

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO**

SELMA RODRIGUES ALVES MONTEFUSCO

*Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Famílias em
Situação de Acompanhamento Hospitalar Utilizando o
Modelo Calgary*

GOIÂNIA 2007

SELMA RODRIGUES ALVES MONTEFUSCO

*Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Famílias em
Situação de Acompanhamento Hospitalar Utilizando o Modelo
Calgary*

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação da Universidade
Federal de Goiás, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado de
Enfermagem

Orientadora: Professora Dra. Maria Márcia
Bachion

GOIANIA, 2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDOS E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP. Brasil. Catalogação - na - Fonte

Biblioteca Zilda Levergger Barbosa

M774d Montefusco, Selma Rodrigues Alves.

Diagnóstico de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary / Selma Rodrigues Alves Montefusco. – Goiânia, 2007.

129 f. : il.

Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem, 2007.

“Orientação: Prof.^a Dra. Maria Márcia Bachion”.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem familiar. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Modelo Calgary. II. Título.

CDD: 610.73

FOLHA DE APROVAÇÃO

Selma Rodrigues Alves Montefusco

Diagnósticos de enfermagem
identificados em famílias em
situação de acompanhamento
hospitalar utilizando o modelo
Calgary

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação da Universidade
Federal de Goiás, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado de
Enfermagem

Orientadora: Professora Dra. Maria Márcia
Bachion

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dra Maria Márcia Bachion
Universidade Federal de Goiás/Faculdade de Enfermagem
Assinatura

Prof. Dra .Sônia Silva Marcon
Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá
Assinatura

Prof. Dra. Lourdes Maria Silva Andraus.
Universidade Federal de Goiás/Faculdade de Enfermagem
Assinatura

Este estudo está inserido na linha de pesquisa Fundamentação teórica filosófica e metodológica do processo de cuidar em enfermagem. Foi desenvolvido junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Integral da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e contou com apoio do CNPq.

DEDICATÓRIA

À minha família – **Marcelo, Nicolas e Rhanna**, pelo apoio incondicional que sempre ofereceram às minhas escolhas, pelo incentivo em meu caminho, por compartilharem os momentos difíceis e por saborearem comigo as conquistas. Vocês são minha razão de existir, meu tesouro.

Aos meus queridos pais **Frederico e Ana** por me proporcionarem um (con) viver saudável, com amor, carinho e amizade.

Aos meus queridos irmãos, **Feliciano, Telma, Eliane, Eliene, Elizete e Frank** pelo amor e carinho.

À minha família que me adotou de coração **D. Rosa**, minha amada sogra, **Rosana, Jaqueline, Saulo, Fernando, Orlando** e suas respectivas esposas e filhas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora **Dra. Maria Márcia Bachion**, minha sábia e gentil mestra.

"Há aqueles que lutam um dia; e por isso são muito bons;
Há aqueles que lutam muitos dias; e por isso são muito bons;
Há aqueles que lutam anos; e são melhores ainda;
Porém há aqueles que lutam toda a vida; esses são os imprescindíveis."

Bertold Brecht

AGRADECIMENTOS

À **DEUS** a quem confio incondicionalmente minha vida.

À professora Dra. **Adélia Yaeko Nakatani**, por sua disponibilidade e prontidão nos ensinamentos valiosos no direcionamento deste estudo.

Às professoras Dras. **Elizabeth Esperidião e Lourdes Maria Andraus**, por terem aceitado gentilmente participar do exame de qualificação, seus olhares possibilitaram enriquecer e aprofundar este estudo.

À profa. Dra. **Celma Martins Guimarães** por me mostrar os primeiros passos da pesquisa ainda na graduação.

À **Universidade Federal de Goiás** e a **Faculdade de Enfermagem** pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos.

Ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem, na pessoa da Professora Doutora **Denize Bouttelet Munari**, pelo acolhimento e competência na condução do processo de formação acadêmica.

Aos secretários de Pós-Graduação - **Célia e Gabriel** pela atenção e carinho dispensado.

Aos Amigos da FEN - UFG pelo convívio.

Às amigas para todos os momentos, **Carla Natalina e Ângela Lima**.

Aos colegas do mestrado FEN/UFG de todas as turmas que de alguma forma contribuíram com minha formação como pessoa e profissional.

À **Dayane Xavier**, querida amiga pela ajuda sempre nos momentos difíceis. **Andressa, Queilene** pela disposição e pronta ajuda.

Às famílias que fizeram parte deste estudo pelas valiosas informações sem as quais seria impossível a realização do mesmo.

Ao **CNPq**, pelo financiamento desta pesquisa, através da bolsa de auxílio de mestrado. Que perdure suas atividades e fomentos para novos pesquisadores, possibilitando o crescimento da pesquisa no Brasil.

