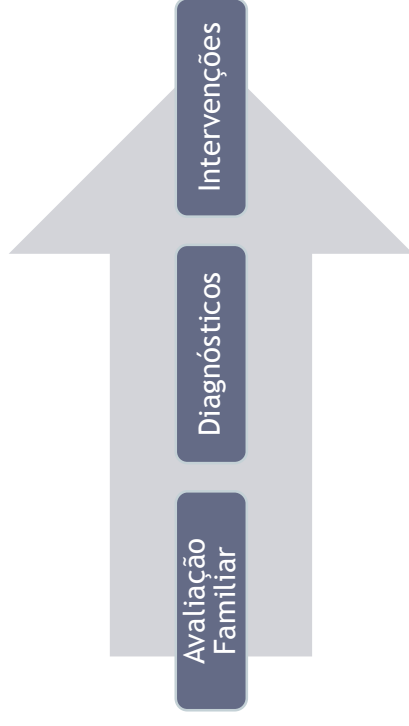
#### Funcional

Padrões de interação familiar  
Integra duas dimensões: a instrumental e a expressiva. A primeira reporta-se às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família

(Adaptado de FIGUEIREDO, 2009)

## Avaliação e Intervenção Familiar

### Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



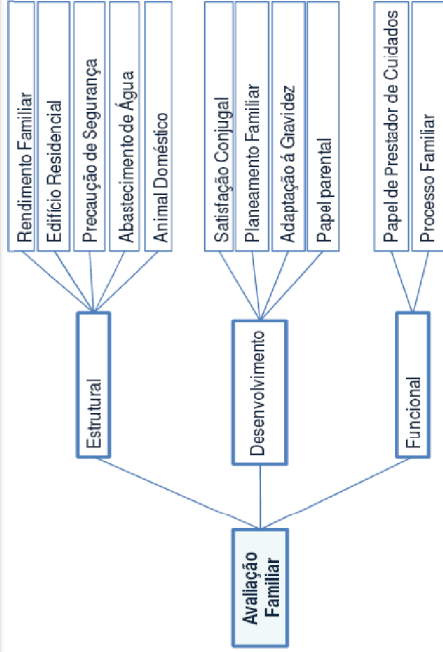
Avaliação Familiar

Diagnósticos

Intervenções

## Avaliação e Intervenção Familiar

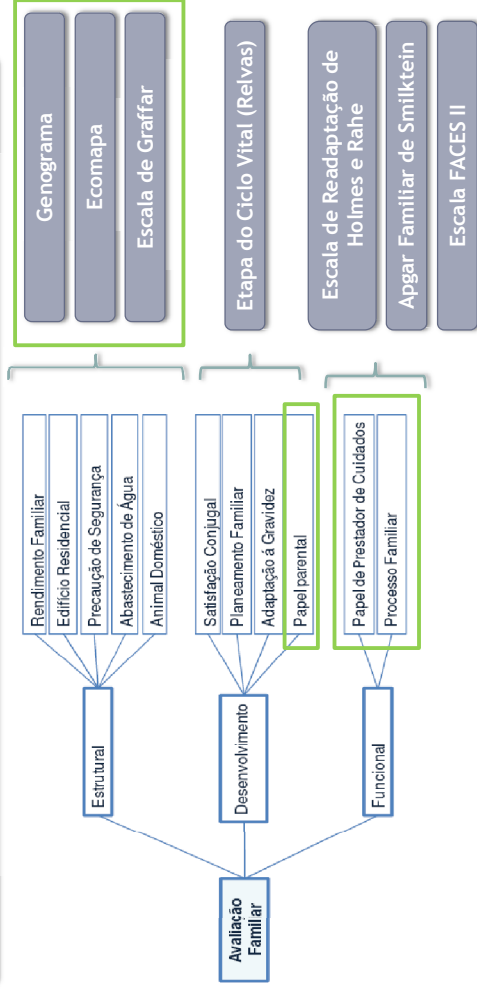
### Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



(FIGUEIREDO, 2009: p.269)

## Avaliação e Intervenção Familiar

### Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



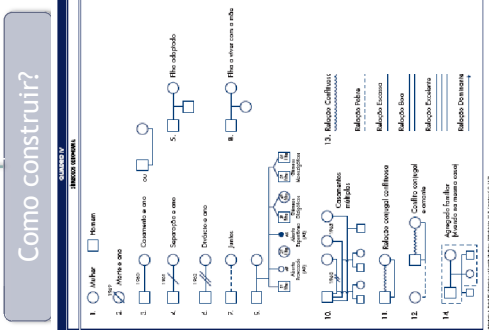
Folha de Articulação

(adaptado FIGUEIREDO, 2009: p.269)

## Avaliação e Intervenção Familiar

### Genograma

Diagrama que detalha a estrutura familiar;  
Identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional;



(REBELO, 2007.p.315)

## Avaliação e Intervenção Familiar

### Genograma

The screenshot shows the GenPro website homepage. The main heading is 'Explore the ties that bind you together. GenoPro - a family tree solution.' Below this, there's a sub-heading 'GenoPro is a user-friendly comprehensive software that allows you to draw family trees and genograms that you can share with your whole family.' The page features a list of features:

- Draw your complete family tree
- Add pictures to create a picture album
- View the "big picture" of your family pedigree
- Generate and print detailed family reports with pictures in the language you want
- Analyze and compile detailed statistics about your ancestry
- Import and export your family data with other genealogy software
- Include customizable medical symbols
- Learn more...

At the bottom, there's a call to action: 'Get GenoPro Now! Try It Free (2.34 MB)' and '11 Essentials Features You Need For your Genealogy Software'.

(www.genopro.com)



## Avaliação e Intervenção Familiar

### Genograma

"...McGoldrick, Gerson e Shellenberger propuseram quatro categorias para a interpretação de um genograma..."

#### QUADRO III

##### CATEGORIAS DE INTERPRETAÇÃO DO GENOGRAMA\*

1. Composição e Estrutura Familiar
  - Tipologia familiar
  - Subsistema fraterno
  - Gêio de Vida Familiar
  - Fase do CVF
  - Crise normativa/ciclicital
2. Padrões de Repetição ao Longo das Gerações
  - Repetição de padrões de mortalidade
  - Repetição de padrões de funcionamento
  - Repetição de padrões de relacionamento
  - Repetição de padrões estruturais
3. Equilíbrio / Desequilíbrio Familiar

Adaptado de McGoldrick, Gerson R, and Shellenberger: Genograms. Assessment and Intervention. 2nd edition. WW Norton & Company, 1999.

(REBELO, 2007: p. 313)

## Avaliação e Intervenção Familiar

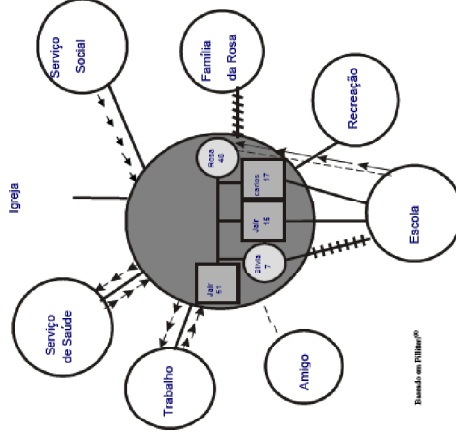
### Ecomapa

Diagrama que representa as relações entre a família e a comunidade;

A família é representada no centro do círculo; Os círculos externos representam os contactos da família com a comunidade.

As linhas indicam o tipo de conexão:  
 -linhas contínuas representam ligações fortes;  
 -linhas pontilhadas, ligações frágeis;  
 -linhas com barras, aspectos estressantes.

As setas significam energia e fluxo de recursos. Ausência de linhas significa ausência de conexão.



(ROCHA, NASCIMENTO e LIMA, 2002: p. 713)



## Avaliação e Intervenção Familiar

### Escala de Graffar

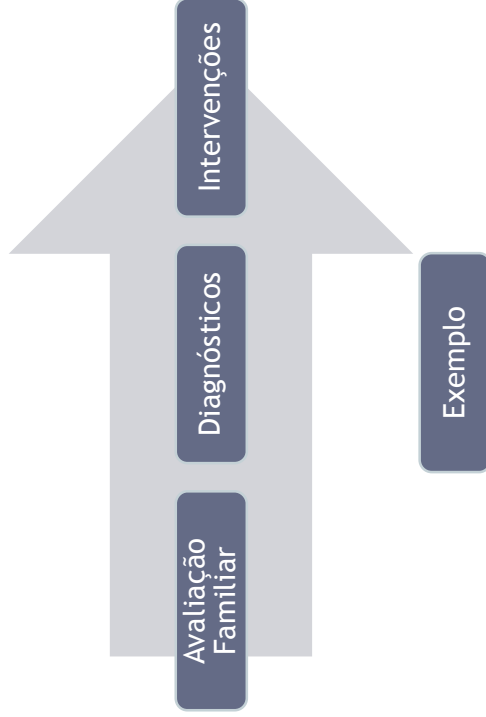
NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRUPO	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO		PROSÇÃO SOCIAL	
						de 05 itens	de 3 itens		
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grêmatares e Comerciantes</li> <li>- Lavoura</li> <li>- Comércio de venda pública a retalho</li> <li>- Comércio de bens (com exceção de bens de consumo)</li> <li>- Engenheiros/Operários/Manuais</li> <li>- Outros dependentes políticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Licenciatura</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Diferenciado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lucros de empresas de pequeno e médio porte</li> <li>- Rendimentos profissionais</li> <li>- Rendimentos de aluguel imobiliário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar alugado, compartilhado ou em condomínio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona residencial elitizada</li> </ul>	4	4	3	I
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos industriais e Comerciantes</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Profissionais dependentes políticos</li> <li>- Dirigentes intermediários</li> <li>- Operários especializados</li> <li>- Profissionais literários</li> <li>- Profissionais técnicos</li> <li>- Profissionais Esc. Secundário</li> <li>- Profissionais dependentes políticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacharelado ou Curso Superior</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- &gt; 10 anos</li> <li>- &lt; 5 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto rendimento e Rendimentos de aluguel imobiliário</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bom local</li> </ul>	10	8	4	II
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pêq. Incultas e dependentes políticos</li> <li>- Operários em pequenas empresas</li> <li>- Médicos agrícolas</li> <li>- Médicos dependentes políticos</li> <li>- Médicos dependentes políticos</li> <li>- Médicos dependentes políticos</li> <li>- Médicos dependentes políticos</li> <li>- Médicos dependentes políticos</li> <li>- Médicos dependentes políticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1º, 2º e 3º anos</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar em bom estado com cômodos, instalações modernas e confortáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona intermediária</li> </ul>	14	11	7	III
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Licenciatura</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar modesto com cômodos e instalações modernas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona aristocrática</li> </ul>	14	14	10	IV
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> <li>- Operários em grandes empresas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Licenciatura</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> <li>- Ensino médio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> <li>- Rendimentos de aluguel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imóvel (barraco, vilão ou chácara)</li> <li>- Instalações modernas e confortáveis</li> <li>- Instalações modernas e confortáveis</li> <li>- Instalações modernas e confortáveis</li> <li>- Instalações modernas e confortáveis</li> <li>- Instalações modernas e confortáveis</li> <li>- Instalações modernas e confortáveis</li> <li>- Instalações modernas e confortáveis</li> <li>- Instalações modernas e confortáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona de alto ou equivalente</li> </ul>	22	17	13	V
						26	20	15	VI

Fonte: Graffar, "Uma método de classificação social em famílias de população", adaptado em 1986 e atualizado em 2001, p. 81, São Paulo: Anima.

## Avaliação e Intervenção Familiar

### Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



## Avaliação e Intervenção Familiar

### Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Criança de um mês de idade  
Dois episódios por obstipação

#### Avaliação

#### Diagnóstico

Papel parental não adequado por conhecimento sobre as características das dejeções do RN

#### Intervenções Sugeridas

- Ensinar os pais sobre as características das dejeções do RN

#### Outras Intervenções

- Articulação de cuidados com o Centro de Saúde;

...

## Reflexão/ partilha

## Bibliografia

- AGOSTINHO, Manuêla - Ecomapa. *Rev Port Clin Geral*, 23 (2007) p. 327-330
- FAUSTO, Amaro - A família portuguesa. *Tendências actuais. Cidade Solidária* (Julho, 2004) p. 1-5
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva e MARTINS, Maria Manuêla Ferreira Pereira da Silva - Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Rev Esc Enferm USP*, 43:3 (2009) p.615-621
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Censos 2001: resultados definitivos. Lisboa, INE, 2001.
- MARAU, Josefina - O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 23 (2007) p. 319-325
- MELLO, Débora F. et al - Genograma e Ecomapa: Possibilidade de utilização na estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum* 15:1 (2005) p.79-89
- PEREIRA, Amanda et al - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm* 62:3 (2009) p.407-416
- REBELO, Luis - Genograma familiar. *O bisturi do Médico de Família*. *Rev Port Clin Geral* 23 (2007), p. 309-317
- RIBEIRO, Cristina - Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:299-306
- ROCHA, Semiramis, NASCIMENTO, Lucila e LIMA, Regina - Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: Subsídios para o ensino de graduação. *Rev Latino-am Enfermagem* 10:5 (2002) p.709-714
- SILVA, Luzia et al - Família uma Unidade de Cuidados para os seus Membros: Inquietações Reflexivas. *Servir* 56:5 (2008) p.159-166
- WENDT, Naiane Carvalho e CREPALDI, Maria Aparecida - A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e crítica* 21:2 (2007) p. 302-310
- ANAUT, M. - *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi, 2005.
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- GILLESPIE, Brigid M., WENDY, WALLIS, Marianne - Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*. 25:1-2 (May - June, 2007) p.124 - 135.
- GOMES, Ana Marques - A importância da resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência: o papel dos profissionais da educação/reabilitação. *Saber (e) Educar*. ISSN 0873-3600. 11 (2006) p.49-71.
- MUNIST, Mabel [et al.] - Manual de identificação y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. 1998. [consult. 10 Mar. 2010]. Disponível em <URL: <http://resilinet.luhuc.edu/library/resiliman/resiliman.html>>.
- RODRIGUES, Walter, AMOR, Teresa e MATIAS, Carla - *Diagnóstico Social do Concelho de Sesimbra*. Centro de Estudos Territoriais, Marco 2005.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986.
- PEREIRA, Amanda et al - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm* 62:3 (2009) p.407-416
- SILVA, Maria Santos [et al.] - Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis 18:1 (2009) p.92-99.
- VILLALBA QUESADA, Cristina - El concepto de resiliencia individual e familiar. *Aplicaciones en la intervención social*. ISSN 1132-0559. 12:3 (2004) p.283-299.
- YUNES, Maria Angela Mattar - *Psicologia Positiva e Resiliência: o Foco no Indivíduo e na Família*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8 (2003) p.75-84.

## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

### IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

Curso/Ação:

Data(s):

Duração:

### PROGRAMA DA ACÇÃO

1 2 3 4

Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito claros
Conteúdo da Acção	Inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completamente adequado
Utilidade do Tema	Inaplicável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente aplicável

### FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO

1 2 3 4

Motivação e participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito aberto
Instalações	Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Meios Audiovisuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Documentação	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adequada na totalidade
Utilização dos suportes	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito adequada

### QUALIDADE DA ACÇÃO

1 2 3 4

Disponibilidade	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Conhecimento	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom

## SUGESTÕES / CRÍTICAS / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Tema a desenvolver mais profundamente

Outros temas a incluir em Acções deste tipo \_\_\_\_\_

Aspectos mais positivos na Acção \_\_\_\_\_

Aspectos a melhorar \_\_\_\_\_

Sugestões \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÕES

Dê sugestões sobre outros assuntos, que gostaria de ver tratados em actividades futuras

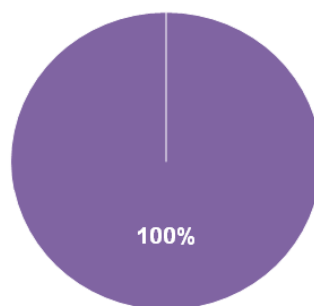
Nome (optativo) \_\_\_\_\_

## PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Temática	<b>Avaliação e Intervenção Familiar</b>
Instituição/ Serviço	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Unidade de Urgência Pediátrica
Data	19 e 21 de Outubro de 2010
Hora	De acordo com disponibilidade dos elementos da equipa
Local	Gabinete de Enfermagem
Destinatários	Enfermeiros
Fundamentação/ Pertinência	<p>As transições inerentes ao ciclo de vida da família bem como os contextos no qual esta vive podem constituir factores de riscos. Capacitar a criança/família de uma prática de cuidados capaz de identificar e mobilizar os factores protectores de que dispõe, pode criar condições para que os membros da família construam uma trajectória de vida saudável. Emerge assim o constructo resiliência designado por ANAUT (2005:p.43) como a <i>“...arte de se adaptar às situações adversas (condições biológicas e sociopsicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambiente social e afectivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada e a inserção social.”</i></p> <p>Decorrente dos resultados obtidos na fase de diagnóstico de necessidades formativas, constata-se que a maioria dos inquiridos já teve formação na temática avaliação e intervenção familiar e que consideram na sua totalidade a referida temática muito importante e importante nos cuidados de enfermagem. Assim, é pertinente a realização de formação em avaliação e intervenção familiar, abordando especificamente aspectos relativos aos instrumentos de avaliação. Torna-se pertinente formação relativa a estes instrumentos uma vez que os inquiridos num total de 69% não os utiliza, contudo consideram muito importante e importante a sua utilização na sua prática profissional.</p> <p>No que confere aos aspectos relativos à própria formação a equipa sugeriu que esta abordasse aspectos específicos do MDAIF, conceito de família e o constructo resiliência.</p> <p>Bibliografia:            ANAUT, M. – <b>A resiliência: ultrapassar os traumatismos</b>. Lisboa: Climepsi, 2005.            SILVA, Maria Santos [et al.] – Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso. <b>Texto Contexto Enfermagem</b>. Florianópolis 18:1 (2009) p.92-99.</p>

Objectivo Geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática Avaliação e Intervenção Familiar como potencializadora na operacionalização da promoção de resiliência na Criança/Família no contexto dos cuidados.
Objectivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarificar o conceito de família;</li> <li>-Contextualizar o constructo resiliência e as noções básicas que lhe estão alicerçadas bem como a abordagem orientada para a resiliência;</li> <li>-Descrever e enunciar noções alicerçadas ao MDAIF relacionadas com a avaliação, diagnóstico e intervenções;</li> <li>-Clarificar conceitos teóricos e práticos sobre alguns instrumentos de avaliação familiar;</li> <li>- Reflectir acerca da avaliação e intervenção familiar na prestação de cuidados de enfermagem;</li> </ul>
Concepção/ Organização	Enf. <sup>a</sup> Antónia Seferlis Enf. <sup>a</sup> Rute Trigo Enf. <sup>a</sup> Ana Freire Botas
Formadores	Enf. <sup>a</sup> Ana Freire Botas
Caracterização da Formação	<p>Metodologia de Formação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva (Microsoft Power Point - Slide Show)</li> <li>- Activa (Discussão de grupo)</li> </ul> <p>Metodologia de Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário</li> </ul> <p>Recursos e Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vídeo projector</li> <li>- Computador</li> </ul> <p>Outros</p> <p>Realizado poster de divulgação da sessão formativa afixado no gabinete de enfermagem.</p>
Avaliação	<p>Participaram nesta formação 12 enfermeiros, perfazendo um total de 55% da equipa de enfermagem, tendo participado nestas pelo menos um representante de cada equipa.</p> <p>Aplicada a ficha de avaliação, em vigor no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., aos formandos obtiveram-se os resultados abaixo apresentados (9 fichas de avaliação devolvidas).</p> <p>No que se refere aos objectivos da acção a totalidade dos formandos classificaram no item 4 numa escala de 1 a 4 que corresponde a confusos e muito claros respectivamente. Assim sendo, conclui-se que os objectivos apresentados para a formação foram muito claros.</p>

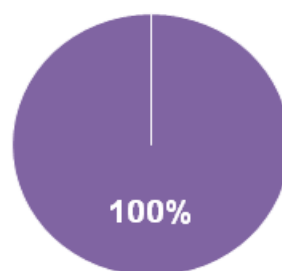
## Objectivos da Acção



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

O conteúdo da acção foi classificado em 100% no item 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inadequado a completamente adequado respectivamente. Desta forma o conteúdo da acção foi considerado completamente adequado.

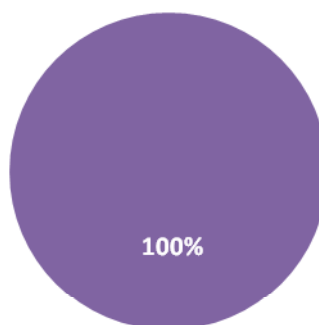
## Conteúdo da Acção



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

A utilidade do tema foi classificada pelo total dos formandos em 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inaplicável e totalmente aplicável respectivamente. Assim os formandos consideraram o tema da acção como totalmente aplicável.

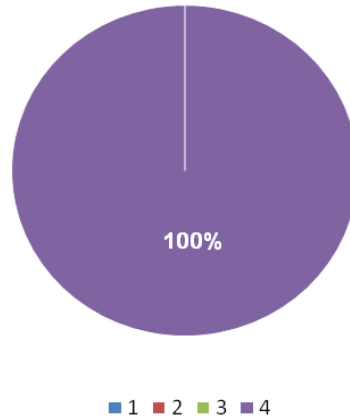
## Utilidade do Tema



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

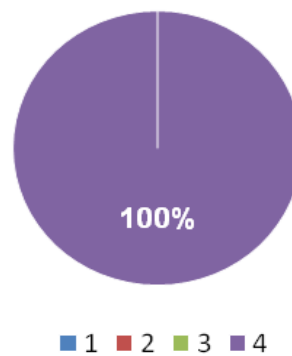
No que concerne à motivação e participação dos formandos, estes classificaram em num total de 100% no item 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a ausente e plena respectivamente.