A todos que contribuíram e me incentivaram a buscar na avenida principal da vida, os anseios e sonhos, certos de que, para quem tem coragem a vida é pequena... Principalmente para nos conscientizar que a vida não é para ser ensinada, mas para ser aprendida.

Muito Obrigada a todos!!!!

“Eu quase nada sei. Mas desconfio de muita coisa...”.

Guimarães Rosa – Grande Sertão Veredas

“Na família nada se perde, nada se cria, tudo se transforma” Osório

RESUMO

MONTEFUSCO, S. R. A. **Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary.** 2007. 129f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

A família assume um significado especial para o bem-estar e a saúde de seus membros, desta forma, os enfermeiros devem considerar a família dos pacientes como parte integrante da unidade de cuidado. No contexto da internação hospitalar de adultos este aspecto tem sido pouco valorizado. Frente ao exposto, emerge a necessidade de avaliar e intervir junto à família das pessoas durante o processo de hospitalização, independente de qual seja sua alteração de saúde. Este estudo tem o objetivo de analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem identificados junto a famílias em situação de acompanhamento de pessoas hospitalizadas para tratamento e doenças crônicas não-transmissíveis, utilizando o Modelo Calgary de Avaliação. Este estudo descritivo foi realizado na clínica médica de um hospital escola da região centro-oeste, durante o período de janeiro a junho de 2006. Foram incluídas 12 famílias que estavam acompanhando pacientes no período de coleta de dados, que concordaram em participar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A pessoa internada e seus familiares foram tomados como unidade participante da pesquisa. Os mesmos foram entrevistados nas enfermarias, de uma a três vezes, conforme necessário. Os encontros foram gravados e as entrevistas transcritas. O processo diagnóstico foi realizado pelo pesquisador e validado por um perito. A declaração diagnóstica foi realizada com base na Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association, versão 2005-2006. Os achados foram discutidos focalizando os títulos diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras à luz do Modelo Calgary de Avaliação. Foram encontradas 12 categorias diagnósticas, sendo nove reais e três de risco, totalizando 49 diagnósticos de enfermagem. Não foram detectados diagnósticos de bem-estar. O número de diagnósticos variou de dois a sete, sendo a média de diagnósticos por família foi quatro. Foram identificados por ordem de frequência com os seguintes diagnósticos: tensão devido ao papel de cuidador (100%), comunicação verbal prejudicada (75%), manutenção do lar prejudicada (66%), processos familiares interrompidos (66%), interação social prejudicada (25%), paternidade prejudicada (16,6%) e risco para interação social prejudicada (16,6%). Com ocorrência menor que 10% foram identificados: enfrentamento familiar incapacitado, paternidade e maternidade prejudicada, risco para infecção e processos familiares disfuncionais: alcoolismo. Embora não esteja incluído na Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association, foi identificado risco para infestação em uma família. Este perfil denota problemas de desenvolvimento e funcionamento das famílias participantes do estudo, sendo alguns deles anterior ao processo de hospitalização e outros agravados ou causados pela situação de internação. Os enfermeiros precisam estar atentos às famílias que estão sob os seus cuidados, cabendo-lhes desenvolver estratégias compartilhadas com toda a equipe multidisciplinar para proteger as famílias em relação a estas ocorrências, para evitar que o adoecimento de um familiar leve a maiores abalos na estrutura e funcionamento das famílias. Fazer a avaliação das famílias permite identificar as suas forças e fragilidades, permitindo uma intervenção mais acurada por parte dos profissionais.

Palavras-chaves: enfermagem, família, diagnóstico de enfermagem, enfermagem familiar.

ABSTRACT

MONTEFUSCO, S. R. **Identified disgnostic of nursing in families in situation of hospital accompaniment using the Calgary model.** 2007. 129f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

Family is a natural group that, through the times, has developed interaction standards, that they constitute the familiar structure, that, in turn, governs the functioning of its members, delineating its gamma of behaviors and facilitating its interaction. In accordance with Wright; Leahey (2002) the nursing has the commitment to include the families in the cares of health. Many evidences exist that the family assumes one meaning special for well-being and the health of its members, thus the nurses must consider the family of the patients as integrant part of the unit of care. Front to the displayed one, immerses the necessity to evaluate and to intervine together to the family of the people during the process of hospitalization, independent of which is its alteration of health. We know that an evaluation model does not exist that contemplates all the phenomena of the family. However, the Wrights; Leahey (2002) cite the necessity of the adoption of a clear conceptual structure, or map of the family. This encourages the synthesis of data, in order to be identified to the forces and the problems of the family, constituting a plan of useful and systemize treatment. The Calgary model involves evaluation (MCAF) and Intervention (MCIF) in the Family and constitutes the multidimensional one structure that possesss three main categories: structural, of development and functionary. These subcategories allow that the evaluation of each family is differentiated. Nor all the subcategories need to be evaluated in a first meeting with the family and some never will need to be evaluated. This study the June of 2006 through descriptive study has the objective to analyze the disgnostic profile of nursing identified in families of patients interned in the medical clinic of a hospital school during the period of January. They had been enclosed families who were following patient in the period for collection of data that had agreed to participating by means of signature of the term of free and clarified assent. The patient and its familiar ones had been taken as participant unit of the research. The findings had been argued focusing the disgnostic headings, related factors and characteristic defining to the light of the Model Calgary de Evaluation and Intervention 12 disgnostic of nursing, being 75% Reals and 25% of risk had been found. They had not been detected disgnostic of well-being the disgnostic average for family was of four, being that we had a family with 07 (seven) disgnostic ones and one with 02 (two). The ones that had gotten greater frequency had been: Tension Due to the Paper of Cuidador, gift in 100% of the families; in second, Harmed, present Verbal Communication in 75%, and together in third, Interrupted Maintenance of the Harmed Home and Familiar Processes, gifts in 66% of the families. The nurses need to be intent to the families who are on its cares, fitting to them to develop strategies shared with all the team to multidiscipline to protect the families in relation to these occurrences, to prevent that the adoecimento of a familiar one has taken the abalos greater in the structure and functioning of the families. To make the evaluation of the families allows to identify to the difficulties for which these families passes, allowing a acurada intervention more on the part of the professionals.

Word-keys: nursing, family, diagnosis of nursing, familiar nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias.....	35
Figura 2	Símbolos utilizados no genograma e ecomapa.....	38
Figura 3	Genograma da família Rubi.....	63
Figura 4	Ecomapa da família Rubi.....	63
Figura 5	Genograma da família Topázio.....	76
Figura 6	Ecomapa da família Topázio.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Diagnósticos de enfermagem identificados nas famílias (N=12) e as categorias de avaliação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção. Goiânia (GO), 2006.....	85
Tabela 2	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem tensão do papel de cuidador (N =12). Goiânia (GO). 2006.....	87
Tabela 3	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem comunicação verbal da família prejudicada (N=9). Goiânia (GO). 2006.....	91
Tabela 4	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem processos familiares interrompidos N = 8). Goiânia (GO). 2006.....	93
Tabela 5	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem manutenção do lar prejudicada (N= 8). Goiânia (GO). 2006.....	95
Tabela 6	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem interação social prejudicada (N = 03). Goiânia (GO). 2006.....	97
Tabela 7	Fatores de risco identificados nas famílias com o diagnóstico de enfermagem risco para interação social prejudicada (N = 2). Goiânia (GO). 2006.....	99
Tabela 8	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem processos familiares disfuncionais: alcoolismo (n=01). Goiânia (GO). 2006.....	100
Tabela 9	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem enfrentamento familiar incapacitado (n=1). Goiânia (GO). 2006.....	102

Tabela 10	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem paternidade e maternidade prejudicada (N=1). Goiânia (GO). 2006.....	105
Tabela 11	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem paternidade prejudicada (N = 2). Goiânia (GO). 2006.....	106
Tabela 12	Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem risco para infecção (N = 01). Goiânia (GO). 2006.....	107
Tabela 13	Fatores relacionados identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem risco para infestação (N=1). Goiânia (GO). 2006.....	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diagnóstico da NANDA (2006) com convergência 100% com categorias do Modelo Calgary de Avaliação.....	45
Quadro 2	Diagnósticos de Enfermagem NANDA (2006) não adaptáveis a famílias sem convergência com o Modelo Calgary de Avaliação.....	47
Quadro 3	Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Rubi, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.....	64
Quadro 4	Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Topázio, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.....	78
Quadro 5	Distribuição dos 12 diagnósticos de enfermagem identificados nas famílias (N=12), de acordo com os domínios da NANDA. 2006.....	84

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125
ANEXO B	Instrumento de Coleta para Avaliação de Família.....	128

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

Lista de Figuras
Lista de Tabelas
Lista de Quadros
Lista de Anexos

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS.....	28
3 MARCOS TEORICOS.....	29
3.1 FAMÍLIA.....	29
3.2 MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIA.....	33
3.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION E PROCESSO DIAGNÓSTICO.....	40
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
6 CONCLUSÕES.....	110
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
ANEXOS.....	124

1 INTRODUÇÃO

“O amor não é verdadeiro se não é colocado em movimento ...é este movimento que muda o mundo”
(Alberto Piatti)

Família é um grupo natural que, através dos tempos, tem desenvolvido padrões de interação, que constituem a estrutura familiar, que, por sua vez, governa o funcionamento dos seus membros, delineando sua gama de comportamentos e facilitando sua interação. Nesse contexto, todo ser humano se vê como uma unidade e, enquanto unidade sabe que influi sobre o comportamento dos outros indivíduos e é influenciado por estes (MINUCHIN; FISHAMAN, 1990; LUTZ; DALMOLIN, 2003).