### Motivação e participação



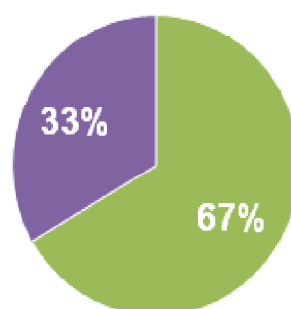
Pode concluir-se que o relacionamento entre os participantes foi muito aberto uma vez que 100% dos formandos classificaram no item 4, numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a fechado e muito aberto respectivamente.

### Relacionamento entre os participantes



Em relação às instalações, os formandos classificaram em 67% no 3 e 33% no 4 numa escala de más a excelente respectivamente. Assim, e de uma forma geral, os formandos classificaram as instalações como boas.

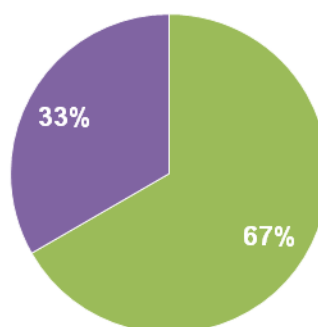
## Instalações



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Os meios audiovisuais foram classificados pelos formandos no item 3 e 4 em 67% e 33% respectivamente, numa escala de 1 a 4, em que o 1 corresponde a escassos e o 4 a excelentes.

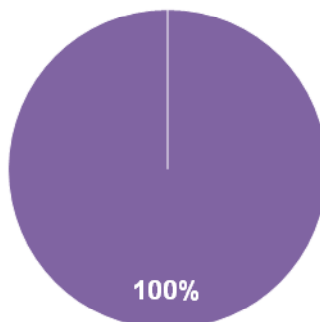
## Meios Audiovisuais



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que respeita à documentação, os formandos classificaram em 100% no item 4 e 1, numa escala em que o 4 corresponde a adequado na totalidade e o 1 a inadequado. Desta forma os formandos consideraram que a documentação cedida foi muito adequada.

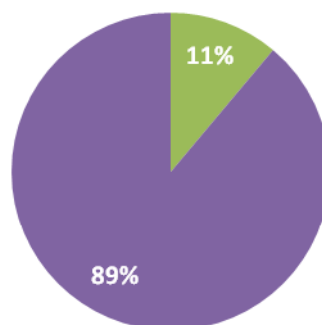
## Documentação



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

A utilização de suporte foi classificada no item 4 por 89% dos formandos e 11% no item 3, numa escala de 1 a 4, em que o primeiro significa inadequada e o 4 muito adequada. Assim, pode-se concluir que a utilização de suportes foi muito adequada.

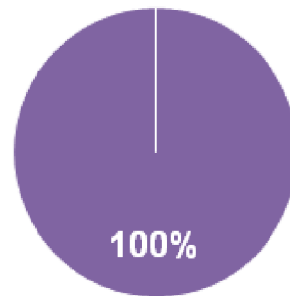
## Utilização de Suportes



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que confere à disponibilidade do formador, os formandos classificaram na sua totalidade no item 4, numa escala de 1 a 4 em que o primeiro representa insuficiente e o 4 muito bom. Desta forma conclui-se que a disponibilidade do formador foi muito boa.

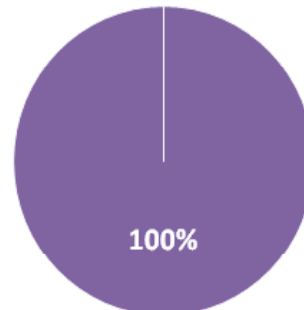
## Disponibilidade



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Na escala de 1 a 4, correspondendo o 1 a insuficiente e o 4 a muito bom, os formandos classificam a acção no que respeita ao conhecimento do formador em 4 na sua totalidade. Assim o conhecimento do formador em relação à temática é muito bom.

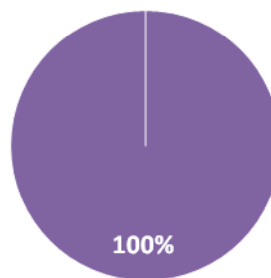
## Conhecimento



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Utilizada a mesma escala acima supracitada, os formandos classificam a clareza da exposição em 4 correspondendo a uma percentagem de 100%. Assim, pode considerar-se que a exposição foi bastante clara.

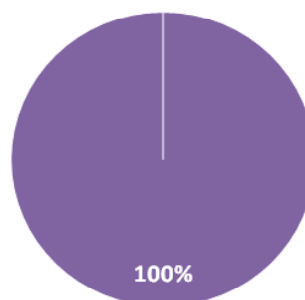
## Clareza da Exposição



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que respeita ao esclarecimento de dúvidas, os formandos classificam em 4, em 100%. Desta forma o esclarecimento de dúvidas foi muito bom.

## Esclarecimento de Dúvidas



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que confere às questões abertas, especificamente aos aspectos positivos da acção, um dos formandos refere a pertinência do tema abordado.

**CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E  
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO**

**Unidade de Urgência Pediátrica**

# **Avaliação e Intervenção Familiar**

## **Formação**

**Destinatários**  
Enfermeiros

**Horário**

De acordo com disponibilidade  
dos elementos da equipa

**Data de realização**

19 a 21 de Outubro de 2010

**Local**

Gabinete de Enfermagem

**Prelector**

Enf.<sup>a</sup> Ana Freire Botas

### **Resiliência**

Noções básicas

### **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGEIREDO, 2009)**

Avaliação, Diagnósticos e Intervenções

### **Instrumentos de Avaliação Familiar**

Genograma

Ecomapa

Escala de Graffar adaptada



Apêndice O – Diagnóstico de Situação – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

**Diagnóstico de Situação**  
(Observação Participada)

**“Promover a Resiliência”**

**Método Canguru**

**Incentivo ao aleitamento materno**

**Ensinos aos Pais**

**Articulação de Cuidados**

Apêndice P – Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/família

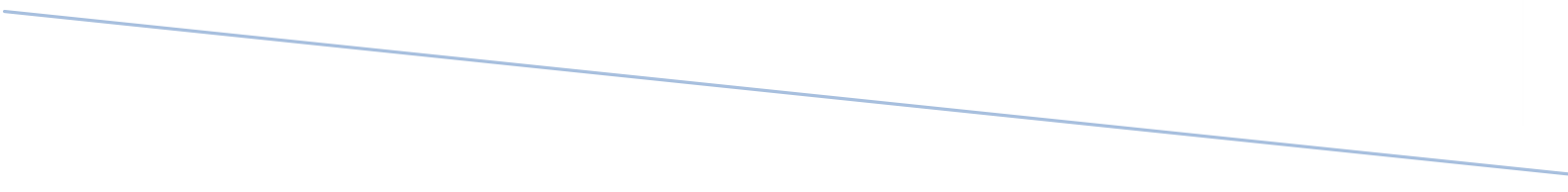
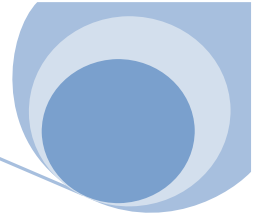


**Programa  
PROMOVER A RESILIÊNCIA  
NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA**

**Intervenções de Enfermagem  
na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**

**2010**







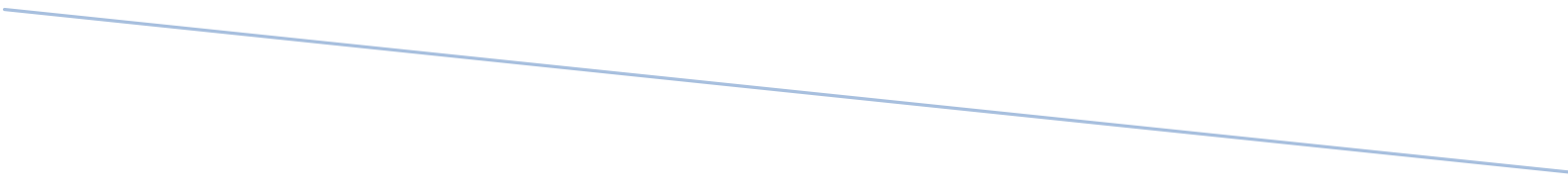
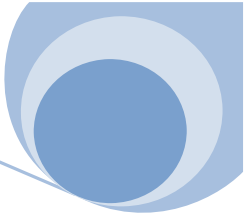
# Programa **PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA**

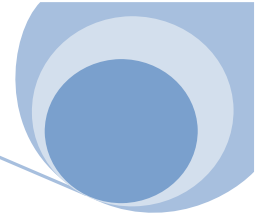
Intervenções de Enfermagem  
na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Enf.<sup>a</sup> Ana Freire Botas

Enf.<sup>a</sup> Alexandra Barradas  
Prof.<sup>a</sup> Filipa Andrade

2010

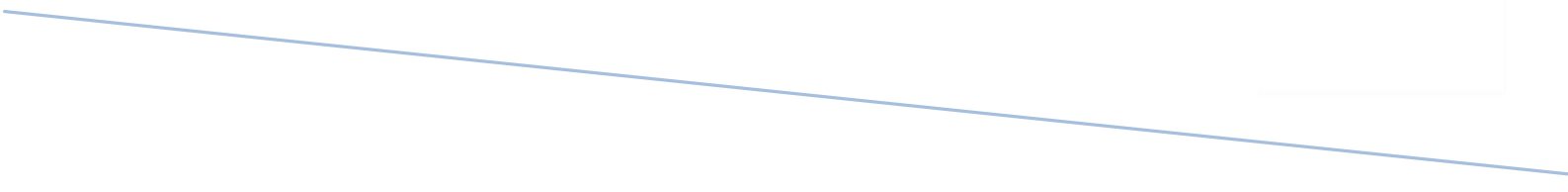




## SIGLAS E ABREVIATURAS

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

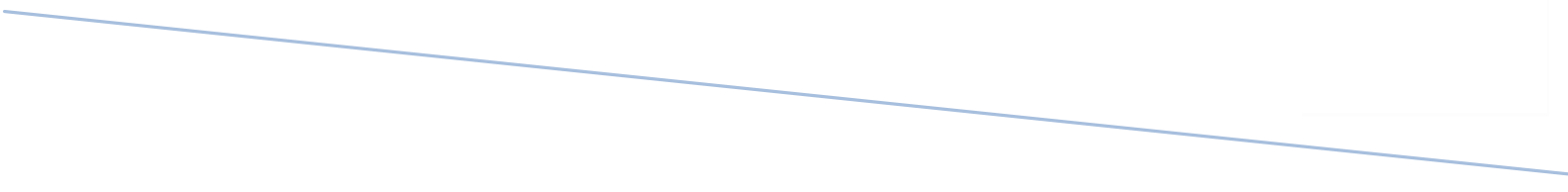
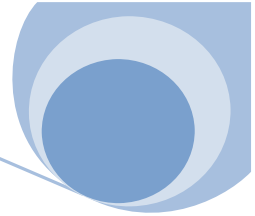
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

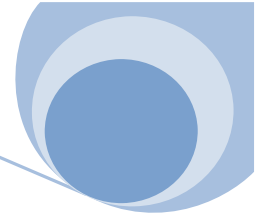




## ÍNDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA	9
1. RESILIÊNCIA	11
2. PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA	13
2.1 Recém-nascido	14
2.1.1 Método Canguru	15
2.1.2 Aleitamento Materno	17
2.1.3 Massagens ao recém-nascido	18
2.2 Pais (papel parental)	20
2.3 Família (Processo Familiar)	22
3. ALGORITMO	24
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	31
Anexo I - Folha de Avaliação Familiar	33





## 0. NOTA INTRODUTÓRIA

O nascimento de uma criança representa uma nova etapa no ciclo vital de uma família. Implícita a esta nova etapa surge a reorganização familiar quer na adaptação a novos papéis quer e ao desempenhar de novas funções no seio familiar. Segundo BARRADAS (2008:p.35), “...*embora estas reorganizações internas sejam muitas vezes previsíveis, elas constituem sempre momentos de uma certa ansiedade, stress tanto para a mãe como para o pai, e por vezes de crise.*” Quando, para além destas reorganizações internas da família, a necessidade de hospitalização do recém-nascido surge toda a remodelação familiar é afectada podendo ser exacerbados todos os factores de stress acima supracitados. Desta forma, a hospitalização do recém-nascido constituiu um factor de risco para a família.

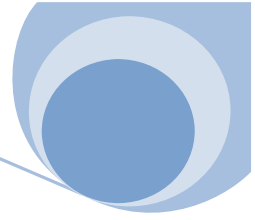
Segundo Jorge (2004), citado por BARRADAS (2008:p35), é fundamental que o profissional de saúde consiga ajudar a família a viver os processos de mudança de uma forma positiva e que consiga promover ou reforçar as forças daquela família, ajudando-a a ultrapassar as crises e suas limitações.

Assim a promoção de resiliência surge como a possibilidade de capacitar a família de uma prática de

## PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA

cuidados capaz de identificar e mobilizar os factores protectores de que dispõe, criando condições para que construam uma trajectória de vida saudável.

O presente programa surge como um documento que oferece orientações para intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de resiliência no recém-nascido/família na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.. As intervenções sugeridas terão alvo em três dimensões, o recém-nascido, os pais (parentalidade) e a família, enquanto recurso. Desta forma, em termos estruturais o presente programa seguirá com a mesma ordem acima descrita sendo que inicialmente se fará uma breve abordagem conceptual ao constructo resiliência.



## 1.RESILIÊNCIA

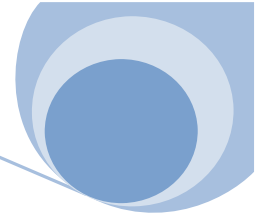
O constructo resiliência foi adoptado pelas ciências sociais e humanas para caracterizar os indivíduos que apesar de inseridos em contextos de grande adversidade superaram a mesma, apresentando um desenvolvimento saudável.

Alicerçados ao constructo resiliência surgem as noções de factores de risco e factores protectores. No que concerne aos primeiros são definidos como “...qualquer característica ou qualidade de uma pessoa ou comunidade unida a uma elevada probabilidade de danificar a saúde...” (MUNIST et al 1998: p.12). Por sua vez, os factores protectores, segundo GOMES (2006: p.52) “...serão aquelas características, factos ou situações próprias do indivíduo, que aumentam a sua capacidade de fazer frente à adversidade e diminuem a possibilidade de desenvolver desajuste psicossocial mesmo na presença de factores de risco”. SAPIENZA E PEDROMÔNICO (2005:p.213) definem-os como “...um escudo para favorecer o desenvolvimento humano...”. Segundo SILVA (2005: p.99) a “...resiliência é um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde”. A mesma autora acrescenta ainda que “...embora parece paradoxal, esta relação

## PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA

*risco versus produção de saúde é significativa, na medida em que anuncia que famílias, mesmo enfrentando situações adversas, muitas vezes desde que se formam, são potencialmente capazes de desenvolver práticas de cuidados capazes de permitir a emergência de competências individuais de seus membros e colectivas”.*

Promover a resiliência consiste então em capacitar um indivíduo ou a família na mobilização dos factores protectores de que dispõe, com o intuito de fazer frente aos factores de risco a que se encontra sujeito.

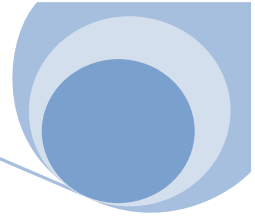


## 2. PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA

Cuidar do recém-nascido/família numa abordagem orientada para a resiliência consiste em reconhecer a todas os recém-nascidos/famílias o potencial para superar a adversidade. Todos estes possuem formas únicas e específicas de resiliência, forças e recursos que podem ser mobilizados na solução dos problemas com que se deparam no seu quotidiano.

Cuidados de enfermagem promotores de resiliência são assim perspectivados sob um olhar positivista, de parceria de cuidados, em que se reconhece a todas as famílias potencial para sobrevir à adversidade.

Promover a resiliência no recém-nascido no contexto da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais poderá centrar-se em três dimensões: o Recém-Nascido, os Pais (papel parental) e a Família, enquanto recurso. Estas dimensões surgem com o intuito de facilitar a compreensão do programa, desta forma e no contexto de intervenção não deverão ser dissociadas.



## 2.1 Recém-nascido

O nascimento constitui um momento de grande adversidade para a criança. A transição da vida intra-uterina para à vida extra-uterina impõe ao recém-nascido uma sucessão de adaptações em poucas horas. Desde as diferenças de temperatura, ruídos, a manipulação, o respirar...constituem factores risco os quais o recém-nascido tem de superar. Assim, e segundo MUNIST et al (1998:p30) o nascimento é uma verdadeira prova de resiliência biológica e psicológica. Os mesmos autores apontam como principais acções promotoras de resiliência no recém-nascido:

- *Promover amor incondicional, expressá-lo física e verbalmente, seja abraçando-o, acariciando-o ou usando palavras suaves para acalmar e confortar;*
- *Promover a amamentação imediatamente após o*

## PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA

*nascimento e mantê-la como alimentação exclusiva até aos 4 ou 6 meses e continuada até aos primeiros anos de vida da criança;*

**Assim, e decorrente do supracitado o presente programa sugere o Método de Canguru, a promoção do aleitamento maternos e a massagem ao recém-nascido como estratégias fulcrais para promover a resiliência no recém-nascido.**



### 2.1.1 Método Canguru

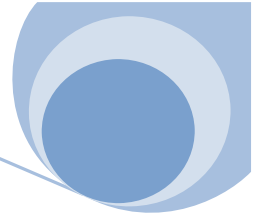
O Método Canguru, segundo a Organização Mundial de Saúde (2004:p.2), contribui para a humanização dos cuidados neonatais e potencia os vínculos afectivos entre a mãe e o filho. Este método preconiza o contacto

## PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA

contínuo e prolongado de “pele a pele” do recém-nascido com a mãe ou com o pai proporcionando assim a expressão de amor através do mesmo. Por sua vez, o recém-nascido ao ser colocado na posição de canguru proporciona-lhe ainda a manutenção da temperatura corporal, o contacto visual com a mãe ou com o pai, bem como a audição dos batimentos cardíacos dos mesmos. Estes factores actuam como protectores para o recém-nascido em resposta aos factores de risco a que se encontra sujeito aquando a hospitalização.

Assim, este método oferece ao recém-nascido um aglomerados de factores protectores de entre os quais se destaca a potencialização do processo de vinculação mãe-filho através de contacto físico, visual e mesmo auditivo com os progenitores constituindo um momento de expressão do amor incondicional dos mesmos.



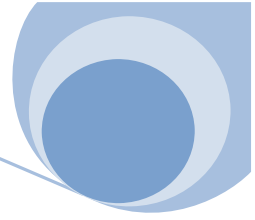


### 2.1.2 Aleitamento Materno

Segundo o Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa *Hospitais Amigos dos Bebés* (2008:p.9) “...o sucesso do aleitamento materno pode (...) ser definido pela qualidade da interacção entre mãe e filho, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre mãe e bebé”. O mesmo Comité (2008:p.9) acrescenta ainda que o momento da amamentação “...pode ser definido como uma valsa na qual cada um dos interlocutores, mãe e bebé, emite sinais ao outro, sinais esses que são descodificados...”

Assim, o aleitamento materno surge também como potencializador do processo de vinculação mãe-filho.





### 2.1.3 Massagens ao recém-nascido

É reconhecido que o contacto táctil é crucial e indispensável para um processo de evolução afectiva equilibrada, sendo desta forma a massagem potenciador do mesmo.

Paterson (1991) afirma que as massagens começam naturalmente in útero, onde o feto é constantemente embalado pelo ritmo dos movimentos da mãe.

As privações sensoriais, perceptivas e motoras sofridas pelos recém-nascidos que necessitam de internamento, podem ser evitadas, com a incorporação de métodos práticos e positivos de intervenção aos cuidados rotineiros, prestados nas unidades de cuidados neonatais, constituindo a massagem um desses métodos.

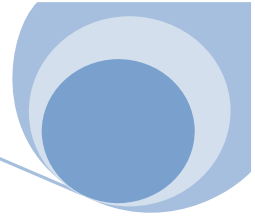
São vários os benefícios descritos na literatura no que consta às massagens ao recém-nascido. Desde o aumento de peso, níveis menores de stress e períodos de internamento mais curtos, em unidades de cuidados neonatais destaca-se a facilitação do processo de vinculação mãe-filho.

Segundo FREITAS (2009:p.45) as “...várias investigações clássicos de Harlow, nas quais a variável tacto, chamada de “conforto de contacto”, foi a partir de então, tida em conta nas explicações para a natureza e origem do vínculo infantil (Bowby, 1990).



É denominador comum a estas estratégias a expressão de afecto. São olhadas sob esta perspectiva de promoção de resiliência por promoverem o amor incondicional através de simples gestos como o OLHAR, o TOQUE através do acariciar, do sustar ao colo...que constituem uma fonte de segurança, tranquilidade e auto-estima para o recém-nascido.





## **2.2 Os pais (papel parental)**

Promover a resiliência nos pais consiste em capacitar os mesmos de conhecimentos e práticas de cuidados (informais) com vista a uma adaptação ao seu novo papel, **SER PAI**.

Segundo BARRADAS (2008:p.35) “...da alteração no papel do homem no processo de transição para a parentalidade, resulta a necessidade de adaptações intra e interpessoais para as quais o homem e o casal necessitam de orientação e apoio por parte da equipa de saúde.” Inerente a estas necessidades surge primordialmente a identificação das mesmas, ou seja, o enfermeiro deverá proceder inicialmente à avaliação familiar nesta área de atenção de forma a diagnosticar as necessidades sentidas e percebidas pelos pais do recém-nascido.

Para esta avaliação o presente programa sugere a utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIREDO, 2009) como base de sustentação teórica bem como de intervenção para a avaliação familiar. Segundo FIGUEIREDO (2009:p.283), “...a parentalidade envolve assim acções e interacções por parte dos pais que abrangem o desenvolvimento da criança e a aquisição da identidade parental. Estas acções incluem tanto os cuidados físicos como os afectivos, que na sua globalidade

*constituem os comportamentos parentais.*” No MDAIF são então definidas categorias avaliativas referentes à etapa *família com filhos pequenos*, especificamente recém-nascidos, sendo estas as seguintes:

- Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical;
- Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical;
- Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno;
- Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno;
- Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial;
- Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial;
- Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica;
- Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido;
- Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido;
- Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido;
- Conhecimento dos pais vigilância de saúde;
- Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido;

- Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação.