Para Oliveira (1991), se todos os membros da família estão em equilíbrio, pode-se dizer que há uma harmonia da unidade familiar, mas se um de seus componentes estiver em desequilíbrio, os demais procurarão inúmeros recursos para que a família conquiste o equilíbrio dinâmico.

A doença significa uma ameaça à integridade tanto pessoal quanto familiar. Quando um dos membros da família adoece, os demais se apresentam preocupados e tensos.

O termo doença crônica^a é definido por Silva et al (2002) como doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado.

A pessoa que apresenta doença crônica enfrenta alterações no seu estilo de vida provocadas pela alteração de saúde em si e pela recorrência de internações hospitalares. Este

^a O termo doença crônico-degenerativa está caindo em desuso, sendo substituído por doença crônica não transmissível no contexto do Sistema Único de Saúde, da Organização Mundial de Saúde e da literatura mais recente. No presente estudo a terminologia será utilizada conforme a citação original de cada autor.

fato é compartilhado pela família que o acompanha no seu dia a dia, inclusive nos períodos das internações.

O processo de doença crônica é contínuo, ou seja, passa a estar sempre presente na experiência da família e varia de intensidade, dependendo do número de crises ocorridas e da gravidade do quadro clínico. Possui dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Dentro do contexto de convivência com a doença crônica, existe a necessidade de interação entre os profissionais de saúde e a família, com o objetivo de auxiliar os familiares a desenvolver estratégias que os levem a conviver bem com a doença. A doença crônica não se limita ao doente e aos seus órgãos afetados, mas atinge toda a família. Altera a vida social, as atividades, os sentimentos e as relações pessoais e profissionais tanto do doente quanto de seus familiares (CANHESTRO, 1996).

O enfermeiro, segundo Shimizu e Guitierrez (1997), vem se preocupando em aprimorar a assistência aos pacientes com doenças crônico-degenerativas. Entretanto, na prática, essa meta não é facilmente atingida, principalmente para pacientes em estágio avançado da doença ou em fase terminal, internados em uma instituição hospitalar. Neste processo os familiares são também envolvidos. A relação familiar torna-se mais complexa, gerando sentimentos conflitantes durante a hospitalização. Conflitos esses expressos à equipe multidisciplinar e, particularmente ao enfermeiro, que muitas vezes não se sente preparado para lidar com estas situações.

Em nossa realidade, em um hospital escola, na unidade de clínica médica o atendimento à família não foi ainda priorizado. Os pacientes internados no setor apresentam doenças crônicas e quando possuem mais de 60 anos ou dependendo da avaliação da enfermeira (no caso de terem menos de 60 anos), têm liberação para a permanência de acompanhante. Verificamos que algumas famílias dentro de sua dinâmica fazem revezamento dos cuidadores e em outros casos permanece apenas um cuidador durante toda a internação.

Quando acontece o revezamento dos cuidadores, em alguns casos, não há comunicação entre os mesmos a respeito dos acontecimentos e intercorrências no período do cuidado. Essas pessoas têm sido acionadas como auxiliares ou responsáveis nos cuidados de higiene, alimentação e conforto do paciente.

Não é comum neste ambiente, a família ser abordada como unidade de cuidado. Geralmente o cuidado de enfermagem volta-se apenas, ou quase que totalmente, para a pessoa adoecida que está hospitalizada. Os enfermeiros desta instituição ainda não abordam a família como um grupo de pessoas que necessita de uma intervenção, seja por dificuldades de relacionamentos surgidos, por exemplo, em função da doença, ou, simplesmente, por estarem sofrendo com o surgimento da doença em um de seus integrantes.

Este fenômeno também é comum em outros locais. Segundo Chesla (1996) o cuidado à família é particularmente deficiente em ambientes hospitalares. O enfermeiro não tem assumido o atendimento às famílias dos pacientes em contexto de internação hospitalar, e continua a não priorizar a família, sem levar em conta os seus problemas e necessidades.

A preocupação com a assistência à família e o cuidado à ela direcionada, segundo Carraro (2001), remonta historicamente na enfermagem do século XIX, quando Florence Nightingale escrevia cartas para os familiares dos soldados feridos na guerra informando-os sobre seu estado.

O processo de cuidar da família pode ser entendido como uma metodologia de ação baseada em um referencial teórico, isto é, o enfermeiro tem de ser competente em acessar e intervir com as famílias num relacionamento cooperativo - profissional/família, tendo como base uma fundamentação teórica. Para tanto, deve aliar os conhecimentos científico e tecnológico às habilidades de observação, comunicação e intuição.