A avaliação destas categorias é realizada através da folha de avaliação familiar (ANEXO I) construída para a operacionalização do programa aqui proposto.

### 2.3 Família

Prestar cuidados ao recém-nascido/família não se resume apenas a tornar os pais parceiros nos cuidados. Incluir a família nos cuidados pressupõe um conhecimento desta bem como a mobilização da mesma com o intuito de maximizar o bem-estar do recém-nascido.

Os instrumentos de avaliação familiar constituem uma ferramentas-chave para o conhecimento da estrutura e funcionalidade da família, pelo que neste programa se consideram como pertinentes o genograma e o ecomapa. Segundo PEREIRA (2009:p.409) “...o genograma e o ecomapa são instrumentos que facilitam a avaliação da estrutura familiar. Através deles é possível ter uma rápida visão da complexidade das relações familiares e são ricas fontes de informação, de forma sucinta, para o planeamento de estratégias”.

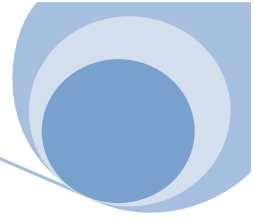
Alicerçado à ideologia do ecomapa surge na folha de avaliação familiar (ANEXO I) a identificação dos padrões de interacção e dos recursos na própria família como na comunidade á qual a criança/pais são parte

integrante. Por sua vez, nesta mesma folha surge um “campo” em aberto (observação) no qual podem ser registados aspectos relativos à composição e estrutura familiar, é como se se descrevesse um genograma.



A selecção destes instrumentos de avaliação familiar tem como objectivo identificar os recursos familiares que podem ser mobilizados e actuar como factores protectores do recém-nascido/pais.

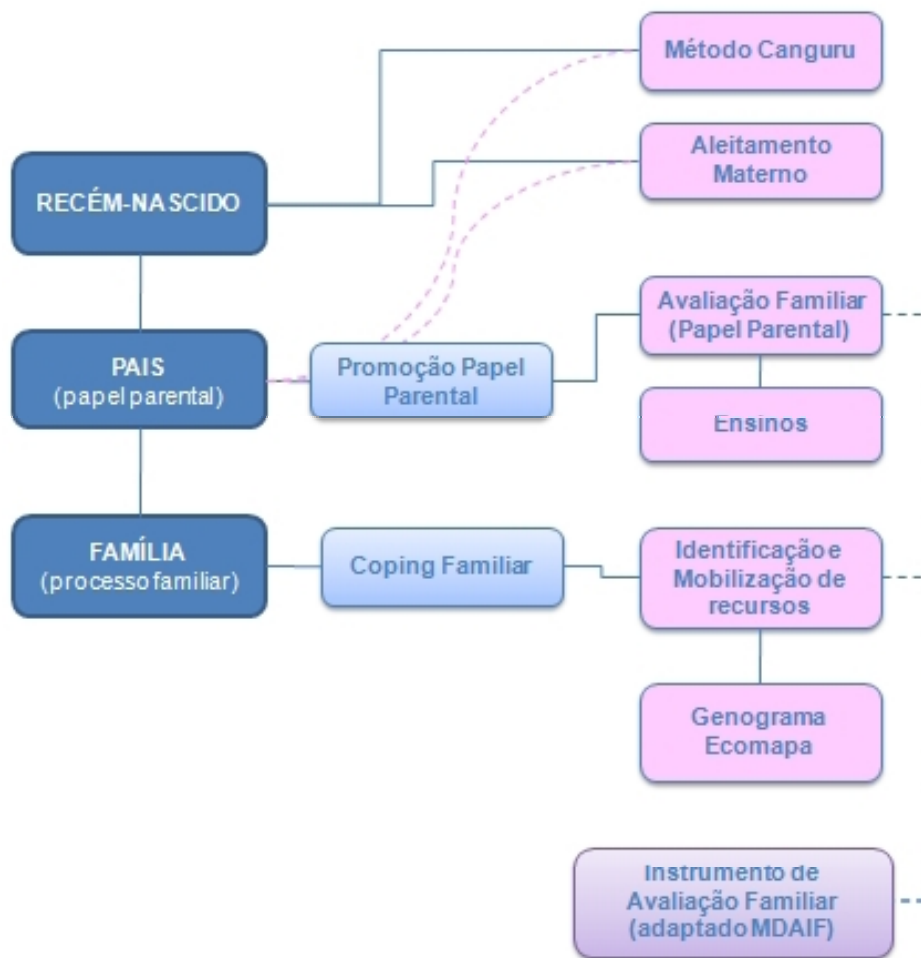
Desta forma, ao serem co-identificados estes recursos familiares, o profissional de enfermagem é detentor dos conhecimentos necessários para, em situações de crise, intervir junto da família na mobilização deste mesmos recursos.

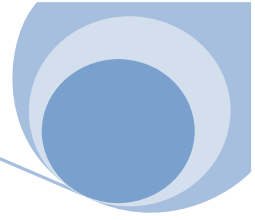


### 3.ALGORITMO

#### Programa

#### Promover a Resiliência na Recém-nascido/Família





#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa aqui apresentando tem como objectivo a promoção da resiliência no recém-nascido/família sugerindo intervenções de enfermagem para a operacionalização desse mesmo objectivo.

As intervenções de enfermagem aqui propostas estão assentes numa premissa fundamental para prestar cuidados sob uma abordagem orientada para a resiliência, sendo estas:

*Todas as famílias estão sujeitas a factores de risco, contudo todas elas possuem capacidades e recursos que podem ser mobilizados para fazer frente aos mesmos.*

Desta forma, são definidos neste programa três dimensões sobre as quais o enfermeiro poderá intervir:


- No recém-nascido, na potencialização dos vínculos afectivos, através da utilização do método de Canguru, o incentivo do aleitamento materno e as massagens ao recém-nascido;
- Nos pais no desenvolvimento das competências parentais, através da avaliação, diagnóstico e intervenção;
- Na família, através da identificação e mobilização dos recursos familiares que podem actuar como factores protectores.

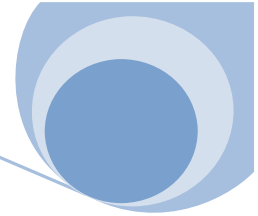
Com a implementação deste programa o enfermeiro



**PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA**

promove a resiliência no recém-nascido, actuando o próprio como factor protector desta família.





## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAUT, M. – ***A resiliência: ultrapassar os traumatismos***. Lisboa: Climepsi, 2005.

BARRADAS, Alexandra Ramos - **Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção**. Lisboa: (s.n.), 2008. 274 f. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta.\*

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - **Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar**. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.\*

FREITAS, Otília Maria da Silva - **Efeitos da massagem no recém-nascido pré-termo: avaliação de uma intervenção de enfermagem**. Porto: (s.n.), 2009. 355 f. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade

do Porto.

GOMES, Ana Marques – A importância da resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência: o papel dos profissionais da educação/reabilitação. **Saber (e) Educar**. ISSN 0873-3600. 11 (2006) p.49-71.

LEVY, L., BÉRTOLO, H. - **Manual de Aleitamento materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF - Comissão Nacional, 2008.\*

MUNIST, Mabel [et al.] – **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. 1998. [consult. 10 Mar. 2010]. Disponível em <URL: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Método Madre Canguru: Guia Práctica**. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004.\*

PATERSON, L. - O uso da massagem em neonatologia. *Nursing*, 1:44 (1991) p.17-19.

PEREIRA, Amanda et al - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Rev**

**Bras Enferm** 62:3 (2009) p.407-416

SAPIENZA, Graziela, PEDROMÔNICO Márcia Regina Marcondes - Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**. Maringá, 10: 2, (2005) p. 209-216.

SILVA, Maria Santos [et al.] – Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis 18:1 (2009) p.92-99.

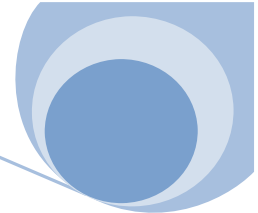
VILLALBA QUESADA, Cristina – El concepto de resiliencia individual e familiar. **Aplicaciones en la intervención social**. ISSN 1132-0559. 12:3 (2004) p.283-299.

YUNES, Maria Angela Mattar – Psicologia Positiva e Resiliência: o Foco no Indivíduo e na Família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 8 (2003) p.75-84.

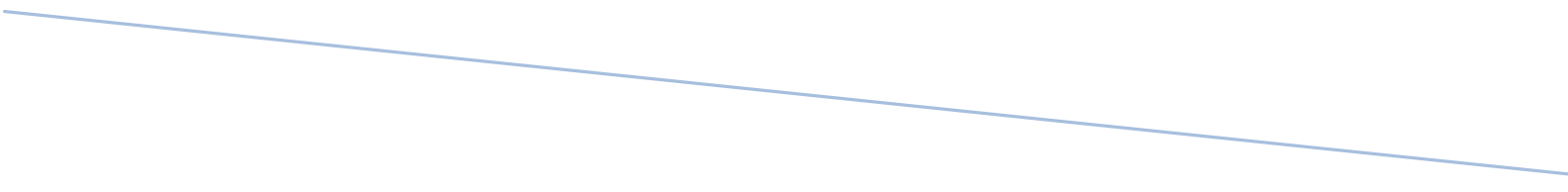
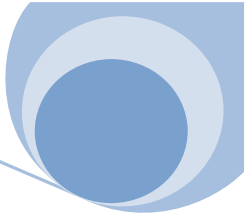
\*Sugestões de leitura

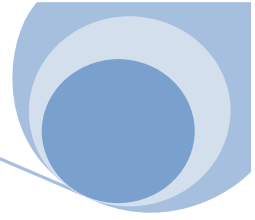
PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA



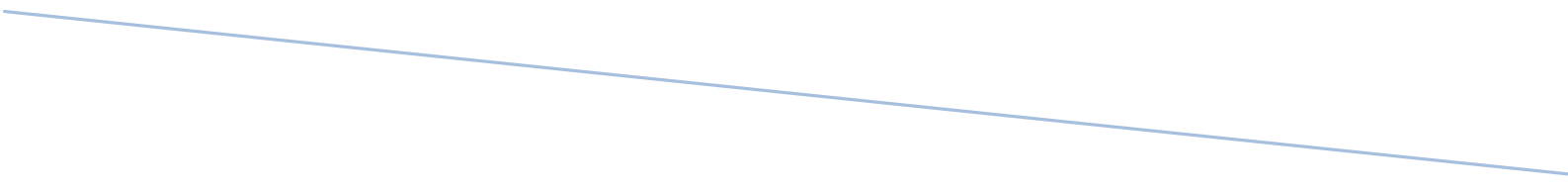


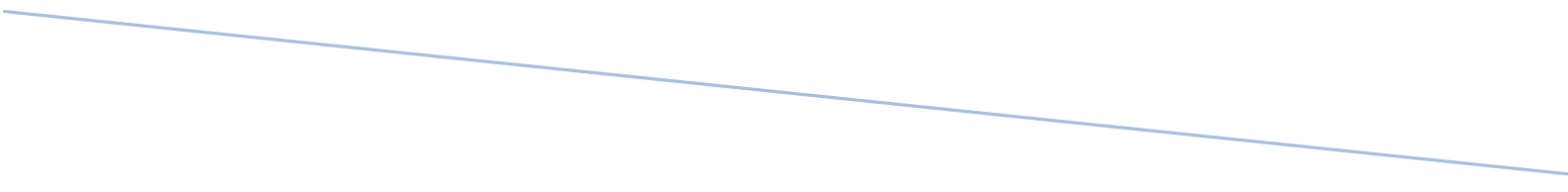
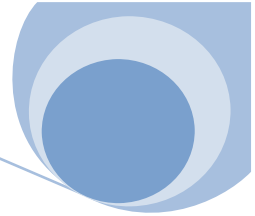
## ANEXOS





## Anexo I – Folha de Avaliação Familiar





2010



Apêndice Q – Aplicação Informática – Avaliação Familiar

**FOLHA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR**

Filho de:

Nome do recém-nascido:

**PAPEL PARENTAL\***

Sim Não N/O

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical			
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical			
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno			
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno			
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial			
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial			
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido			
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido			
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica			
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido			
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido			
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido			
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido			
Conhecimento dos pais vigilância de saúde			
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido			
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido			
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação			

N/O - Não observável durante o período de internamento

**PADRÕES DE INTERACÇÃO**

## Interacções Positivas

Hospital	<input type="checkbox"/>
Serviço Social	<input type="checkbox"/>
Associações de apoio	<input type="checkbox"/>
Grupos de Ajuda Mutua	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>
Igreja	<input type="checkbox"/>
Trabalho	<input type="checkbox"/>
Recreação	<input type="checkbox"/>
Família Extensa	<input type="checkbox"/>
Escola	<input type="checkbox"/>

## Interações Negativas

Hospital	<input type="checkbox"/>
Serviço Social	<input type="checkbox"/>
Associações de apoio	<input type="checkbox"/>
Grupos de Ajuda Mutua	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>
Igreja	<input type="checkbox"/>
Trabalho	<input type="checkbox"/>
Recreação	<input type="checkbox"/>
Família Extensa	<input type="checkbox"/>
Escola	<input type="checkbox"/>

## Ausência de Interação

Hospital	<input type="checkbox"/>
Serviço Social	<input type="checkbox"/>
Associações de	<input type="checkbox"/>
Grupos de Ajuda	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>
Igreja	<input type="checkbox"/>
Trabalho	<input type="checkbox"/>
Recreação	<input type="checkbox"/>
Família Extensa	<input type="checkbox"/>
Escola	<input type="checkbox"/>

**OBSERVAÇÕES****Enfermeiro**

\*Adaptado de FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Apêndice R – Processo Formativo – Promover a Resiliência no Recém-nascido/família

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.  
Hospital de São Bernardo

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

Ana Freire Botas \*

Orientado por:  
Enf.<sup>a</sup> Alexandra Barradas  
Prof. Filipa Andrade

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP



### Objectivo Geral

Apresentar e sensibilizar a equipa de enfermagem para o programa *Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família*.

### Objectivos específicos

- Contextualizar o constructo resiliência e as noções básicas que lhe estão alicerçadas bem como as premissas de uma abordagem orientada para a resiliência;
- Apresentação do programa focalizando os aspectos inerentes às dimensões nele descritas;
- Clarificar conceitos teóricos e práticos sobre os instrumentos de avaliação familiar genograma e ecomapa;
- Apresentação e discussão acerca da proposta da Folha de Avaliação Familiar;

## Estrutura

O CONSTRUCTO RESILIÊNCIA

Abordagem orientada  
para a resiliência

PROGRAMA *PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA NO  
RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA*

Recém-nascido  
Pais  
Família

AVALIAÇÃO FAMILIAR (Folha)

Modelo Dinâmico de Avaliação  
e Intervenção Familiar

Genograma e Ecomapa

PARTILHA/REFLEXÃO

# RESILIÊNCIA

## Resiliência



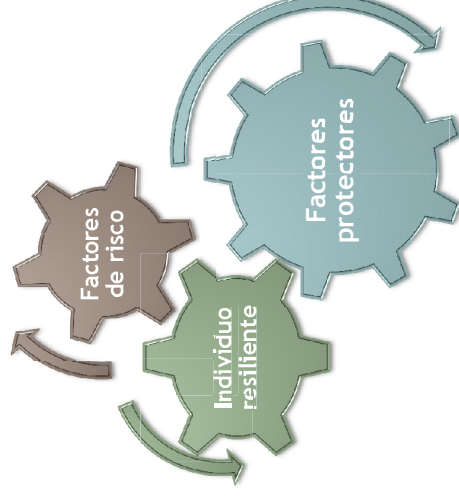
Em 1807, surge o termo resiliência na área da física e engenharia, sendo um dos seus precursores o cientista Thomas Young. Este definiu a resiliência de um material como a capacidade deste não sofrer deformações plásticas permanentes após a absorção de determinada energia.



O conceito de resiliência foi adoptado pelas ciências sociais e humanas para caracterizar os indivíduos que apesar de sujeitos a grandes adversidades apresentam um desenvolvimento saudável.

## Resiliência

### Noções básica



## Resiliência

### Como intervir junto da criança/família sob uma perspectiva promotora de resiliência?

#### PREMISSAS

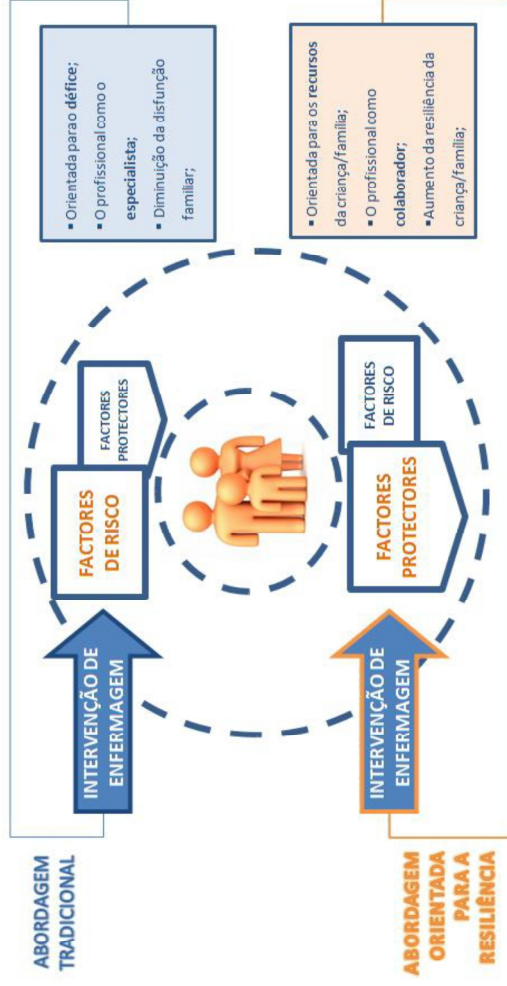
- Todas as famílias têm um potencial para crescer e melhorar em todos os momentos do seu desenvolvimento e em todas as situações;
- Todas as famílias possuem formas únicas e específicas de resiliência, forças e recursos que podem ser aplicados na solução dos problemas e dos objectivos terapêuticos;
- As famílias beneficiam do encorajamento do profissional para reconhecerem e aplicarem os seus próprios recursos com vista à solução dos seus problemas e com vista ao seu crescimento.

## Resiliência

ASPECTO	ABORDAGEM TRADICIONAL	ABORDAGEM ORIENTADA PARA A RESILIÊNCIA
Enfoque e objectivo	Diagnosticar e corrigir a disfunção familiar	Identificar e utilizar os recursos familiares
Papel do diagnóstico	Pré requisito para o tratamento efectivo	Desnecessário para o tratamento efectivo
Papel da avaliação	Obter informação sobre o passado para identificar a patologia	Identificar habituais e potenciais forças familiares e recursos
Visão do problema	Problemas indicam uma patologia familiar subjacente (família está doente)	Problemas indicam o fracasso das 'soluções' experimentadas - a família está bloqueada
Visão da família	A família é deficiente e requer a intervenção de especialistas de fora da família	A família tem recursos e é capaz de os mobilizar
Papel do profissional	Especialista	Colaborador
Linguagem	Orientada para o deficit	Orientada para a força da família
Origem do tratamento	Intervenção originada pelo profissional	Intervenção originada na força da família e na resiliência
Natureza do tratamento	Focado no problema remédio dirigido à patologia	Focado na solução - dirigido à força da família e à sua capacitação
Uso do apoio externo	Uso mínimo de apoio e recursos externos	Uso liberal de apoios e recursos externos
Resultados desejáveis	Diminuição da disfunção familiar	Aumento da resiliência familiar

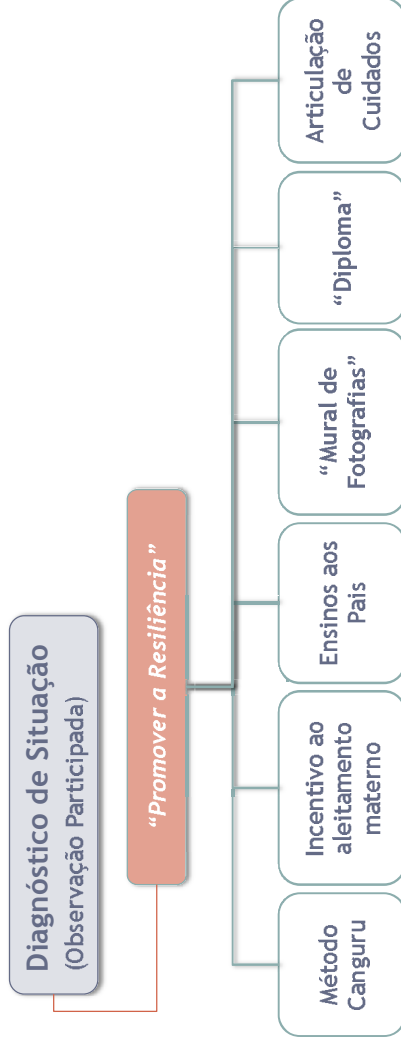
(In: Joan Simon, John Murphy, Sheila Smith 2005)

## Resiliência



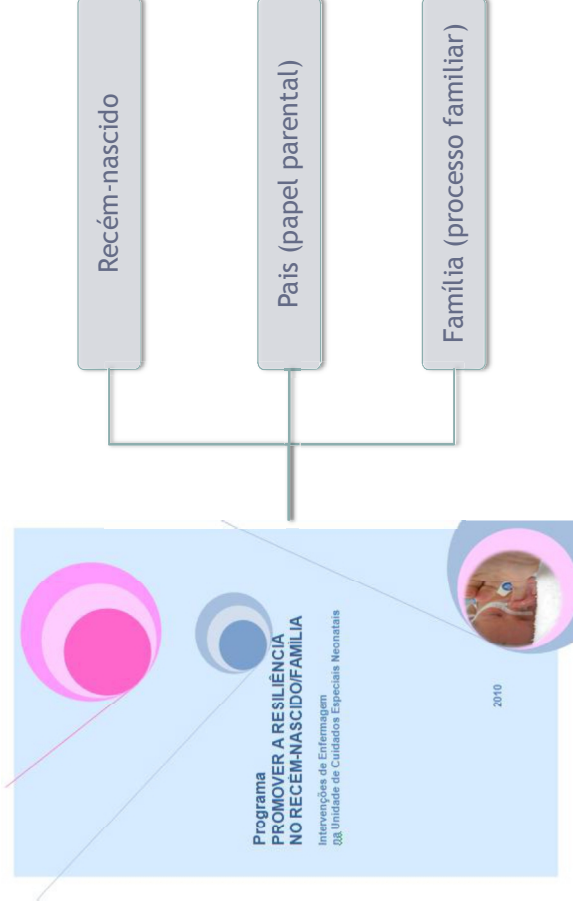
## PROGRAMA PROMOVER A RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família



Equipa Promotora de Resiliência

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família



## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

### Recém-nascido

- Promover amor incondicional, expressá-lo física e verbalmente, seja abraçando-o, acariciando-o ou usando palavras suaves para acalmar e confortar;
- Promover a amamentação imediatamente após o nascimento e mantê-la como alimentação exclusiva até aos 4 ou 6 meses e continuada até aos primeiros anos de vida da criança;

MUNIST et al (1998)

Método  
Canguru

Incentivo ao  
aleitamento  
materno

## método madre canguro

G u í a p r á t i c a



Registos

# MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO



Comitè Portuguê, para a UNICEF – Comissão Nacional  
*Iniciativa Hospitalar Amigos dos Bebês*

	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fecha de la visita	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Edad									
Peso									
Aumento de peso									
Método de alimentación									
Duración diaria media del contacto piel a piel									
Quejas									
Reingreso en el hospital									
Abandono									
Fecha									
Edad (en días)									
Edad postmenstrual									
Peso									

Motivos del abandono y otras observaciones



### Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

Pais (papel parental)

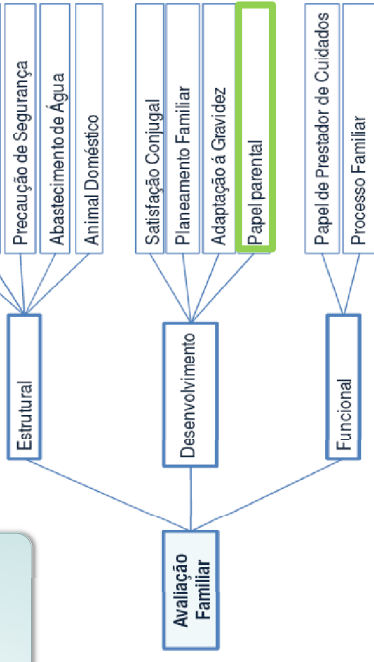
Promover a resiliência nos pais consiste em capacitar os mesmos de conhecimentos e práticas de cuidados (informais) com vista a uma adaptação ao seu novo papel, SER PAI.