As estratégias devem ser no sentido não só de conhecer o impacto da doença sobre a família, mas também de investigar como as interações entre os seus membros influenciam no desenvolvimento do processo de saúde e doença.

Segundo Leboeuf (2000), nos encontros terapêuticos, enfermeiros e família estão envolvidos em um mundo de símbolos e significados, negociando saberes e interpretações sobre suas experiências de estar saudável/doente. A compreensão dos papéis desempenhados por cada um durante esta experiência é fundamental para que o cuidado de enfermagem, entre outros cuidados, seja significativo e eficaz para a saúde da família.

A enfermagem tem o compromisso de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Existem muitas evidências de que a família dá um significado especial para o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença dos mesmos. Essa influência sobre a doença, obriga os (as) enfermeiros (as) a considerarem o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. O enfoque dominante da avaliação de enfermagem e intervenção na família deve ser a reciprocidade entre saúde, doença e a família, e entre paciente, família e enfermeira (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Sabemos que não existe um modelo de avaliação que contemple todos os fenômenos da família. Contudo, Wright e Leahey (2002) citam a necessidade da adoção de uma estrutura conceitual clara, ou mapa da família. Isto encoraja a síntese de dados, a fim de serem identificadas às forças e os problemas da família, constituindo um plano de tratamento útil e sistematizado.

O modelo Calgary envolve avaliação (MCAF) e intervenção (MCIF) na Família e constitui uma estrutura multidimensional que possui três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Estas subcategorias permitem que a avaliação de cada família seja diferenciada. Nem todas as subcategorias precisam ser avaliadas em uma primeira reunião com a família e algumas nunca precisarão ser avaliadas. O modelo baseia-se em um

fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudança (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

No MCAF cada membro da família é visto como uma unidade de um sistema, sendo focalizada a interação entre seus membros e não apenas cada indivíduo separadamente. Cada membro é um subsistema em um sistema. A teoria dos sistemas diz respeito principalmente ao deslocamento de nosso foco das partes para o todo, enquanto a cibernética muda o foco da substância para a forma. Para Watzlawick^b (1984 *apud* WRIGHT; LEAHEY, 2002), os sistemas familiares podem ser vistos como circuitos de *feedback*, onde o comportamento de uma pessoa afeta e é afetado pelo comportamento de outra pessoa.

Na teoria da comunicação existe uma preocupação com a maneira pela quais os indivíduos interagem uns com os outros. O comportamento só é relevante e significativo quando considera o contexto imediato. Continuando no mesmo raciocínio, as autoras relatam que a comunicação não verbal é parte integrante da linguagem, devido principalmente às discrepâncias entre as comunicações analógica e digital.

A mudança é uma alteração na estrutura da família que ocorre como compensação das perturbações com a finalidade de manter a estrutura. Wright e Leahey (2002) referem que uma mudança é vista como comportamento e, portanto, devem ser exploradas as diferenças entre os padrões de interação familiar.

Um dos principais problemas para avaliação das famílias está em se fazer com que as mesmas se apresentem para a assistência como uma unidade familiar, com problemas de saúde e doenças, dificuldades ou sofrimentos específicos. Porque, muitas vezes, se pensa que a doença é algo isolado em um determinado membro. Se isolarmos esse membro toda a avaliação familiar pode estar comprometida.

^b WATZLAWICK, P. **The invented reality: contributions to constructivism**. New York: WW. Norton, 1984

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção possui etapas que expressam o Processo de Enfermagem, sendo que a etapa de avaliação no modelo de Calgary corresponde às fases de coleta de dados e identificação dos diagnósticos, e a etapa de intervenção que corresponde às fases de planejamento da assistência, implementação e avaliação. Portanto, o referido modelo contempla todas as fases do Processo de Enfermagem (NAKATANI, 2000).

Carrol-Johnson (1990) refere que após avaliar a família gera-se uma lista de forças e problemas que equivalem aos diagnósticos. Quando listamos as forças da família podemos perceber que, mesmo em face de grandes problemas reais ou potenciais de saúde, cada família é capaz de gerir suas próprias forças.

Após ter sido completada a avaliação familiar é realizado o plano de intervenção, que deve considerar as ações necessárias para produzir as mudanças desejadas. Nesse sentido, o MCIF “é uma estrutura organizadora para conceptualizar a intersecção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pela enfermeira” (WRIGHT; LEAHEY, 2002 p.151).

Ao nos referirmos às intervenções de enfermagem, devemos nos lembrar que as mesmas englobam o comportamento da enfermeira e a resposta da família. A família não deve ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Deve-se reconhecer que ela, com frequência, assume a responsabilidade pela saúde de seus membros e, portanto, deve ser ouvida em suas dúvidas; sua opinião deve ser considerada, sabendo-se que ela precisa de respaldo para prestar o cuidado de forma a atender às necessidades do familiar enfermo.