Factores protectores

### Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

Pais (papel parental)

Avaliação Familiar  
MDAIF



(FIGUEIREDO, 2009: p.269)

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

Pais (papel parental)

### Categorias Avaliativas

- Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical;
- Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical;
- Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno;
- Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno;
- Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial;
- Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial;
- Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica;
- Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido;
- Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido;
- Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde;
- Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido;
- Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido;

(FIGUEIREDO, 2009)

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

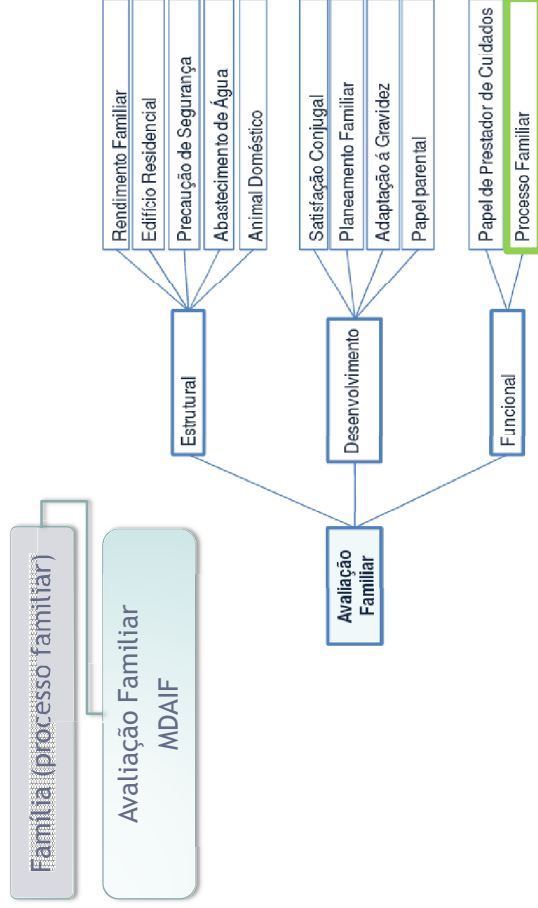
Família (processo familiar)

Prestar cuidados ao recém-nascido/família não se resume apenas a tomar os pais parceiros nos cuidados.

Família surge neste programa como um recurso.

Avaliação

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família



(FIGUEIREDO, 2009: p.269)

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

Família (processo familiar)

Categorias Avaliativas

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

(FIGUEIREDO, 2009)

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

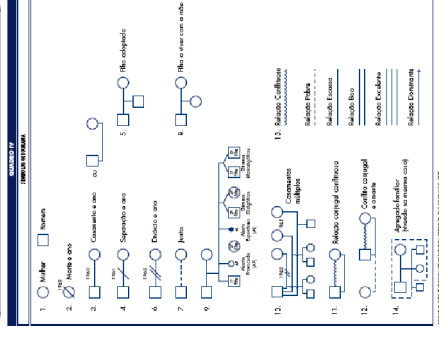
Instrumentos de avaliação familiar

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

### Genograma

Diagrama que detalha a estrutura familiar;  
Identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional;

### Como construir?



(REBELO, 2007.p.315)

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

### Genograma

GenoPro is a use-friendly comprehensive software that allows you to draw family trees and genograms that you can share with your whole family.

Download a free trial version today and begin exploring the ties that bind you together.

Visit our [Guided Tour](#) for a quick overview of GenoPro's features.

**Get GenoPro Now!**  
[Try It Free \(2.34 MB\)](#)

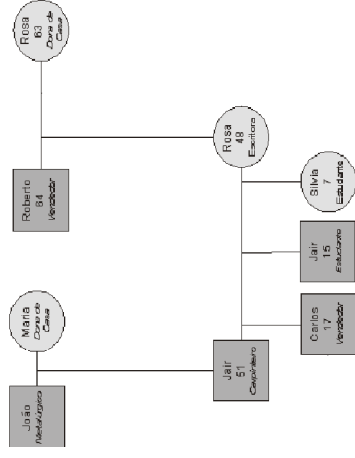
**11 Essentials Features You Need**  
For your Genealogy Software

- Draw your complete family tree. Add pictures to create a picture album.
- View the "big picture" of your family design.
- Generate and print detailed family reports with pictures in the language you want.
- Analyze and compile detailed statistics about your ancestry.
- Import and export your family data with other genealogy software.
- Include customizable [medical azaballs](#).
- [Learn more...](#)

([www.genopro.com](http://www.genopro.com))

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

### Genograma



Baseado em Fiedman<sup>16</sup>

(ROCHA, NASCIMENTO e LIMA, 2002: p.713)



## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

### Ecomapa

Diagrama que representa as relações entre a família e a comunidade;

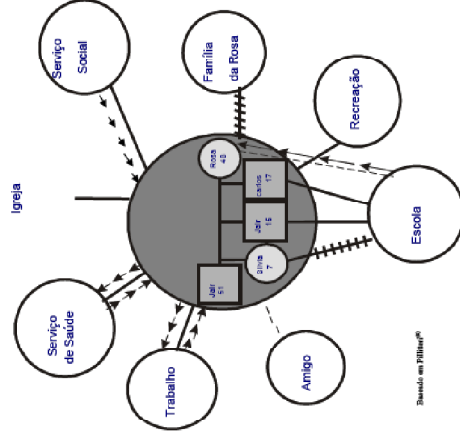
A família é representada no centro do círculo; Os círculos externos representam os contactos da família com a comunidade.

As linhas indicam o tipo de conexão:

- linhas contínuas representam ligações fortes;
- linhas pontilhadas, ligações frágeis;
- linhas com barras, aspectos estressantes.

As setas significam energia e fluxo de recursos.

Ausência de linhas significa ausência de conexão.



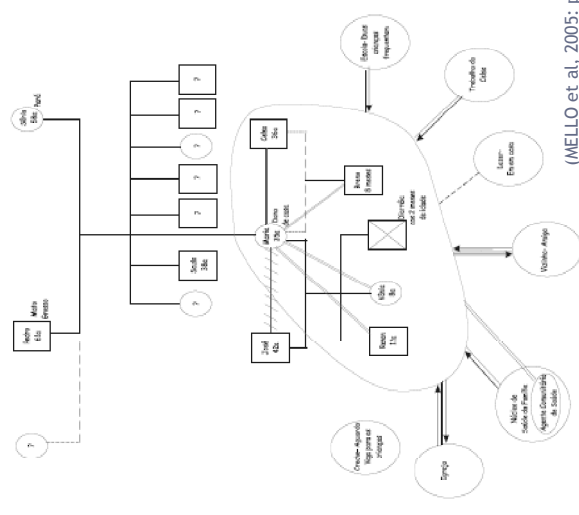
(ROCHA, NASCIMENTO e LIMA, 2002: p.713)

## Programa Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família

### Genograma Ecomapa

“... a escolha pelos instrumentos genograma e ecomapa permitiu vislumbrar cada família, em sua complexidade e dinamicidade.”

PEREIRA, 2009:p.411



(MELLO et al, 2005: p. 89)



## Reflexão/ partilha

## Bibliografia

- AGOSTINHO, Manuela – Ecomapa. *Rev Port Clin Geral*, 23 (2007) p. 327-330
- FAUSTO, Amaro - A família portuguesa. *Tendências actuais. Cidade Solidária* (Julho, 2004) p.1-5
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva e MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva - Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Rev Esc Enferm USP*, 43:3 (2009) p.615-621
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2001: resultados definitivos. Lisboa, INE, 2001.
- MARAU, Josefina - O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 23 (2007) p. 319-325
- MELLO, Débora F. et al - Genograma e Ecomapa: Possibilidade de utilização na estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum* 15:1 (2005) p.79-89
- PEREIRA, Amanda et al - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm* 62:3 (2009) p.407-416
- REBELO, Luis - Genograma familiar. O bisturi do Médico de Família. *Rev Port Clin Geral* 23 (2007), p. 309-317
- RIBEIRO, Cristina - Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:299-306
- ROCHA, Semiramis, NASCIMENTO, Lucila e LIMA Regina - Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: Subsídios para o ensino de graduação. *Rev Latino-am Enfermagem* 10:5 (2002) p.709-714
- SILVA, Luzia et al - Família uma Unidade de Cuidados para os seus Membros: Inquietações Reflexivas. *Servir* 56:5 (2008) p.159-166
- WENDT, Naiane Carvalho e CREPALDI, Maria Aparecida - A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e crítica* 21:2 (2007) p. 302-310

ANAUT, M. - *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi, 2005.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Porto: (s.n.), 2009. 551 f. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

GILLESPIE, Brigid M., WENDY, WALLIS, Marianne - Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*. 25:1-2 (May - June, 2007) p.124 - 135.

GOMES, Ana Marques - A importância da resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência: o papel dos profissionais da educação/reabilitação. *Saber (e) Educar*. ISSN 0873-3600. 11 (2006) p.49-71.

MUNIST, Mabel [et al.] - Manual de identificação y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. 1998. [consult. 10 Mar. 2010]. Disponível em <URL: <http://resilinet.uhu.es/libra/v/resilman/resilman.html>>.

RODRIGUES, Walter, AMOR, Teresa e MATIAS, Carla - *Diagnóstico Social do Concelho de Sesimbra*. Centro de Estudos Territoriais, Março 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986.

PEREIRA, Amanda et al - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm* 62:3 (2009) p.407-416

SILVA, Maria Santos [et al.] - Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis 18:1 (2009) p.92-99.

VILLALBA QUESADA, Cristina - El concepto de resiliencia individual e familiar. *Aplicaciones en la intervención social*. ISSN 1132-0559. 12:3 (2004) p.283-299.

YUNES, Maria Angela Mattar - *Psicologia Positiva e Resiliência: o Foco no Indivíduo e na Família*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8 (2003) p.75-84.

## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

### IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

Curso/Ação:

Data(s):

Duração:

### PROGRAMA DA ACÇÃO

1 2 3 4

Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito claros
Conteúdo da Acção	Inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completamente adequado
Utilidade do Tema	Inaplicável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente aplicável

### FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO

1 2 3 4

Motivação e participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito aberto
Instalações	Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Meios Audiovisuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Documentação	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adequada na totalidade
Utilização dos suportes	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito adequada

### QUALIDADE DA ACÇÃO

1 2 3 4

Disponibilidade	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Conhecimento	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom

## SUGESTÕES / CRÍTICAS / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Tema a desenvolver mais profundamente

Outros temas a incluir em Acções deste tipo \_\_\_\_\_

Aspectos mais positivos na Acção \_\_\_\_\_

Aspectos a melhorar \_\_\_\_\_

Sugestões \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÕES

Dê sugestões sobre outros assuntos, que gostaria de ver tratados em actividades futuras

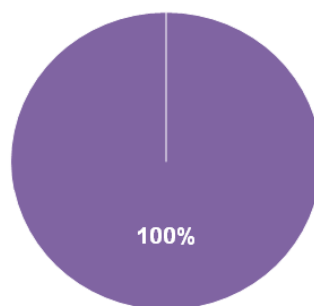
Nome (optativo) \_\_\_\_\_

## PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Temática	<b>Promover a resiliência no recém-nascido/família</b>
Instituição/ Serviço	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Data	17, 18 e 22 de Novembro
Hora	16h-16h30 (passagem de turno)
Local	Gabinete de Enfermagem
Destinatários	Enfermeiros
Fundamentação/ Pertinência	<p>O nascimento de uma criança representa uma nova etapa no ciclo vital de uma família. Implícita a esta nova etapa surge a reorganização familiar quer na adaptação a novos papéis quer e ao desempenhar de novas funções no seio familiar. Segundo BARRADAS (2008:p.35), “...<i>embora estas reorganizações internas sejam muitas vezes previsíveis, elas constituem sempre momentos de uma certa ansiedade, stress tanto para a mãe como para o pai, e por vezes de crise.</i>”</p> <p>Quando, para além destas reorganizações internas da família, a necessidade de hospitalização do recém-nascido surge toda a remodelação familiar é afectada podendo ser exacerbados todos os factores de stress acima supracitados. Desta forma, a hospitalização do recém-nascido constituiu um factor de risco para a família. Assim a promoção de resiliência surge como a possibilidade de capacitar a família de uma prática de cuidados capaz de identificar e mobilizar os factores protectores de que dispõe, criando condições para que construam uma trajectória de vida saudável.</p> <p>Decorrente dos resultados obtidos na fase de diagnóstico de situação, no qual foram identificados estratégias de promoção de resiliência no recém-nascido foi construído um programa de promoção de resiliência no recém-nascido/família que oferece orientações para intervenções de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E..</p> <p>Bibliografia: BARRADAS, Alexandra Ramos - <b>Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção</b>. Lisboa: (s.n.), 2008. 274 f. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta.</p>
Objectivo Geral	Apresentar e sensibilizar a equipa de enfermagem para o programa <i>Promover a Resiliência no Recém-nascido/Família</i> .

<p>Objectivos específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualizar o constructo resiliência e as noções básicas que lhe estão alicerçadas bem como as premissas de uma abordagem orientada para a resiliência;</li> <li>- Apresentação do programa focalizando os aspectos inerentes às dimensões nele descritas;</li> <li>- Clarificar conceitos teóricos e práticos sobre os instrumentos de avaliação familiar genograma e ecomapa;</li> <li>- Apresentação e discussão acerca da proposta da Folha de Avaliação Familiar;</li> </ul>
<p>Concepção/ Organização</p>	<p>Enf.<sup>a</sup> Filomena Alves Enf.<sup>a</sup> Alexandra Barradas Enf.<sup>a</sup> Ana Freire Botas</p>
<p>Formadores</p>	<p>Enf.<sup>a</sup> Ana Freire Botas</p>
<p>Caracterização da Formação</p>	<p>Metodologia de Formação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva (Microsoft Power Point - Slide Show)</li> <li>- Activa (Discussão de grupo)</li> </ul> <p>Metodologia de Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário</li> </ul> <p>Recursos e Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vídeo projector</li> <li>- Computador</li> </ul> <p>Outros</p> <p>Realizado poster de divulgação da sessão formativa afixado no gabinete de enfermagem.</p>
<p>Avaliação</p>	<p>Participaram nesta formação 14 enfermeiros, perfazendo um total de 55% da equipa de enfermagem, tendo participado nestas pelo menos um representante de cada equipa.</p> <p>Aplicada a ficha de avaliação, em vigor no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., aos formandos obtiveram-se os resultados abaixo apresentados (9 fichas de avaliação devolvidas).</p> <p>No que se refere aos objectivos da acção a totalidade dos formandos classificaram no item 4 numa escala de 1 a 4 que corresponde a confusos e muito claros respectivamente. Assim sendo, conclui-se que os objectivos apresentados para a formação foram muito claros.</p>

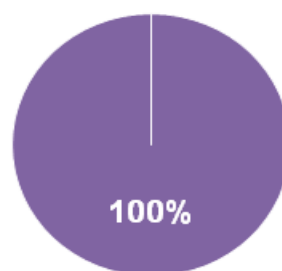
## Objectivos da Acção



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

O conteúdo da acção foi classificado em 100% no item 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inadequado a completamente adequado respectivamente. Desta forma o conteúdo da acção foi considerado completamente adequado.

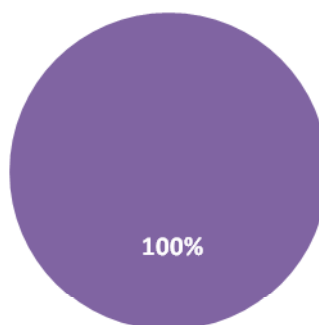
## Conteúdo da Acção



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

A utilidade do tema foi classificada pelo total dos formandos em 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inaplicável e totalmente aplicável respectivamente. Assim os formandos consideraram o tema da acção como totalmente aplicável.

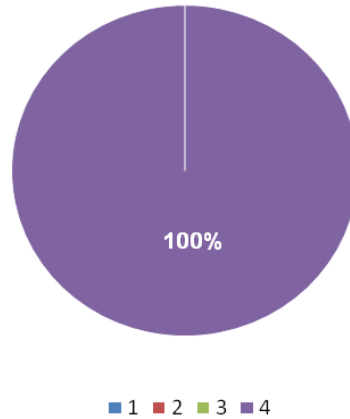
## Utilidade do Tema



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

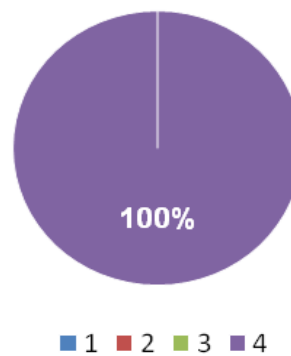
No que concerne à motivação e participação dos formandos, estes classificaram em num total de 100% no item 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a ausente e plena respectivamente.

### Motivação e participação



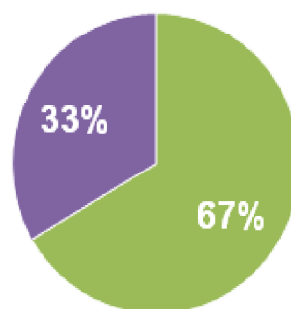
Pode concluir-se que o relacionamento entre os participantes foi muito aberto uma vez que 100% dos formandos classificaram no item 4, numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a fechado e muito aberto respectivamente.

### Relacionamento entre os participantes



Em relação às instalações, os formandos classificaram em 67% no 3 e 33% no 4 numa escala de más a excelente respectivamente. Assim, e de uma forma geral, os formandos classificaram as instalações como boas.

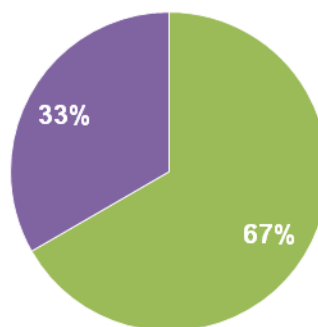
## Instalações



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Os meios audiovisuais foram classificados pelos formandos no item 3 e 4 em 67% e 33% respectivamente, numa escala de 1 a 4, em que o 1 corresponde a escassos e o 4 a excelentes.

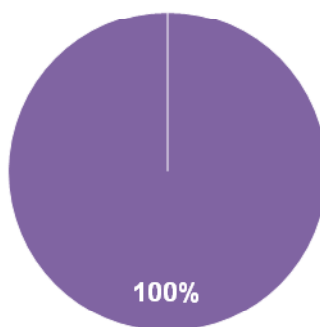
## Meios Audiovisuais



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que respeita à documentação, os formandos classificaram em 100% no item 4 e 1, numa escala em que o 4 corresponde a adequado na totalidade e o 1 a inadequado. Desta forma os formandos consideraram que a documentação cedida foi muito adequada.

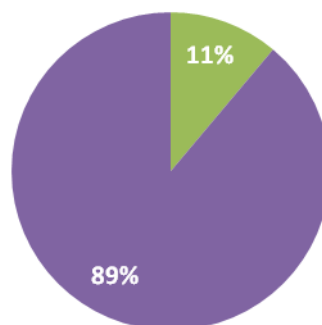
## Documentação



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

A utilização de suporte foi classificada no item 4 por 89% dos formandos e 11% no item 3, numa escala de 1 a 4, em que o primeiro significa inadequada e o 4 muito adequada. Assim, pode-se concluir que a utilização de suportes foi muito adequada.

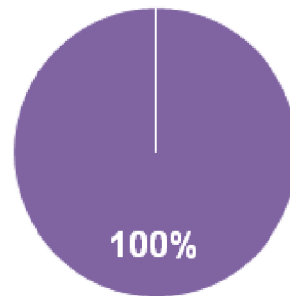
## Utilização de Suportes



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que confere à disponibilidade do formador, os formandos classificaram na sua totalidade no item 4, numa escala de 1 a 4 em que o primeiro representa insuficiente e o 4 muito bom. Desta forma conclui-se que a disponibilidade do formador foi muito boa.

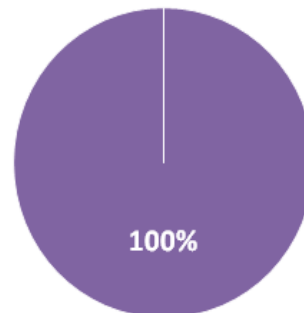
## Disponibilidade



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Na escala de 1 a 4, correspondendo o 1 a insuficiente e o 4 a muito bom, os formandos classificam a acção no que respeita ao conhecimento do formador em 4 na sua totalidade. Assim o conhecimento do formador em relação à temática é muito bom.

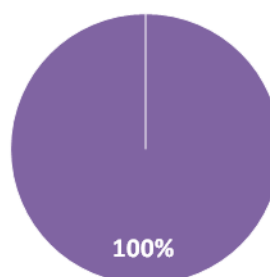
## Conhecimento



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

Utilizada a mesma escala acima supracitada, os formandos classificam a clareza da exposição em 4 correspondendo a uma percentagem de 100%. Assim, pode considerar-se que a exposição foi bastante clara.

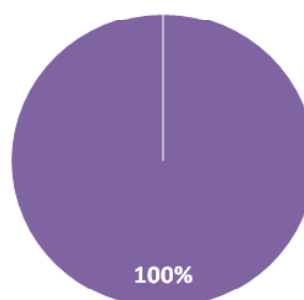
## Clareza da Exposição



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que respeita ao esclarecimento de dúvidas, os formandos classificam em 4, em 100%. Desta forma o esclarecimento de dúvidas foi muito bom.

## Esclarecimento de Dúvidas



■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

No que confere às questões abertas, especificamente aos aspectos positivos da acção, um dos formandos refere a pertinência do tema abordado para a sua prática de cuidados



**CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E  
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO**

**Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**

**APRESENTAÇÃO  
PROGRAMA PROMOVER A  
RESILIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO/  
FAMÍLIA**

**PRELECTOR: Enf.<sup>a</sup> Ana Botas\***

**DESTINATÁRIOS: Enfermeiros**

**DATAS: 17, 18 e 22 de Novembro**

**HORAS: 16h-16h30**



\* Aluna do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa

Apêndice S – Colectânea de Textos – Resiliência e Avaliação Familiar

FICHA DE LEITURA

<p>Titulo</p>	<p>Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família</p>
<p>Autor (es)</p>	<p>Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo                  Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins</p>
<p>Referenciação bibliográfica</p>	<p>FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva e MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva - Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. Rev Esc Enferm USP, 43:3 (2009) p.615-621</p>
<p>Temas</p>	<p>§ Família – Perspectiva multiversa;                  § Enfermagem de Família                  § Avaliação e Intervenção Familiar</p>
<p>Resumo</p>	<p>As autoras apresentam neste artigo a construção de um Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar a partir das necessidades identificadas pelos enfermeiros.                  Recorreram ao Modelo Sistémico e o Modelo como referenciais teóricos.                  Ao longo do artigo referem a metodologia utilizada para a construção do modelo, desde uma fase de diagnóstico até à operacionalização do mesmo.                  Apresentam o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e concluem que através da sua implementação será possível dar visibilidade aos cuidados de enfermagem à família como unidade de intervenção.</p>

## FICHA DE LEITURA

Título	Risco, Protecção e Resiliência em Situações de Violência
Autor (es)	Maria da Conceição Osório Ribeiro Ana Isabel Sani
Referenciação bibliográfica	RIBEIRO, Maria da Conceição Osório; SANI, Ana Isabel - Risco, Protecção e Resiliência em Situações de Violência. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009) 400-407.
Temas	§ Factores de Risco § Factores de Protecção § Resiliência
Resumo	<p>As autoras apresentam neste artigo uma revisão dos conceitos risco, protecção e resiliência sob a perspectiva da violência juvenil.</p> <p>No que concerne aos factores de risco e de protecção apresentam sumários nos quais subdividem estes factores em individuais, familiares, escolares/pares e comunitários enumerando alguns destes.</p> <p>Apresentam ainda definições do constructo resiliência elucidando a questão da superação de adversidade não encarada como a eliminação mas a "re-significação" da mesma.</p> <p>Oferecem a perspectiva de que na violência juvenil a resiliência proporciona intervenções expectantes de resultados diferentes.</p>

FICHA DE LEITURA

Título	<i>Coping</i> e Resiliência em Crianças Vítimas de Abuso Sexual
Autor (es)	Daniela Barros Ana Isabel Sani
Referenciação bibliográfica	BARROS, Daniela; SANI, Ana Isabel - <i>Coping</i> e Resiliência em Crianças Vítimas de Abuso Sexual. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro 2010, 3189-3204.
Temas	§ Estratégias de <i>Coping</i> § Resiliência
Resumo	<p>As autoras apresentam os resultados de um estudo qualitativo realizado a partir de entrevistas semi-estruturadas junto de 10 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, vítimas de abuso sexual.</p> <p>Os resultados do estudo evidenciam que as crianças que utilizaram um maior número de estratégias de coping apresentaram características pessoais positivas, como a autonomia, o sentido de auto-eficácia e auto-estima entre outros, o que favorece os processos de resiliência.</p>

## FICHA DE LEITURA

Titulo	Ecomapa
Autor (es)	Manuela Agostinho
Referenciação bibliográfica	AGOSTINHO, Manuela – Ecomapa. Rev Port Clin Geral, 23 (2007) p. 327-330.
Temas	§ Definição de Ecomapa § Construção do Ecomapa
Resumo	<p>A autora elabora uma abordagem em torno do instrumento de avaliação familiar, Ecomapa. Define-o com uma representação gráfica das relações da família com a comunidade. Refere que este pode ser elaborado por qualquer profissional de saúde e aborda aspectos relativos à sua construção, exemplificando.</p> <p>Conclui que o ecomapa constitui uma instrumento de avaliação familiar de fácil “leitura” para os profissionais de saúde uma vez que representa a família e as relações desta com o meio no qual se insere.</p>

## FICHA DE LEITURA

Título	Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: Subsídios para o ensino de graduação
Autor (es)	Semiramis Melani Melo Rocha Lucila Castanheira Nascimento Regina Aparecida Garcia de Lima
Referenciação bibliográfica	ROCHA, Semiramis, NASCIMENTO, Lucila e LIMA Regina - Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: Subsídios para o ensino de graduação. Rev Latino-am Enfermagem 10:5 (2002) p.709-714.
Temas	§ Família § Apgar Familiar § Genograma § Ecomapa
Resumo	<p>As autoras apresentam uma abordagem no âmbito dos instrumentos de avaliação familiar Apgar Familiar, Genograma e Ecomapa. Em relação ao primeiro refere que constitui um instrumento que permite identificar a satisfação de cada membro da família em relação à adaptação, participação, crescimento, afeição e resolução da família. Por sua vez e relativo ao genograma referem que o genograma permite obter de forma detalhada a estrutura familiar. No que concerne ao ecomapa caracterizam-no como um diagrama das relações da família com a comunidade. Sustentam esta abordagem utilizando exemplos dos instrumentos de avaliação referidos. Concluem que existe a necessidade de ressaltar a utilização destes instrumentos como ferramentas fundamentais para a prática de enfermagem.</p>

## FICHA DE LEITURA

Título	O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família
Autor (es)	Amanda Priscila de Souza Pereira Graziella Martins Teixeira Carolina de Araújo Belcorso Bressan Jussara Guê Martini
Referenciação bibliográfica	PEREIRA, Amanda et al - O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm 62:3 (2009) p.407-416
Temas	§ Famílias com doentes crónicos § Genograma § Ecomapa
Resumo	<p>As autoras apresentam um estudo junto de famílias com doentes crónicos com o objectivo de conhecer as formas de suporte desenvolvidas por estas.</p> <p>Recorrem ao genograma e ecomapa como instrumentos de colheitas de dados por considerarem que através deste é possível obter uma visualização rápida da complexidade das relações familiares e planear adequadamente estratégias de intervenção.</p> <p>Concluem que a utilização destes instrumentos de avaliação familiar foi pertinente e adequado ao estudo contudo referem que a sua utilização na prática profissional dos enfermeiros é reduzida.</p>

## FICHA DE LEITURA

Título	Genograma e Ecomapa: Possibilidade de utilização na estratégia de Saúde da Família
Autor (es)	Débora F. de Mello Claúdia S. Viera Érica Simpionato Zélia M. M. Biasoli-Alves Lucila C. Nascimento
Referenciação bibliográfica	MELLO, Débora F. et al - Genograma e Ecomapa: Possibilidade de utilização na estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Cresc Desenv Hum 15:1 (2005) p.79-89
Temas	§ Família § Genograma § Ecomapa
Resumo	<p>As autoras apresentam um estudo descrito-exploratório junto de duas famílias utilizando como instrumento de colheita de dados o genograma e o ecomapa. Evidenciam a importância de conhecer a estrutura da família, a sua composição e as relações que se estabelecem entre os membros como fundamental para prestar cuidados de enfermagem á família. Realçam a utilização do genograma e ecomapa como instrumentos que permitem o conhecimento aprofundado da família.</p> <p>Concluem que a utilização destes instrumentos além de permitir o conhecimento da estrutura, composição e relações familiares, constitui também veículos facilitadores da comunicação e interacção entre os profissionais de saúde e as famílias.</p>

## FICHA DE LEITURA

Título	A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa
Autor (es)	Naiane Carvalho Wendt Maria Aparecida Crepaldi
Referenciação bibliográfica	WENDT, Naiane Carvalho e CREPALDI, Maria Aparecida - A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. <i>Psicologia: Reflexão e crítica</i> 21:2 (2007) p. 302-310
Temas	§ Estrutura e Dinâmica Familiar § Pesquisa Qualitativa § Genograma
Resumo	<p>No artigo as autoras realçam a importância do genograma como instrumento de coleta de dados junto das famílias em pesquisas qualitativas. Referem que o desenvolvimento deste instrumento é complexo e que terá que ser alicerçado a uma entrevista junto da família. Acrescentam que esta entrevista não deverá seguir uma ordem previamente estabelecida mas sim ser "conduzida" pela própria família.</p> <p>Concluem que a utilização do genograma pode constituir um instrumento válido quando se pretendem realizar estudos no âmbito da dinâmica e estrutura das famílias.</p>

## FICHA DE LEITURA

Título	Família uma Unidade de Cuidados para os seus Membros: Inquietações Reflexivas
Autor (es)	Luzia Wilma Santana da Silva Danunzia Santana da Silva Lucia Hisako Takase Gonçalves Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo
Referenciação bibliográfica	SILVA, Luzia et al - Família uma Unidade de Cuidados para os seus Membros: Inquietações Reflexivas. Servir 56:5 (2008) p.159-166
Temas	§ Família § Políticas de Saúde
Resumo	<p>As autoras defendem a família como unidade de cuidados para os seus membros. Referem que não será possível olhar para o indivíduo como um todo sem antes olhá-lo como parte integrante de uma família.</p> <p>Defendem que a família não é apenas a soma dos seus membros, apoiando-se num pensamento sistémico.</p> <p>Consideram a família como co-participante e co-resnposável numa parceria de cuidados de saúde.</p> <p>Concluem que existe a necessidade de reconhecer o papel da família na prestação de cuidados bem como na construção de políticas de saúde.</p>

## FICHA DE LEITURA

Título	El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social
Autor (es)	Cristina Villalba Quesada
Referenciação bibliográfica	VILLALBA QUESADA, Cristina – El concepto de resiliencia individual e familiar. Aplicaciones en la intervención social. ISSN 1132-0559. 12:3 (2004) p. 283-299
Temas	§ Conceptualização de Resiliência § Investigação e Resiliência § Resiliência Individual e Familiar
Resumo	<p>A autora apresenta a definição do constructo resiliência citando vários autores de referência nesta temática</p> <p>No artigo são identificadas as principais etapas de investigação sobre o referido constructo. A primeira destas etapas respondeu à questão que características apresentam as pessoas que prosperam frente a factores de risco ou adversidade, sendo que a segunda etapa centrou-se no estudo do processo de obtenção das qualidades resilientes identificadas na etapa anterior. A terceira etapa aprofundou o conceito de resiliência e a força motivacional da pessoa resiliente.</p> <p>A autora realiza ainda uma abordagem à resiliência individual e familiar, identificando para esta última factores que promovem a mesma.</p>

## FICHA DE LEITURA

Titulo	Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis
Autor (es)	Brigid M. Gillespie Wendy Chaboyer Marianne Wallis
Referenciação bibliográfica	GILLESPIE, Brigid M., CHABOYER, Wendy e WALLIS, Marianne – Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. Contemporary Nurse. 25:1-2 (May – June, 2007) p.124 – 135.
Temas	
Resumo	<p>Este artigo constitui uma análise conceptual ao constructo resiliência. As autoras reconhecem o potencial do referido constructo no contexto da saúde, ainda que na enfermagem seja foco de interesse muito recentemente.</p> <p>Da análise realizada concluíram que os postulados alicerçados à resiliência prendem-se com a auto-estima, esperança e o coping.</p> <p>Reforçam o facto de que a resiliência pode ser encarada como um processo que pode ser desenvolvido ao longo da vida.</p> <p>Enfatizam ainda que a clarificação teórica do constructo resiliência contribui para o conhecimento de enfermagem.</p>



**Documentação no cd em anexo no relatório**

Apêndice T – Diagnóstico de Situação – Módulo II/ Serviço de Pediatria

**Metodologia**

A realização do questionário de diagnóstico de situação tem por base teórica o preconizado por FORTIN (2009) no que concerne à construção de um questionário. Não sendo este um questionário decorrente de uma questão de investigação, mas sim um questionário que visa o diagnóstico de situação, estabelecem-se os seguintes objectivos:

- Caracterizar o inquirido no que respeita à idade, grau académico e tempo de exercício profissional;
- Determinar se na opinião dos inquiridos existe articulação de cuidados e como se processa;
- Identificar qual a importância da temática na prática profissional;
- Determinar que aspectos podem ser melhorados e que estratégias podem ser utilizadas para a melhoria da articulação de cuidados.

Assim, as questões formuladas são de escolha fixa (fechadas) dicotómica e de gradação vertical, sendo que para estas últimas forma construídas escalas gráficas.

Por sua vez também existem duas perguntas abertas.

Desta forma, do questionário fazem parte oito perguntas divididas em duas categorias. A primeira refere-se à caracterização do inquirido, a segunda parte é relativa à articulação de cuidados.

O questionário foi entregue no dia 3 de Dezembro de 2010 a um total de 17 enfermeiros. Até ao dia 17 de Dezembro foram recebidos um total de 14 questionários.

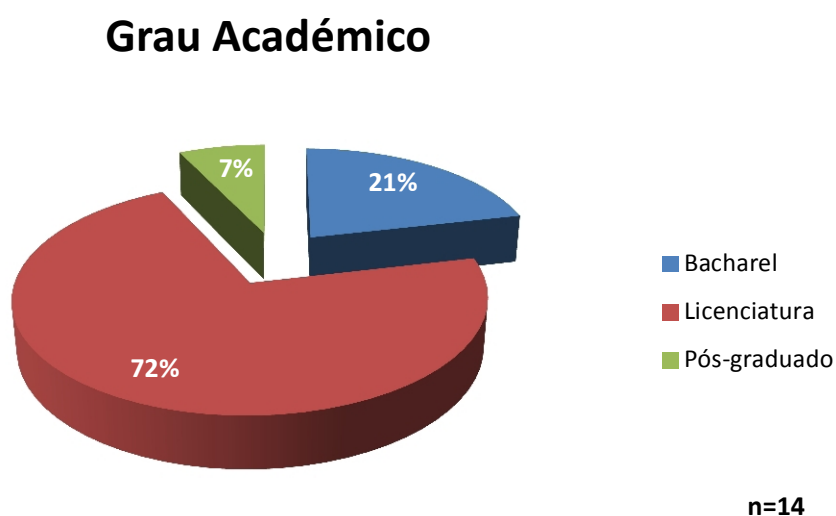
De referir que a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria é constituída por um total de 18 enfermeiros, sendo que os questionários recebidos representam 78% da opinião da equipa.

O tratamento dos dados colhidos foi realizado através do programa Excel.

## RESULTADOS

### Caracterização

O grupo de enfermeiros inquiridos apresenta uma média de idade de 35,6 anos, sendo o intervalo de idades definido entre 24 e 45 anos. Quanto ao grau académico, 72% (14 enfermeiros) são licenciados, 21% são bacharel e 7% são pós-graduados, tal como sugere o gráfico abaixo.

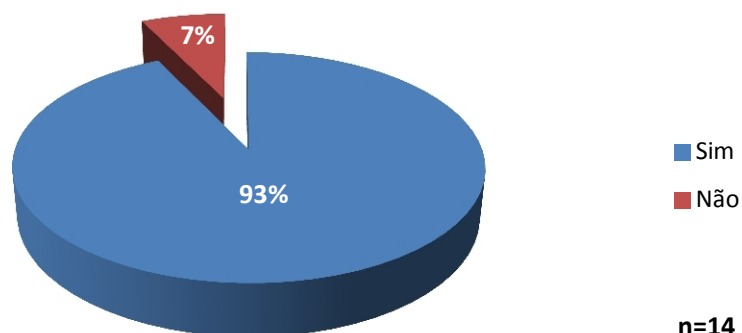


No que concerne ao tempo de exercício profissional a média é de 12,4 anos e de exercício em saúde infantil e pediátrica a média é de 11,2 anos.

### Articulação de Cuidados

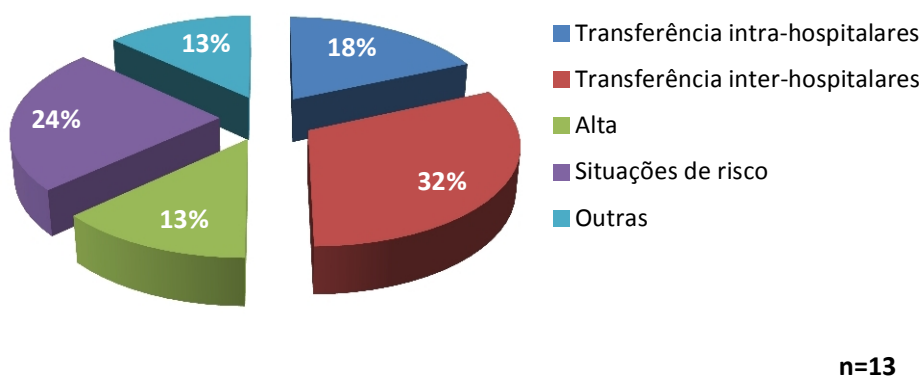
A respeito da articulação de cuidados, mais especificamente relativa à pergunta *considera que no seu local de trabalho é realizada articulação de cuidados*, 93% dos inquiridos responde sim, sendo que 7% responde não.

## Considera que no seu local de trabalho é realizada articulação de cuidados?



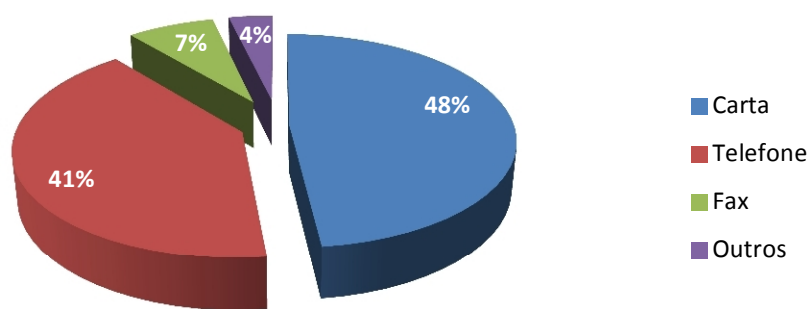
Dos 93% inquiridos que responderam sim à questão anterior, assinalaram como situações nas quais se realizava a articulação de cuidados num total de 32% nas transferências inter-hospitalares, 24% nas situações de risco, 18% no momento da alta e 13% nas transferências intra-hospitalares. Assinalaram ainda a resposta outras 13%, acrescentando as crianças com necessidades de cuidados especializados no domicílio, as crianças que são encaminhadas para instituições e por fim aquando a vacinação não se encontra actualizada.

## Em que situações?



Na pergunta 5.2, quando questionados acerca de como é operacionalizada a articulação de cuidados, 48% assinala a carta, 41% o telefone, 7% o fax e 4% outro meio, que à questão qual não respondeu.

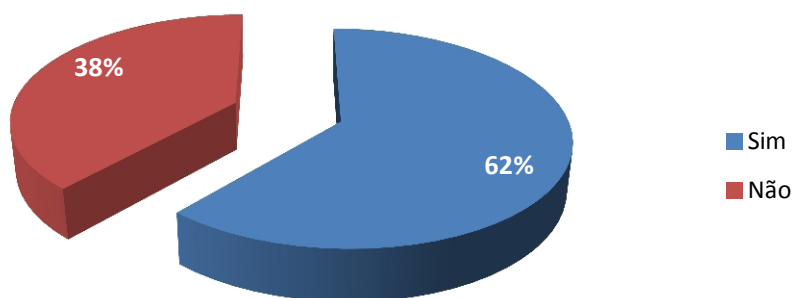
### Operacionalização da Articulação de Cuidados



n=13

No que respeita ao envolvimento na articulação de cuidados da criança/família 62% dos inquiridos assiná-la a resposta sim e 38% não. Um dos inquiridos que assinalou a resposta sim, especificou que este envolvimento ocorre muito raramente.