O objetivo de uma intervenção de enfermagem é efetuar a mudança. Portanto, intervenções eficientes são aquelas para as quais os pacientes e as famílias são receptivos devido ao “ajuste”, ou entrosamento, entre a intervenção proposta pela enfermeira e a

estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família (WRIGHT; LEVAC, 1992 *apud*, WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Segundo Tranquitelli (1986, p.3) “cabe aos enfermeiros manter o vínculo família-paciente, informando-a dos resultados obtidos e da perspectiva de recuperação de seu familiar internado, assim como prepará-la para desempenhar posteriormente algumas tarefas”.

Parece haver algum tipo de dificuldade em se estabelecer relações entre enfermeiro e família, em lidar com as emoções. Contudo, acreditamos que isso nem sempre é algo consciente, indicando que é necessário investigar o que pode estar interferindo para que o relacionamento família-enfermeiro seja efetivo, de forma a embasar condutas que possam minimizar o problema (BARBOSA, 2001).

A família sente necessidade de saber o que está ocorrendo com o seu familiar que se encontra doente, pretende ajudá-lo em sua recuperação, quer saber como está sendo assistido, quer ajudar em suas necessidades e, sobretudo, deseja apoiá-lo emocionalmente (SOBRAL, 1987). Para que sua contribuição seja efetiva, o enfermeiro deve prover o paciente e família de um suporte emocional (BARBOSA, 2001).

Wright e Leahey (2002) sugerem que a falta de intervenção junto às famílias está relacionada à ausência de enfermeiras educadoras que sejam habilitadas para trabalhar com famílias, relacionando essa escassez ao momento de crise de identificação e descrição das intervenções na família.

O modelo Calgary de Avaliação e Intervenção possui elementos suficientes para instrumentalizar os profissionais que lidam com famílias de pacientes internados. Acreditamos que a sistematização da assistência de enfermagem junto à unidade familiar permite a individualização de cada membro, sem deixar de percebê-los como unidade, conseqüentemente a humanização da assistência, que é o estímulo para desenvolver o projeto

ora proposto, e dessa forma contribuir para a ciência da enfermagem, pois a literatura sobre esse tema, em nosso idioma, é escassa.

Realizando a revisão da literatura indexada na biblioteca virtual de saúde (BVS), utilizando os termos, enfermagem e família, concordamos com Chesla (1996) de que a literatura de cuidados da família está voltada à abordagem de familiares dos pacientes bebês e crianças, doentes mentais ou quando o estado do indivíduo é crítico (internação em unidade de terapia intensiva). A abordagem da família pelo profissional é menos evidente nas fases agudas da doença de um paciente, ou quando apresenta recuperação lenta (doenças crônicas não-transmissíveis).

Vários autores afirmam que os enfermeiros não se sentem preparados suficientemente para assistir aos familiares dos pacientes, uma vez que isto pode levar ao envolvimento com situações mais intensas de problemas de relacionamento interpessoal, problemas sociais, que podem gerar sentimentos de ansiedade e angústia nos profissionais. Por outro lado, quando não atendida em suas necessidades, a família pode experimentar tensão, gerando um círculo de sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 1991).

Felisbino (1990) ressalta que a falta de esclarecimento, aliada à sua impotência para resolver seus problemas, leva muitas vezes, clientes e familiares, à ansiedade, ao estresse, ao medo e à depressão.

O lidar com pacientes internados na clínica médica e suas famílias nos fizeram perceber a importância que a família tem sobre a recuperação de seus membros. A aplicação do modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias nos fez perceber o potencial deste instrumento, bem como a imensa contribuição nas políticas de atenção à família, quando aplicado de forma sistematizada, socializando o conhecimento produzido e incrementando a almejada qualidade da assistência.

Devido a esses fatores citados anteriormente, identificamos a necessidade de avaliar e intervir junto à família das pessoas no processo de hospitalização, independente de qual seja sua alteração de saúde.

No presente estudo focalizaremos a avaliação de famílias de pacientes durante o processo de hospitalização para tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis, mediante utilização da taxonomia de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (2006).

Identificar o perfil de diagnósticos das famílias dessa clientela enquanto estão hospitalizadas contribuirá para criar subsídios para os profissionais se prepararem para desenvolver assistência, tanto para o paciente quanto para as suas famílias. Além disso, os resultados desta pesquisa podem subsidiar novas pesquisas e o ensino na área, favorecendo a integralidade e resolubilidade do cuidado, atendendo aos pressupostos do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

Propusemos este estudo com os objetivos de:

- identificar diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (2006) em famílias em situação de acompanhamento de pessoas hospitalizadas para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, mediante abordagem baseada no Modelo Calgary de Avaliação;
- analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem identificados junto às famílias em situação de acompanhamento de pessoas hospitalizadas para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

3 MARCOS TEORICOS

3.1 FAMÍLIA

Conceituar família é uma das tarefas mais difíceis, pois se corre o risco de excluir formas diferenciadas de organização familiar. Família é conceituada desde a forma mais tradicional, ou seja, considerando-a apenas composta do casal e seus filhos, incluindo, às vezes avós, tios e primos, até como uma forma mais atual ou adequada à realidade, como a união de homossexuais.

Penna (1992), considera a família como uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem como família em um espaço de tempo, unidos por laços consangüíneos, laços de afetividade, de interesse e/ou doação, estruturada e organizada, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente e influenciada socioeconômica e culturalmente.

Para Osório (1997), a família pode apresentar-se de três formas básicas: a nuclear (conjugal), a extensa (consangüínea) e a abrangente, sendo a família nuclear constituída por pai-mãe-filhos; a extensa, composta por outros membros que tenham quaisquer parentescos e a abrangente que inclui não parentes que coabitem sob o mesmo teto.

Na prática profissional têm-se deparado com novas organizações familiares onde não é o laço de consangüinidade que dá o sentido de família. Daí, concordarmos com Wright e Leahey (2002) que dizem que família é quem seus membros consideram como tal.

Para Rice (2001), a definição de família está relacionada ao tipo de relacionamento estabelecido entre seus membros. A família, para ela, é um grupo de pessoas que vivem juntas

ou em contato íntimo, cuidam umas das outras e proporcionam cuidado, apoio, criação e orientação para seus membros dependentes, uns aos outros.

A família, enquanto célula vital para a saúde humana, é o contexto dentro do qual evolui a saúde do indivíduo. Ela influencia de maneira significativa as crenças de seus membros, suas atitudes e seus comportamentos relativos à saúde e à doença. Hábitos como alimentação, o uso de álcool e tabaco, a prática de exercícios físicos e a maneira de lidar com situações de estresse se desenvolvem dentro do contexto familiar (DUHAMEL, 1995).

Portanto, incluir a família como objeto da intervenção de enfermagem é atualmente uma exigência e um desafio. Diversos autores questionam se a enfermagem está preparada para enfrentar este desafio, porém, preparada ou não, os profissionais da atualidade são colocados cada vez mais em situações de interação com a família (HARTRICK et al., 1993).

Na abordagem sistêmica a família é definida como um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, isto é, que se identificam como parte daquele grupo (WRIGHT, WATSON, BELL, 1990).

O contexto atual de assistência de enfermagem caracteriza-se por mudanças profundas na maneira de pensar e praticar o cuidado à saúde, devendo colocar a comunidade e a família no centro do nosso enfoque. A criação do Programa de Saúde da Família e sua transformação em estratégia, a redução do tempo de internação, o incentivo para tratamentos ambulatoriais e para uma rede de suporte mais ampla e flexível na assistência a pessoas com doenças crônicas, são exemplos de mudanças que têm exigido a inclusão da família no plano de cuidados.

Apesar de vários estudos indicarem que o cuidado à saúde na família existe desde os tempos pré-históricos, se fosse feita uma retrospectiva na história iria se perceber que, com a criação e com a supervalorização dos hospitais, o tratamento das doenças e o cuidado ao

cliente passaram a ser desenvolvidos dentro desses centros e, com isso, a família foi afastada de tudo o que envolvia tratamento, recuperação e cura do cliente (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

No decorrer dos séculos XVIII e XIX, durante a Repressão e a Segunda Guerra Mundial, houve uma transição do cuidado, que deixou de ser executado nas casas dos doentes, com a participação da família, e passou a ser institucionalizado, quando foram criados hospitais militares com o objetivo de preservação da vida do soldado em benefício dos interesses financeiros, excluindo a família de qualquer evento importante fosse ele nascimento ou morte (GEOVANINI, 1995; CENTA; ELSEEN, 1999; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Desde Florence Nightingale a enfermagem reconhece a família como objeto de sua intervenção, no entanto, na maioria das vezes o foco da atenção da enfermagem tem sido o indivíduo, exceto, no contexto hospitalar, em algumas especialidades tais como a pediatria e a terapia intensiva. No campo da saúde coletiva, a grande ênfase programática tomou corpo no final dos anos de 1990, ampliando-se enquanto política de atenção à saúde.

Atualmente, é enfatizada nas políticas públicas a criação de estratégias para que as famílias voltem a participar do cuidado de saúde, com a visão de que esta, como um todo, é maior do que a soma das suas partes. Esse chamamento está sendo feito com maior conhecimento, respeito e colaboração do que em qualquer outra época da história da enfermagem. Essas mudanças são decorrentes da especificidade da agregação familiar, pois sua dinâmica de vida própria é afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico e social (KALOUSTIAN, 2000).