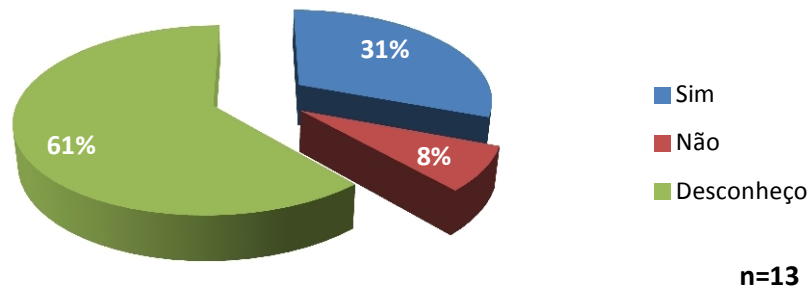
### Envolvimento na criança/família na articulação de cuidados



n=13

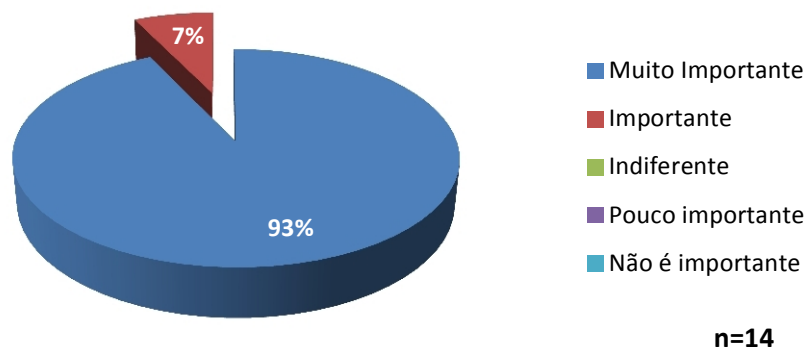
Quando questionados acerca da existência de um procedimento normativo em relação à articulação de cuidados, 61% desconhece a existência de um procedimento, 31% respondeu que sim e 8% respondeu não. Um dos inquiridos não respondeu à questão.

### Conhecimento da existência de um procedimento normativo sobre articulação de cuidados



Na pergunta 7, questionava-se os inquiridos acerca da importância que atribuem à articulação de cuidados na sua prática profissional, 93% assinalam como muito importante e 7% como importante.

### Importância da Articulação de Cuidados na prática de profissional



No que concerne às questões de resposta aberta, a primeira, que se referia a que aspectos poderiam ser melhorados na articulação de cuidados, 93% dos inquiridos responderam. Das respostas obtidas surgem três categorias, primeira referente à questão da frequência com que a articulação de cuidados é realizada, sendo que dois dos inquiridos referem que esta deveria ser realizada sempre. Por sua vez, e na categoria carta de alta/transferência, os inquiridos apontam a necessidade de

reformulação na carta existente bem como a uniformização da informação nesta contida. A outra categoria refere-se à melhoria da articulação de cuidados com os Centros de Saúde apontando os inquiridos a necessidade da existência de uma lista de contactos dos mesmos. Um dos inquiridos aponta ainda a necessidade do registo das articulações realizadas.

No que respeita à pergunta, que estratégias poderiam ser implementadas para melhorar a articulação os inquiridos sugerem a existência de parcerias com os Centros de Saúde, a necessidade de um procedimento normativo, o envolvimento os pais nesta articulação e de formação sobre a temática.

### **Discussão**

Decorrente dos resultados acima apresentados constata-se que a maioria dos inquiridos considera que existe articulação de cuidados no seu local de trabalho, que esta é preferencialmente realizada na transferência inter-hospitalares e situações de risco e através de carta e contacto telefónico. A maioria dos inquiridos considera ainda que existe o envolvimento da criança/família na articulação de cuidados.

No que concerne à existência de um procedimento normativo a maioria dos inquiridos desconhece a existência do mesmo.

Por sua vez, os inquiridos consideram muito importante a articulação de cuidados na sua prática profissional. Apontam como aspectos a melhorar a realização de articulação de cuidados em todas as crianças internadas, a reformulação e uniformização da carta de alta/transferência e a melhoria da articulação de cuidados com os Centros de Saúde. Por sua vez, apresentam com estratégia para melhorar a articulação de cuidados a existência de uma norma de procedimento, uma parceria de cuidados com o Centro de Saúde, o envolvimento dos pais e formação.

### **Referências Bibliográficas**

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação, Da Concepção à Realização**. Lisboa: Lusodidacta 2000. ISBN: 9789728383107



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

# **PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA**

**PROJECTO DE ESTÁGIO**

## **QUESTIONÁRIO**

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

---

O presente questionário enquadra-se no projecto *Promover a Resiliência na Criança/Família* em desenvolvimento no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.. Com este pretende-se o diagnóstico de situação no que respeita à articulação de cuidados de enfermagem, quer intra e inter-hospitalar, quer com os recursos de saúde da comunidade. Posteriormente, e analisados os dados colhido proceder-se-á à sua apresentação à equipa de enfermagem e definir-se-ão estratégias de intervenção.

Por entendermos que a sua opinião é fundamental para garantir uma correcta adequação da formação às necessidades sentidas na sua prática profissional, agradecemos antecipadamente a sua preciosa colaboração.

Ana Freire Botas

---

## QUESTIONÁRIO

Nome (opcional)

### Caracterização

1. Idade

2. Grau acadêmico

3. Tempo de exercício profissional

4. Tempo de exercício profissional em Saúde Infantil e Pediatria

### Articulação de Cuidados

Por favor assinale as suas opções com: **x**

5. Considera que no seu local de trabalho é realizada articulação de cuidados?

Sim

Não

Passa à pergunta 6

5.1 Em que situações?  
(pode assinalar mais do que uma opção)

Transferência Intra-hospitalares

Transferência Inter-hospitalares

Alta

Situações de Risco

Outras

Qual/Quais?

---

---

---

5.2 Como é operacionalizada a mesma?  
(pode assinalar mais do que uma opção)

Carta

Telefone

Fax

Outros

Qual/Quais?

---

---

---

5.3 A criança/família são envolvidas na articulação de cuidados?

Sim	
Não	

6. Existe algum procedimento normativo em relação à articulação de cuidados?

Sim	
Não	
Desconheço	

7. Que importância atribui á articulação de cuidados na sua prática profissional?

Muito importante	
Importante	
Indiferente	
Pouco importante	
Não é importante	

8. Na sua opinião que aspectos poderiam ser melhorados em relação à articulação de cuidados que já existe?


8.1 Sugira algumas estratégias que na sua opinião possibilitem melhorar a articulação de cuidados.




Apêndice U – Norma de Procedimento para realização de carta de alta/transferência da  
criança/família internada

# ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

Não

Risco

Sim

Diagnóstico Clínico;  
Período de Internamento;  
Antecedentes pessoais da criança;  
Resumo do internamento (principais diagnósticos de enfermagem e evolução do estado clínico da criança);  
Relações familiares (Relação pais/crianças durante o internamento; visitas durante o internamento; factores protectores na família alargada...);  
Medicação que realizou no internamento e que fica prescrita para o domicílio;  
Exames e consultas marcadas ou a aguardar marcação;  
Recursos na comunidade (quais os recursos que a família mantém contacto; durante o internamento que recursos foram contactados...);  
Nome do enfermeiro.

**CARTA DE TRANSFERÊNCIA ENTREGUE AOS PAIS (BOLETIM DE INDIVIDUAL DE SAÚDE)**

• Situações específicas decorrentes do risco biológico.

Biológico

Ambiental

• Situações específicas decorrentes do risco ambiental.

**CARTA DE TRANSFERÊNCIA ENVIADA POR FAX COM TELEFONEMA AO COLEGA**

<p>Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p>Procedimento para realização de carta de Transferência/Alta da Criança/Família Internada</p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.XXXX.00

## 1. Objectivo

- Uniformizar a actuação dos profissionais de enfermagem do Serviço de Pediatria no que respeita à articulação de cuidados com outros serviços, quer intra quer inter-hospitalares, e recursos da comunidade;
- Melhorar a partilha de informação acerca da criança nos diferentes circuitos.

## 2. Campo de aplicação

O referido procedimento aplica-se a toda a equipa de enfermagem que desempenhe funções no Serviço de Pediatria.

## 3. Siglas, abreviaturas e definições

DGS – Direcção Geral de Saúde

Definições

### ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

Segundo os padrões de qualidades dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001:p.14) realça “...a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem” e “...o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade” como elementos chave para a readaptação funcional. Surge desta forma a articulação de cuidados como resposta a estes.

Bilro (2004;p.196), define a **articulação de cuidados** “...como um sistema que admite na sua estrutura diversas instituições formais e informais, públicas e privadas, as quais se devidamente articuladas entre si concorrem cada uma com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos utentes dos serviços de saúde...”.

<p>Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p>Procedimento para realização de carta de Transferência/Alta da Criança/Família Internada</p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.XXXX.00

## RISCO

Segundo a DGS (2008), o **conceito de risco** diz respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança quer no que respeita à segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

De acordo com Brown e Brown definem dois tipos de risco:

- **Risco biológico** - crianças com antecedentes clínicos e familiares que poderão originar atrasos no desenvolvimento, por exemplo, baixo peso ao nascer, anóxia ou alterações e doenças no recém-nascido.
- **Risco ambiental** - crianças cujas histórias pessoais e familiares estão associadas a alterações do ambiente familiar ou a problemas sociais graves e que poderão também provocar atrasos no desenvolvimento da criança.

## 4. Referências

BILRO, M.E.S.– **Articulação de cuidados**. Enfermagem Oncológica, 1ª ed. Coimbra, Formassau, 2004 p.195-200.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Maus tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde**, Documento Técnico. Lisboa. DGS. Novembro, 2008. [Consultado em 3 de Janeiro de 2011] Disponível na internet em [[http:// www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/)].

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: OE, 2001.

## 5. Responsabilidades

É da responsabilidade do enfermeiro:

- Realizar carta de transferência/alta de todas as crianças internadas aquando a alta, sendo que esta deverá ser iniciada ao longo do internamento;
- Envolver os pais na realização da carta de transferência/alta afim de identificar possíveis necessidades e/ou recursos a contactar;

<p>Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p>Procedimento para realização de carta de Transferência/Alta da Criança/Família Internada</p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.XXXX.00

- Providenciar o encaminhamento da carta de transferência/alta, dando conhecimento aos pais ou pessoa significativa;

## 6. Procedimento

- Aceder no programa SAPE ao item carta de transferência após seleccionar o nome da criança em questão;

- Clicar em *observações*. Neste campo poderá escrever texto livre, sendo que deverá conter no mesmo os seguintes tópicos:

- Diagnóstico Clínico;
- Período de Internamento;
- Antecedentes pessoais da criança;
- Resumo do internamento (principais diagnósticos de enfermagem e evolução do estado clínico da criança);
- Relações familiares (Relação pais/crianças durante o internamento; visitas durante o internamento; factores protectores na família alargada...);
- Medicação que realizou no internamento e que fica prescrita para o domicílio;
- Exames e consultas marcadas ou a aguardar marcação;
- Recursos na comunidade (quais os recursos que a família mantêm contacto; durante o internamento que recursos foram contactados...);
- Nome do enfermeiro.

- Proceder-se-á à impressão de duas cópias da carta de transferência/alta. Uma dessas impressões deverá ser anexada ao processo da criança e a outra “agrafada” ao boletim individual de saúde da criança.

- No caso de ter sido identificada alguma situação de risco biológico e/ou ambiental deverá ser especificada a mesma nas observações, tal como o encaminhamento realizado. Deverão ser impressas duas cópias da carta, uma fica anexa ao processo e a outra deve ser enviada por fax ao cuidado do enfermeiro de família da criança, bem como realizado contacto telefónico para o mesmo.

- Deverão ser registados no documento “Registo Estatístico de Articulação de Cuidados” os casos de crianças às quais foi identificado risco biológico e/ou ambiental quer os recursos que foram mobilizados/contactados.

<b>Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E.</b> Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão	<b>Procedimento para realização          de carta de Transferência/Alta          da Criança/Família Internada</b>	<b>Data de entrada em vigor:</b>	--/--/--
		<b>Revisão X</b>	--/--/--
		<b>Próxima revisão:</b>	--/--/--
		<b>Cód. Documento:</b>	PS.XXXX.00

## 7. Anexos

Anexo I – Esquematização do Procedimento para realização da carta de transferência/alta da criança internada.

Anexo II – Tabela exemplificativa para registo estatístico de articulação de cuidados.

<b>Elaboração</b>	<b>Revisão</b>	<b>Ratificação</b>
Enf. <sup>a</sup> Ana Botas Enf. <sup>a</sup> Antónia Guerreiro Enf. <sup>o</sup> Francisco Vaz	Nome de quem irá rever o documento no prazo de 3 anos	Assinatura dos membros do Conselho de Administração   <b>Data:</b>



Apêndice V – Aplicação Informática – Registo de Articulação de Cuidados









Apêndice W – Folha de Articulação com Instituições

**PADRÃO HABITUAL DA CRIANÇA**

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

Nome da criança: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_

**ALIMENTAÇÃO**

Tipo: \_\_\_\_\_  
Última refeição: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÃO**

Vesical: \_\_\_\_\_  
Intestinal: \_\_\_\_\_  
Data da última dejeção: \_\_\_\_\_  
Fralda nº: \_\_\_\_\_

**HIGIENE**

Banho: \_\_\_\_\_

**SONO**

Tipo: \_\_\_\_\_  
Objectos de segurança \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SERVIÇO DE PEDIATRIA**  
Contacto telefónico: 265 54 90 89

**PADRÃO HABITUAL DA CRIANÇA**

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

Nome da criança: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_

**ALIMENTAÇÃO**

Tipo: \_\_\_\_\_  
Última refeição: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÃO**

Vesical: \_\_\_\_\_  
Intestinal: \_\_\_\_\_  
Data da última dejeção: \_\_\_\_\_  
Fralda nº: \_\_\_\_\_

**HIGIENE**

Banho: \_\_\_\_\_

**SONO**

Tipo: \_\_\_\_\_  
Objectos de segurança \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SERVIÇO DE PEDIATRIA**  
Contacto telefónico: 265 54 90 89



Apêndice X – Processo Formativo – Articulação de Cuidados

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.  
Hospital de São Bernardo

SERVIÇO DE PEDIATRIA

# Articulação de Cuidados

Uma estratégia promotora de  
resiliência

Ana Freire Botas \*

Orientado por:  
Enf.<sup>a</sup> Antónia Guerreiro  
Prof. Filipa Andrade

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP



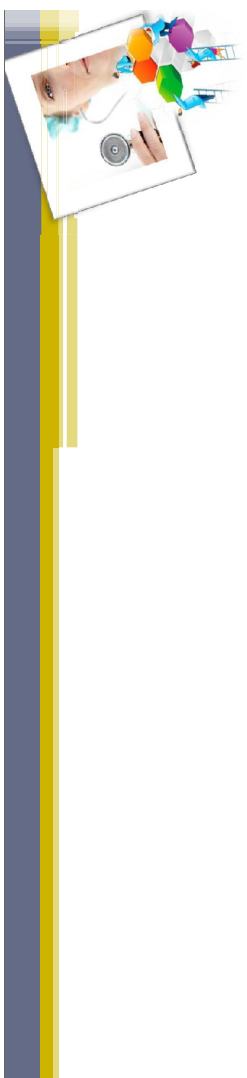
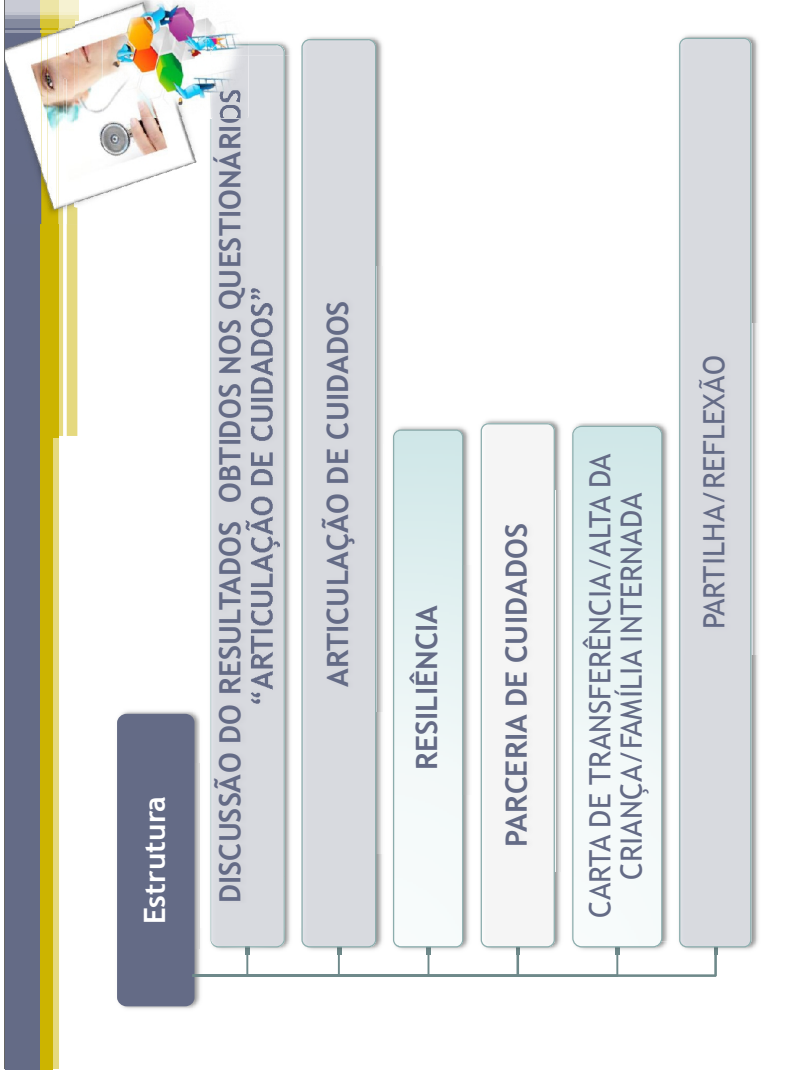
## Objectivo Geral

Reflectir/debater aspectos relacionados com a articulação de cuidados.

## Objectivos específicos

- Discutir os resultados obtidos na fase de diagnóstico;
- Descrever e enunciar noções alicerçadas ao conceito de resiliência e a sua relação com a articulação de cuidados;
- Apresentação/Discussão da norma de procedimento para realização de carta de Transferência/Alta da Criança/Família Internada;



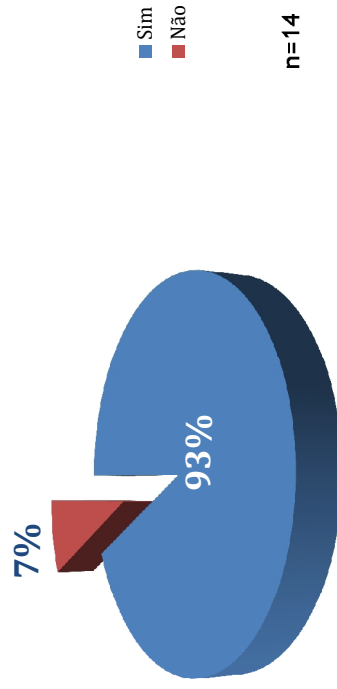


**RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS  
“ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”**

## RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS “ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”



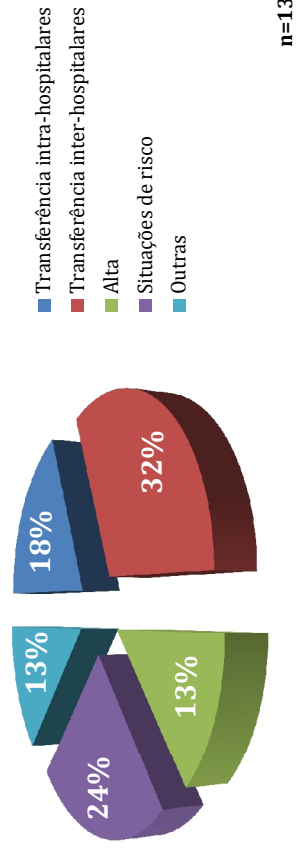
### CONSIDERA QUE NO SEU LOCAL DE TRABALHO É REALIZADA ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS?



## RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS “ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”



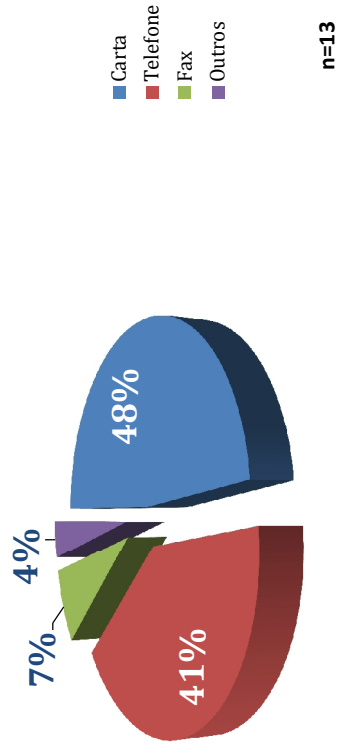
### Em que situações?



RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS  
“ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”



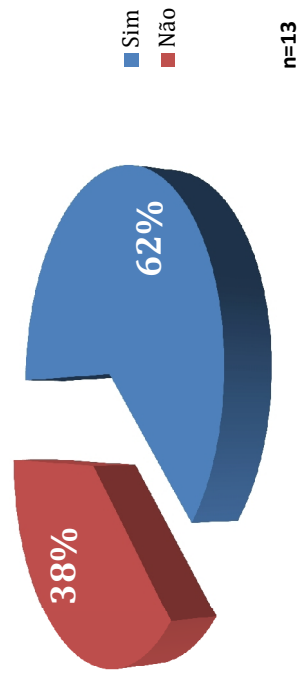
Como é operacionalizada a articulação de cuidados?



RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS  
“ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”



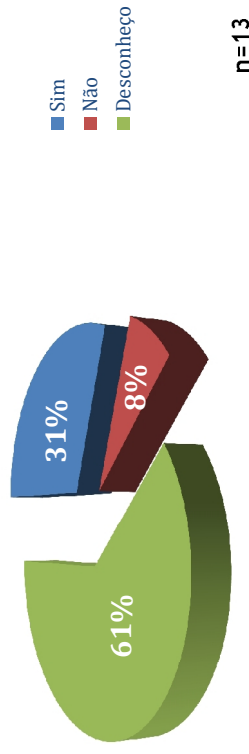
Envolvimento na criança/família na articulação de cuidados



## RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS “ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”



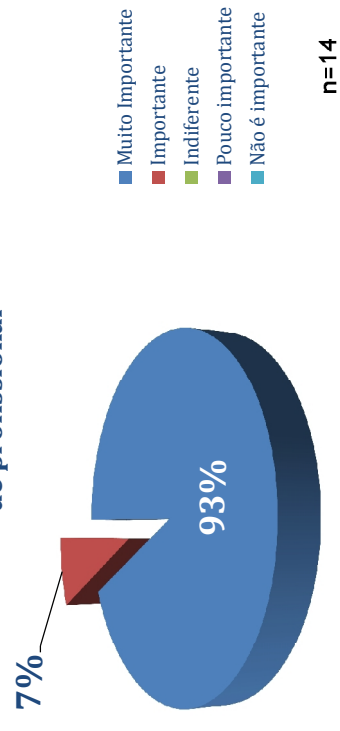
Conhecimento da existência de um procedimento normativo sobre articulação de cuidados



## RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS “ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”



Importância da Articulação de Cuidados na prática de profissional





## RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS “ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”

### ASPECTOS A MELHORAR NA ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

A FREQUÊNCIA COM QUE A ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS É REALIZADA, SENDO QUE DOIS DOS INQUIRIDOS REFEREM QUE ESTA DEVERIA SER REALIZADA SEMPRE

REFORMULAÇÃO NA CARTA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA EXISTENTE BEM COMO A UNIFORMIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO NESTA CONTIDA

MELHORIA DA ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS COM OS CENTROS DE SAÚDE



## RESULTADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS “ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS”

### ESTRATÉGIAS SUGERIDAS

PARCERIAS COM OS CENTROS DE SAÚDE

Em curso na  
instituição

PROCEDIMENTO NORMATIVO

O ENVOLVIMENTO DOS PAIS NA ARTICULAÇÃO

FORMAÇÃO

FORMAÇÃO



## ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

## Articulação de Cuidados

### ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

*“...como um sistema que admite na sua estrutura diversas instituições formais e informais, públicas e privadas, as quais se devidamente articuladas entre si concorrem cada uma com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos utentes dos serviços de saúde...”*

BILRO (2004; p.196)

## Articulação de Cuidados



“...a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem”

“...o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade”

OE (2001:p.14)

## Articulação de Cuidados



ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

Para quê???

Que benefícios???

RESILIÊNCIA



## RESILIÊNCIA

### Resiliência



Em 1807, surge o termo resiliência na área da física e engenharia, sendo um dos seus precursores o cientista Thomas Young. Este definiu a resiliência de um material como a capacidade deste não sofrer deformações plásticas permanentes após a absorção de determinada energia.

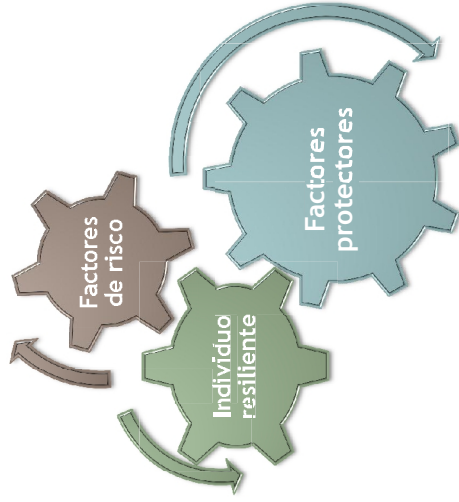


O conceito de resiliência foi adoptado pelas ciências sociais e humanas para caracterizar os indivíduos que apesar de sujeitos a grandes adversidades apresentam um desenvolvimento saudável.



## Resiliência

### Noções básica

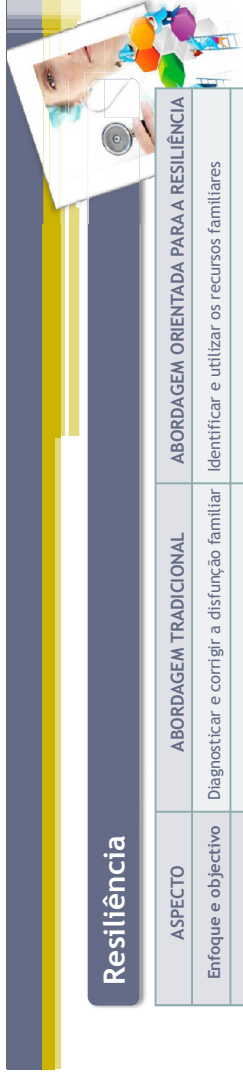


## Resiliência

### Como intervir junto da criança/família sob uma perspectiva promotora de resiliência?

#### PREMISSAS

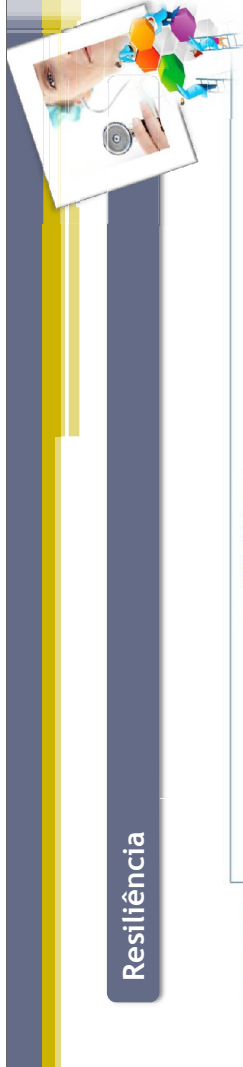
- Todas as famílias têm um potencial para crescer e melhorar em todos os momentos do seu desenvolvimento e em todas as situações;
- Todas as famílias possuem formas únicas e específicas de resiliência, forças e recursos que podem ser aplicados na solução dos problemas e dos objectivos terapêuticos;
- As famílias beneficiam do encorajamento do profissional para reconhecerem e aplicarem os seus próprios recursos com vista à solução dos seus problemas e com vista ao seu crescimento.



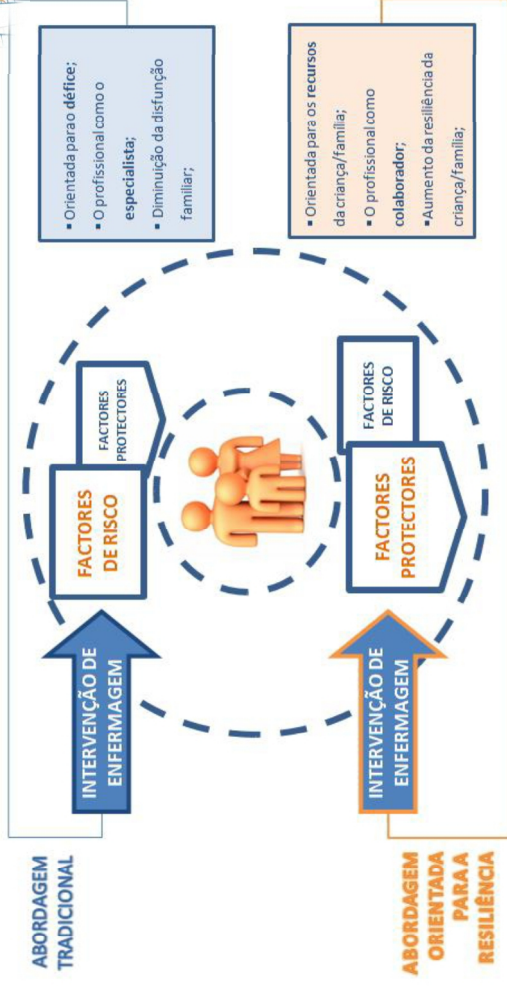
## Resiliência

ASPECTO	ABORDAGEM TRADICIONAL	ABORDAGEM ORIENTADA PARA A RESILIÊNCIA
Enfoque e objectivo	Diagnosticar e corrigir a disfunção familiar	Identificar e utilizar os recursos familiares
Papel do diagnóstico	Pré requisito para o tratamento efectivo	Desnecessário para o tratamento efectivo
Papel da avaliação	Obter informação sobre o passado para identificar a patologia	Identificar habituais e potenciais forças familiares e recursos
Visão do problema	Problemas indicam uma patologia familiar subjacente (família está doente)	Problemas indicam o fracasso das 'soluções' experimentadas - a família está bloqueada
Visão da família	A família é deficiente e requer a intervenção de especialistas de fora da família	A família tem recursos e é capaz de os mobilizar
Papel do profissional	Especialista	Colaborador
Linguagem	Orientada para o deficit	Orientada para a força da família
Origem do tratamento	Intervenção originada pelo profissional	Intervenção originada na força da família e na resiliência
Natureza do tratamento	Focado no problema remédio dirigido à patologia	Focado na solução - dirigido à força da família e à sua capacitação
Uso do apoio externo	Uso mínimo de apoio e recursos externos	Uso liberal de apoios e recursos externos
Resultados desejáveis	Diminuição da disfunção familiar	Aumento da resiliência familiar

(In: Joan Simon, John Murphy, Sheila Smith 2005)



## Resiliência

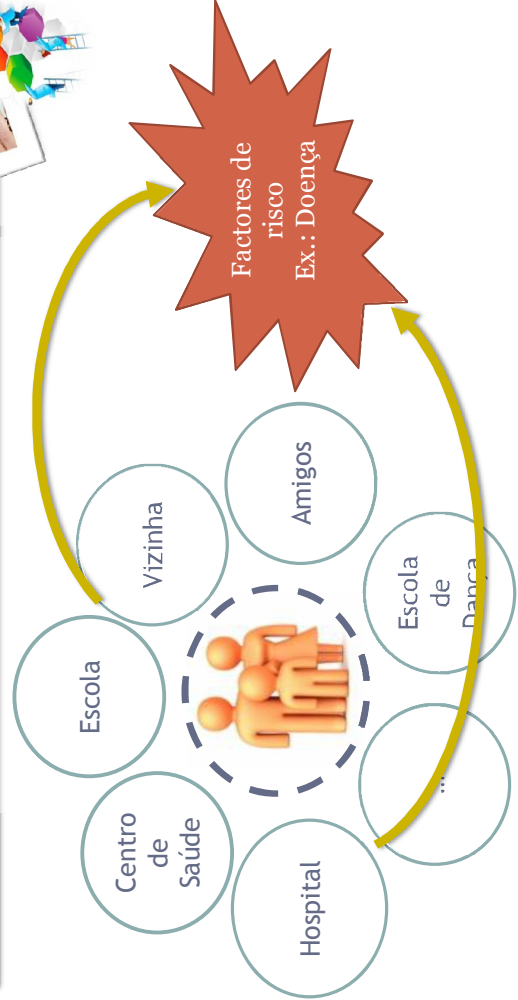




# ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS E RESILIÊNCIA



## Articulação de Cuidados e Resiliência

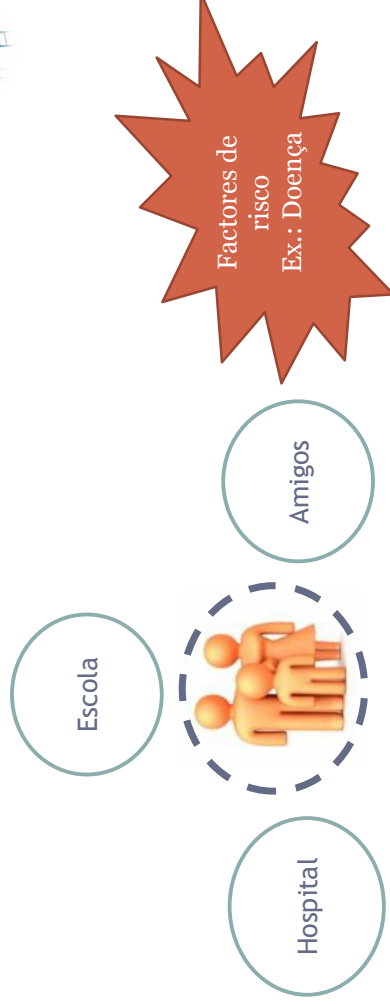


OS RECURSOS DE SAÚDE E/OU DA COMUNIDADE PODEM CONSTITUIR FACTORES PROTECTORES PARA A CRIANÇA/FAMÍLIA

## Articulação de Cuidados e Resiliência



## Articulação de Cuidados e Resiliência



A ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS PERMITE MOBILIZAR /AUMENTAR OS FACTORES PROTECTORES DA CRIANÇA/FAMÍLIA, TORNANDO-A MAIS RESILIENTE.

## ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS E A PARCERIA DE CUIDADOS

### Articulação de Cuidados e a Parceria de Cuidados



Técnicas de Comunicação  
terapêutica

CLARIFICAÇÃO

“... pede *input* adicional ao cliente por forma a compreender a mensagem recebida...”

VALIDAÇÃO CONSENSUAL

“... demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o significado de sinais ou conotação de palavras específicas emitidos pelo cliente...”

## Articulação de Cuidados e a Parceria de Cuidados



PARA REFLECTIR...

Será que valido as necessidades da criança/família?

Será que as clarifico?



Procedimento para realização de carta de Transferência/Alta da Criança/Família Internada



## Procedimento para realização de carta de Transferência/Alta da Criança/Família Internada



Nome	Idade	Sexo	Matrícula

**PROPOSTA DE CARTA DE TRANSFERÊNCIA/ALTA DA CRIANÇA/FAMÍLIA INTERNADA**

1. Objeto: A realização de carta de transferência de alta para o Serviço de Saúde da Criança/Família Internada.

2. Campo de aplicação: O âmbito de aplicação desta carta de transferência de alta é a criança/família internada no Serviço de Saúde.

3. Siglas, abreviaturas e definições

4. Referências

5. Responsabilidade

6. Procedimento

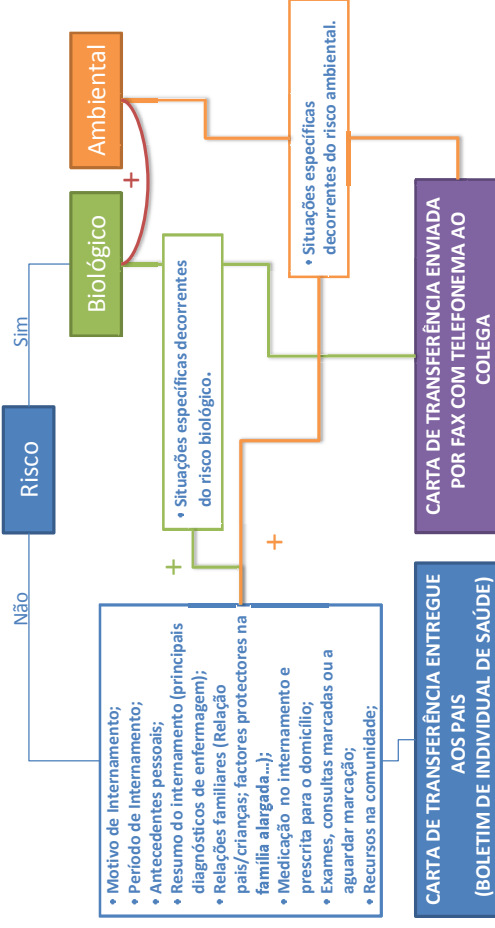
7. Anexos

ANEXOS: CARTA DE TRANSFERÊNCIA/ALTA DA CRIANÇA/FAMÍLIA INTERNADA

8. Anexos

1. Objectivo
2. Campo de aplicação
3. Siglas, abreviaturas e definições
4. Referências
5. Responsabilidade
6. Procedimento
7. Anexos

## PROPOSTA DE ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS





## Reflexão/ Partilha

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANAUT, M. - *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi, 2005;
- GILLESPIE, Brigid M., WENDY, WALLIS, Marianne -Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*. 25:1-2 (May - June, 2007) p.124 - 135;
- BARROS, Daniela, SANI, Ana Isabel - Coping e Resiliência em Crianças Vítimas de Abuso Sexual. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho;
- BILLRO, M.E.S.- *Articulação de cuidados*. Enfermagem Oncológica, 1ª ed. Coimbra, Formassau, 2004 p. 195-200.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Maus tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde*, Documento Técnico. Lisboa. DGS. Novembro, 2008. [Consultado em 3 de Janeiro de 2011] Disponível na internet em [http:// [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/)].
- GOMES, Ana Marques - A importância da resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência: o papel dos profissionais da educação/reabilitação. *Saber (e) Educar*. ISSN 0873-3600. 11 (2006) p.49-71;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE, 2002.
- RIBEIRO, Maria da Conceição Osório, SANI, Ana Isabel - Risco, Protecção e Resiliência em situações de violência. *Revista da Faculdade de Ciências de Saúde*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa 6 (2009)p.400-407. ISSN 16460480;
- SAPIENZA, Graziela, PREDROMÓNICO, Márcia Regina Marcondes - Risco, Protecção e Resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10:2 (2005) p.209-216;
- SILVA, Maria Santos [et al.] - Processos que sustentam a resiliência familiar: Um estudo de caso. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis 18:1 (2009) p.92-99;
- VILLALBA QUESADA, Cristina - El concepto de resiliencia individual e familiar. *Aplicaciones en la intervención social*. ISSN 1132-0559. 12:3 (2004) p.283-299; YUNES, Maria Angela Mattar - *Psicologia Positiva e Resiliência: o Foco no Indivíduo e na Família*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8 (2003) p.75-84.

## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

### IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

Curso/Ação:

Data(s):

Duração:

### PROGRAMA DA ACÇÃO

1 2 3 4

Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito claros
Conteúdo da Acção	Inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completamente adequado
Utilidade do Tema	Inaplicável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente aplicável

### FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO

1 2 3 4

Motivação e participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito aberto
Instalações	Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Meios Audiovisuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
Documentação	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adequada na totalidade
Utilização dos suportes	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito adequada

### QUALIDADE DA ACÇÃO

1 2 3 4

Disponibilidade	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Conhecimento	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito bom

## SUGESTÕES / CRÍTICAS / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Tema a desenvolver mais profundamente

Outros temas a incluir em Acções deste tipo \_\_\_\_\_

Aspectos mais positivos na Acção \_\_\_\_\_

Aspectos a melhorar \_\_\_\_\_

Sugestões \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÕES

Dê sugestões sobre outros assuntos, que gostaria de ver tratados em actividades futuras

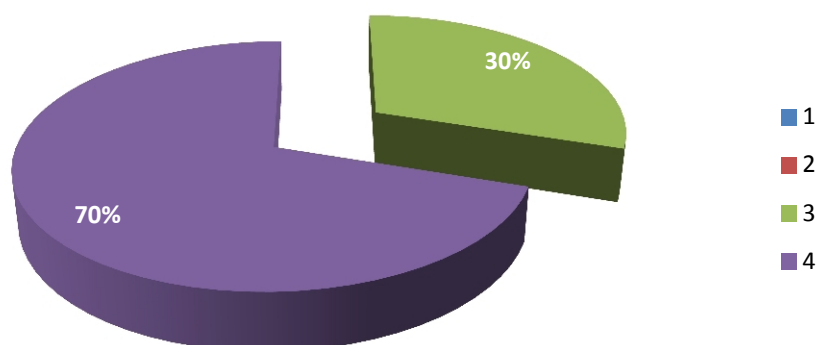
Nome (optativo) \_\_\_\_\_

## PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Temática	<b>Articulação de Cuidados</b> <b>Uma estratégia de promoção de resiliência na criança/família</b>
Instituição/ Serviço	Serviço de Pediatria
Data	25 de Fevereiro
Hora	19h30
Local	Cores e Sabores (restaurante)
Destinatários	Enfermeiros do serviço de pediatria
Fundamentação/ Pertinência	<p>Segundo os padrões de qualidades dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001:p.14), “...a <i>continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem</i>” e “...o <i>planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade</i>” como elementos chave para a readaptação funcional. Surge desta forma a articulação de cuidados como resposta a estes.</p> <p>Bilro (2004;p.196), define a <b>articulação de cuidados</b> “...<i>como um sistema que admite na sua estrutura diversas instituições formais e informais, públicas e privadas, as quais se devidamente articuladas entre si concorrem cada uma com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos utentes dos serviços de saúde...</i>”.</p> <p>A articulação de cuidados, perspectivada sob uma abordagem orientada para resiliência dos cuidados de saúde, constitui uma estratégia promotora de resiliência uma vez que através da sua operacionalização são potencializados os factores protectores da criança/família no que concerne aos recursos existentes.</p> <p>Assim, e decorrente dos resultados obtidos na fase de diagnóstico de situação, na qual os enfermeiros identificaram a formação como uma das estratégias para melhorar a articulação de cuidados no serviço de pediatria, surge a formação aqui planificada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIA</p>

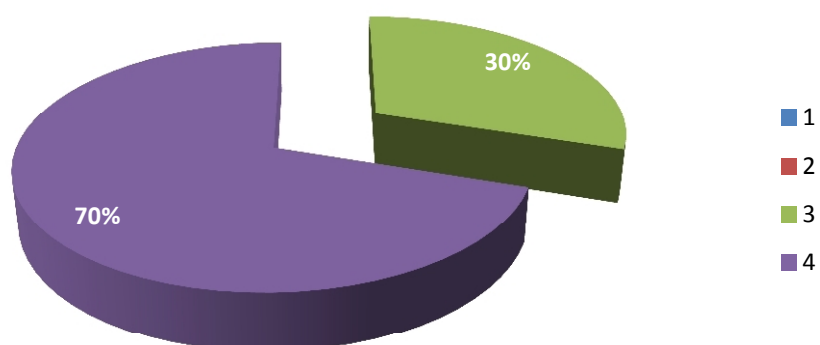
	<p>BILRO, M.E.S.– <b>Articulação de cuidados</b>. Enfermagem Oncológica, 1ª ed. Coimbra, Formassau, 2004 p.195-200.</p> <p>ORDEM DOS ENFERMEIROS - <b>Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</b>. Lisboa: OE, 2001.</p>
Objectivo Geral	Reflectir/debater aspectos relacionados com a articulação de cuidados
Objectivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Discutir os resultados obtidos na fase de diagnóstico;</li> <li>-Descrever e enunciar noções alicerçadas ao conceito de resiliência e a sua relação com a articulação de cuidados;</li> <li>-Apresentação/Discussão da norma de procedimento para realização de carta de Transferência/Alta da Criança/Família Internada;</li> </ul>
Concepção/ Organização	<p>Enf.<sup>a</sup> Antónia Guerreiro</p> <p>Enf.<sup>a</sup> Ana Freire Botas</p>
Formadores	Enf. <sup>a</sup> Ana Freire Botas
Caracterização da Formação	<p>Metodologia de Formação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva (Microsoft Power Point-Slide Show)</li> <li>- Activa (Discussão de grupo)</li> </ul> <p>Metodologia de Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário</li> </ul> <p>Recursos e Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DataShow</li> <li>- Computador</li> </ul> <p>Outros</p> <p>Realizado convite (SMS) para divulgação da sessão formativa.</p>
Avaliação	<p>Participaram nesta formação dez enfermeiros, perfazendo um total de 59% da equipa de enfermagem.</p> <p>Aplicada a ficha de avaliação, utilizada no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., aos formandos obtiveram-se os resultados abaixo apresentados.</p> <p>No que se refere aos objectivos da acção 70% dos formandos classificaram no item 4 e 30% no item 3 numa escala de 1 a 4 que corresponde a confusos e muito claros respectivamente. Assim sendo, conclui-se que os objectivos apresentados para a formação foram muito claros.</p>

## Objectivos da Acção



O conteúdo da acção foi classificado em 70% no item 4 e 30% no item 3 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inadequado a completamente adequado respectivamente. Desta forma o conteúdo da acção foi considerado completamente adequado.

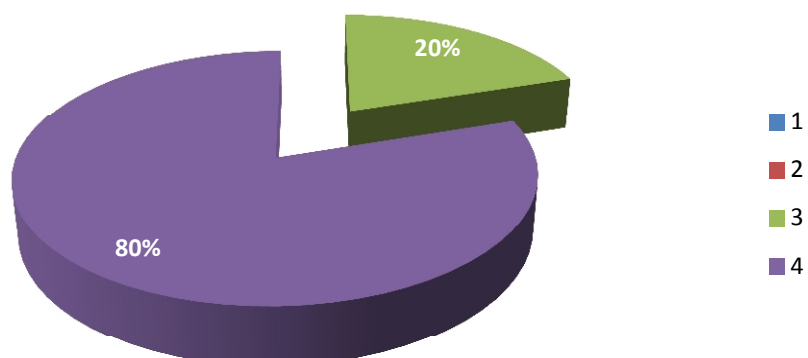
## Conteúdo da Acção



A utilidade do tema foi classificada pelo total dos formandos em 4 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a inaplicável e totalmente aplicável respectivamente. Assim os formandos consideram o tema da acção como totalmente aplicável.

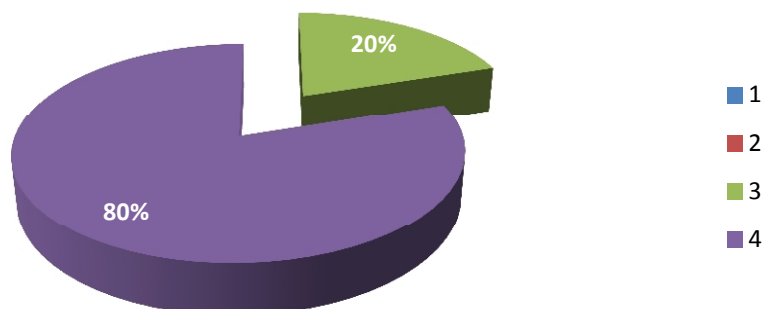
No que concerne à motivação e participação dos formandos, estes classificaram em 4, 80% e 20%, 3 numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a ausente e plena respectivamente.

## Motivação e Participação



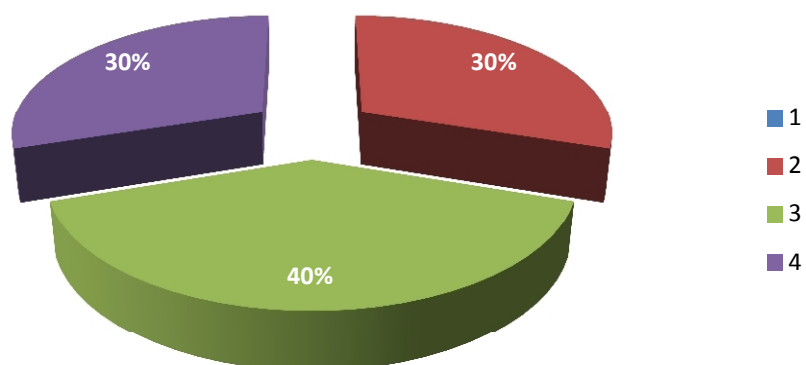
Pode concluir-se que o relacionamento entre os participantes foi muito aberto uma vez que 80% dos formandos classificaram no 4 e 20% no 3, numa escala de 1 a 4 correspondendo esta a fechado e muito aberto respectivamente.

## Relacionamento entre os Participantes



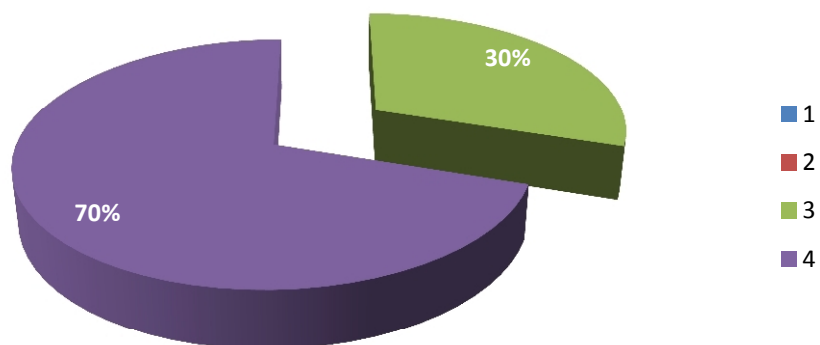
Em relação às instalações, os formandos classificaram em 30% em 2 e 40% em 3 numa escala de más a excelente respectivamente. Assim, e de uma forma geral, os formandos classificaram as instalações como adequadas.

## Instalações



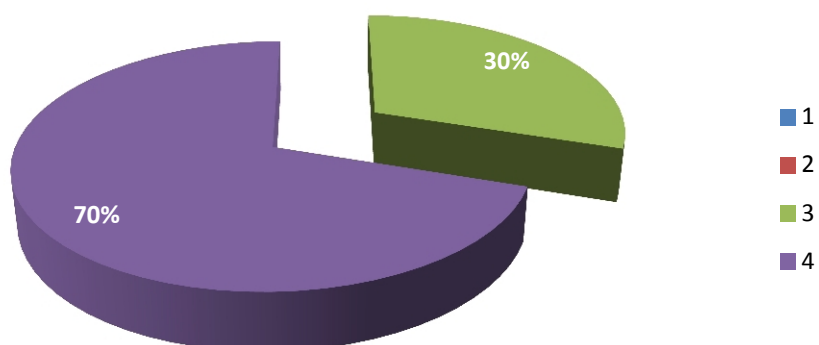
Os meios audiovisuais foram classificados pelos formandos no item 4 e 3 em 70% e 30% respectivamente, numa escala de 1 a 4, em que o 1 corresponde a escassos e o 4 a excelentes.

## Meios Audiovisuais



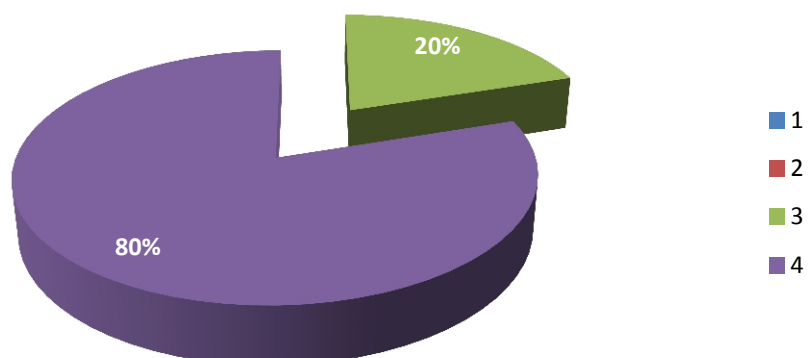
No que respeita à documentação, os formandos classificaram em 70% no item 4, 20% no 3 e 10% no 2, numa escala em que o 4 corresponde a adequado na totalidade e o 1 a inadequado. Desta forma os formandos consideraram que a documentação cedida foi muito adequada.

## Documentação



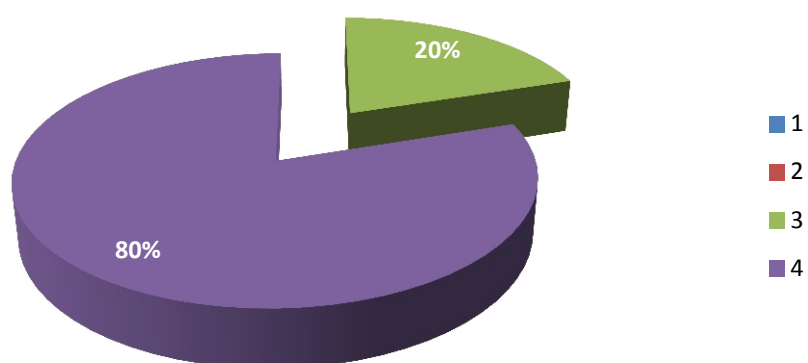
A utilização de suporte foi classificada no item 4 em 80% e no item 3 em 20%, concluindo-se que a mesma foi muito adequada.

## Utilização de Suportes



No que confere à disponibilidade do formador, os formandos classificaram no item 4 num total de 80% e no item 3 em 20%, numa escala de 1 a 4 em que o primeiro representa insuficiente e o 4 muito bom. Desta forma conclui-se que a disponibilidade do formador é muito boa.

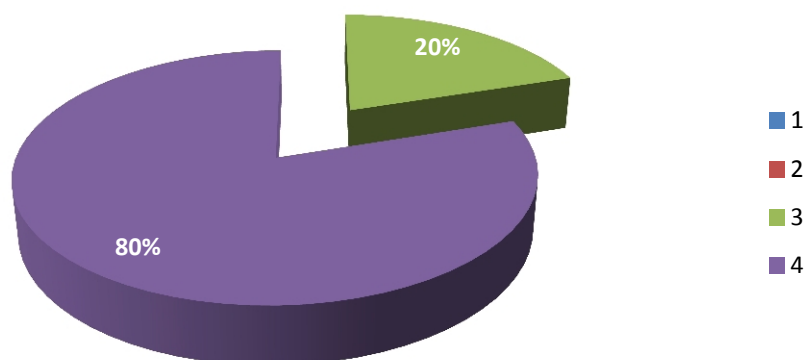
## Disponibilidade do Formador



Na escala de 1 a 4, correspondendo o 1 a insuficiente e o 4 a muito bom, os formandos classificam na sua totalidade em muito bom o conhecimento do formador. No que respeita à clareza da exposição, também esta foi considerada muito boa por todos os formandos.

No que concerne ao esclarecimento de dúvidas, os formandos classificam em 4 e 3, respectivamente 80% e 20%. Desta forma o esclarecimento de dúvidas foi muito bom.

## Esclarecimento de Dúvidas



No que confere às questões abertas, os formandos não teceram quaisquer comentários.



Apêndice Y – Proposta Hora da Família

**Ana Cristina Freire Botas**

**Endereço Profissional:**

Serviço de Pediatria

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E

**Contactos pessoais:**

[anafreirebotas@gmail.com](mailto:anafreirebotas@gmail.com)

Tlm:964535919

**Exmos. Sr. Enfermeiro Chefe do Serviço de Pediatria, Sr.  
Director do Serviço de Pediatria, Sr.ª Directora de  
Enfermagem e Conselho de Administração do Centro  
Hospitalar de Setúbal, E.P.E.:**

**ASSUNTO:** “Hora da Família” – Visita dos irmãos de crianças internadas ao hospital

Eu, Ana Cristina Freire Botas, Enfermeira no Serviço de Pediatria do Hospital de São Bernardo, do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., a desenvolver estágio em contexto de trabalho, venho por este meio apresentar a vossas excelências uma proposta de criação de um horário específico para a visita dos irmãos das crianças internadas no Serviço de Pediatria.

Como supracitado, encontro-me a desenvolver estágio em contexto de trabalho no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Infantil e Pediatria, tendo como base norteadora para o mesmo um projecto intitulado “*Promover a Resiliência na Criança/Família*”.

Acreditando que a visita dos irmãos à criança internada constitui uma estratégia promotora de resiliência, uma vez, que esta pode funcionar como factor protector quer para a criança internada quer para irmão da mesma, como para a própria família, segue a seguinte proposta:

**Visita dos irmãos à criança internada no Serviço de Pediatria, com um horário das 18h30 às 19h30, ficando o enfermeiro responsável por decidir se a criança internada ou mesmo o irmão reúnem condições para a referida visita.**

Sabendo que a política da instituição referida é conduzida pela procura de uma prestação de cuidados de qualidade rumo à satisfação máxima do cliente, e convicta de que a proposta

apresentada vai de encontro a essa mesma política, solicito a vossas excelências que apreciem a mesma.

Em anexo, surge um documento que elaborei no que concerne à temática em questão, sendo citados alguns dos estudos de investigação e pareceres de peritos, de forma a fundamentar a proposta aqui apresentada.

Aguardando expectante o parecer de vossas excelências,

Ao dispor para qualquer outra informação adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Freire Botas

---

## FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA “HORA DA FAMÍLIA”

Ana Freire Botas

A hospitalização da criança/família constitui uma situação de adversidade para a família pois agrega uma complexidade de factores de risco quer psicológicos, sociais, financeiros, entre outros. A intervenção junto da criança/família neste contexto não poderá negligenciar a existências destes mesmos factores de risco e desta forma deverão ser planeadas intervenções que ajudem a família a lidar e mesmo ultrapassar as situações de adversidades decorrentes do internamento.

Promover a resiliência na criança/família pode constituir uma forma de intervir junto da mesma, capacitando-a de uma prática de cuidados capaz de identificar e mobilizar os factores protectores de que dispõe, criando assim condições para que a mesma face frente aos factores de riscos a que se encontra exposta.

Os efeitos da hospitalização da criança/família têm sido amplamente estudados por as mais diversas disciplinas do saber, concluindo-se destes estudos a necessidade de prestar cuidados centrados na família. Contudo, centrar os cuidados na família não se traduz apenas na prestação de cuidados aos e com os pais, mas também na prestação de cuidados aos restantes elementos da família.

Surge neste âmbito a problemática associada aos irmãos das crianças hospitalizadas. Que cuidados são prestados a estes elementos da família?

Segundo MURRAY (1998), os irmãos de crianças hospitalizadas são considerados os mais negligenciados de todos os membros da família, com sérios riscos de adaptação psicossocial. Muitos outros autores sustentam esta mesma ideia, de que os irmãos não são alvo dos cuidados de saúde aquando a hospitalização do seu irmão. Segundo DÓREA (2010: p.103), *“...os irmãos continuam sendo excluídos do olhar da equipa de saúde e são, ainda “crianças esquecidas”*.

VERÍSSIMO E BEZERRA (2002), realizaram uma revisão de literatura nas bases de dados PERIENF, MEDLINE, INDEX CUMULATIVE NURSING, utilizando como descritores, irmãos e criança hospitalizada. Dos 32 artigos encontrados, seleccionaram 16 os quais foram alvo de análise. Desta análise surgiram quatro temas principais, dos quais se seleccionaram dois por irem de encontro com o propósito do documento, sendo estes:

- *“Sentimentos e comportamentos dos irmãos de crianças doentes”;*
- *“Necessidades dos irmãos de crianças doentes e hospitalizadas”.*

No que concerne ao primeiro tema apresentado, as autoras fazem referência aos sentimentos que indicam sofrimento por parte do irmão da criança doente, sendo estes a *raiva, a culpa, inferioridade, solidão, exclusão das relações familiares e da equipa de saúde, agressividade, sensação de deslocamento, privação e a ansiedade* (BEZERRA e VERÍSSIMO, 2002:p.32). As autoras explicam ainda que na pesquisa realizada se demonstra além do sofrimento e dificuldades que vivenciam decorrentes da hospitalização o facto de a sua primeira fonte de apoio, os pais, também apresentaram dificuldades em lidar com os mesmos.

Realça-se o estudo descritivo realizado por PHUPHAIBUL e MUENSA (1999) junto de 134 mães de crianças com cancro, as quais responderam a um questionário relativo às suas percepções sobre mudanças de comportamentos da criança saudável face ao diagnóstico do irmão. Concluíram que a diminuição de apetite, expressão de raiva, instabilidade emocional, disputa de atenção com o irmão doente, problemas relacionados com os pais devido à falta de atenção e aumento da ansiedade foram os principais comportamentos referidos pelas mães.

TERZO (1999), que também desenvolveu pesquisa nesta temática, e conclui que existe uma necessidade urgente de intervenção direccionada para os irmãos de crianças doentes afim de minimizar os efeitos negativos decorrentes desta situação.

Por sua vez, e voltando à análise realizada por BEZERRA e VERÍSSIMO (2002) no que respeita à temática *“necessidades dos irmãos de crianças doentes e hospitalizadas”*, as autoras referenciam a classificação proposta por Murray (2001) que agrupa as necessidades dos irmãos de crianças hospitalizadas em *necessidade de suporte instrumental* e *necessidades de suporte informativo* (BEZERRA e VERÍSSIMO, 2002: p. 32). O suporte instrumental prende-se essencialmente com as questões decorrentes do quotidiano da criança, como por exemplo os meios que possibilitam a criança ir à escola, por sua vez, as necessidades de suporte informativo recaem na informação que é disponibilizada à criança sobre a situação do irmão doente.

De forma a dar resposta a esta necessidade é imperativo que as equipas de saúde estejam despertas para as mesmas e se responsabilizem em encontrar estratégias de intervenção que priorizem a família como objecto de cuidado, não esquecendo que desta família fazem parte os irmãos que muitas vezes as equipas de saúde nem chegam a conhecer. Segundo WONG (1989), as reacções à hospitalização de um irmão dependem, entre outras, dos sistemas de apoio oferecidos pelos pais equipa de saúde. DÓREA (2010: p.108), reforça esta mesma ideia, quando diz que *“...os profissionais de cuidado pediátrico são elementos-chave para identificar e tratar as necessidades desses indivíduos, ajudando-os a se adaptarem emocionalmente e facilitarem seu desenvolvimento normal...”*.

CAVICCHIOLI (2005: p.128), realça a importância da contribuição da equipa de enfermagem na assistência ao irmão da criança hospitalizada “... através de palavras de carinho, atenção, seja explicando a doença e o seu tratamento ou até mesmo incentivando os pais a dedicarem mais tempo a esses filhos, ou lhes permitindo visitar a criança doente no hospital...”. A autora sugere então algumas estratégias de intervenção das quais se destaca a visita dos irmãos. Esta possibilita à equipa de enfermagem conhecer os mesmos, identificar necessidades e constituir um momento oportuno e favorável para intervir, quer junto do irmão quer da família que neste momento de visita tem a possibilidade de se reunir novamente. Segundo DÓREA (2010: p.108) “...para os irmãos é muito importante conhecer o local onde a criança doente faz o seu tratamento, pois isso ajuda a compreender melhor a situação e reduzir fantasias sobre o que significa estar internado ou ser operado, além de substituir conceitos erróneos...”. Para além dos benefícios que a visita promove no irmão da criança hospitalizada é evidente que também existem benefícios para a própria criança hospitalizada. Segundo a pesquisa realizada por MORSCH e DELMONICA (2005), os profissionais de saúde relacionaram a visita dos irmãos com ganhos em saúde na criança doente. CAVICCHIOLI (2005: p.110) reforça esta questão quando afirma que “...o envolvimento dos irmãos no tratamento (...) oferece um resgate à auto-estima de todos os integrantes da família...”.

Assim, conclui-se que os irmãos de crianças internadas também devem constituir alvo de cuidados de saúde, fazendo desta forma jus a uma prestação de cuidados à criança/família hospitalizada. Segundo CAVICCHIOLI (2005: p.109), “... se os profissionais de saúde desenvolverem uma compreensão mais avançada dos factores complexos de promoção de resiliência em irmãos de crianças com doença crónica, as intervenções que, simultaneamente, reduzem riscos e promovem a protecção serão uma possibilidade real...”.

A sensibilização dos profissionais sobre estas *crianças esquecidas* torna-se imperiosa.

## **BIBLIOGRAFIA**

BEZERRA, Simone Lopes, VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramallo - A experiência de ser irmão de uma criança doente e hospitalizada: uma análise da literatura. **Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras** 1:2 (Julho de 2002) p. 29 – 35.

CAVICCHIOLI, Aline Cristiane – **Câncer Infantil: as vivências dos irmãos saudáveis**. Ribeirão Preto: (s.n.), 2005. Dissertação apresentada á Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem de Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa: "assistência à criança e adolescente".

DÓREA, Andreia de Amorim – **Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatias congênitas**. São Paulo: (s.n.), 2010. Dissertação apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

MORSCH, Denise Streit , DELAMONICA Juliana - Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!". **Ciência e Saúde Colectiva** 10:3 (2005) p. 677-687.

MURRAY, J. S. – The lived experience of childhood cancer: one sibling's perspective. **Pediatr. Nurs.** 21 (1998) p. 217-227.

PHUPHAIBUL, R., MUENSA, W. – Negative and positive adaptive behaviors of the school-aged children who have a sibling with cancer. **Pediatr. Nurs.** 14:5 (October 1999) p.342-348.

TERZO, H. – The effects of childhood cancer on siblings. **Pediatr. Nurs.** 25:3 (May/June 1999) p. 309-311.