No Brasil, podemos perceber que existem poucos estudos realizados na área de avaliação e intervenção em família, no entanto, recentemente, o tema tem sido mais abordado, propiciando, reflexão e abertura de novos caminhos capazes de orientar práticas em saúde

voltadas ao atendimento da família enquanto unidade de cuidado (ELSEN; MARCON; SILVA, 2004).

Porém, apesar da contribuição cada vez maior das pesquisas em enfermagem na família, ainda permanece uma lacuna significativa entre a teoria, a pesquisa e a verdadeira prática clínica. Pesquisas mostram que a abordagem centrada na família continua sendo a expressão de um ideal e não uma prática prevalente (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Resgatar a história da enfermagem de famílias é uma tarefa desafiadora uma vez que na revisão dos periódicos brasileiros e nas bases de dados dos centros de pesquisa verifica-se a presença de estudos envolvendo o atendimento de enfermagem, mas não se encontra a história do desenvolvimento do atendimento de enfermagem no contexto de família no mundo e no Brasil.

Como afirmam Marcon *et al.* (1998, p. 380), é “praticamente impossível assistir ao indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence”.

Duhamel (1995) sugere que as enfermeiras que se propõem a ajudar famílias com alguma problemática de saúde, devem convidar e estimular a participação do maior número possível de pessoas da família. É importante recolher a percepção de cada membro quanto ao funcionamento da família, pois são elas que influenciarão os comportamentos de cada um, assim como o funcionamento de todo o sistema familiar. A saúde familiar depende dessas percepções e deste funcionamento.

A família, segundo Lacerda (1996), passa a ter maior significado quando ocorrem modificações nas condições de vida de um de seus membros, como ocorre quando um deles adoece. Uma vez que, na maioria das vezes, é o familiar quem proporciona cuidado ao doente, esse cuidador necessitará de assistência tanto quanto aquele que está sob seus cuidados.

Ângelo (1999) ressalta que são muitas as dificuldades existentes no caminho daqueles enfermeiros que se dispõem a abrir-se para a família. Muitas vezes, esta é uma jornada solitária que compreende experiências e visões de mundo nem sempre partilhada por outras pessoas.

Uma silenciosa revolução está ocorrendo no cenário da enfermagem, influenciada por iniciativas solitárias a princípio, de cuidar da família, norteadas pelo pressuposto de que nenhuma família consegue existir sem algum tipo de apoio, pelos conceitos sobre família que têm sido desenvolvidos, e agora, por uma emergente política pública destinada à saúde da família.

Durante anos, a enfermagem vem direcionando sua prática com famílias para ações basicamente de orientação e de busca de informações. A família fica, neste sentido, restrita a ser receptáculo e fonte de informações. As ações de apoio oferecidas são tímidas e pouco efetivas, porque não apreendem e não consideram a experiência da família, e, muitas vezes, assume natureza prescritiva, guiada pelo bom-senso, emoção e/ou intuição, sem uma fundamentação mais segura.

3.2 MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIA

O Modelo Calgary de Avaliação da Família implica a necessidade de conhecer as perspectivas dos familiares e é orientado pela abordagem sistêmica. Segundo Wright e Leahey (2002) esse Modelo é uma estrutura multidimensional que possui três categorias principais que são a *estrutural*, *de desenvolvimento* e *funcional*.

Cada categoria contém várias subcategorias. A *estrutural* envolve estrutura interna (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas,

limites), estrutura externa (família extensa e sistemas mais amplos), contexto (etnia, raça, classe social, religião e espiritualidade, ambiente).

A categoria *de desenvolvimento* envolve estágios, tarefas e vínculos.

A categoria *funcional* se divide em duas subcategorias, que são a instrumental (atividades de vida diária) e a expressiva (comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões) (figura 1).

Para avaliar uma família é preciso que a enfermeira examine a estrutura da mesma, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. A composição da família é definida como um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, com o sentido de posse e a inclinação a participar das vidas uns dos outros. Wright e Leahey (2002) referem que é preciso que as enfermeiras encontrem uma definição de família que ultrapasse as limitações tradicionais de membro restrito, utilizando critérios como a consangüinidade, adoção e matrimônio. A subcategoria gênero é segundo as autoras um construto básico, sendo considerado um princípio fundamental de todos os sistemas familiares, por ser um conjunto de crenças sobre as expectativas de conduta e experiência femininas e masculinas. Essas crenças foram desenvolvidas por influência religiosa, cultural e familiar.

O sexo desempenha um papel importante no cuidado de saúde da família, especialmente nas crianças. As diferenças nos papéis dos pais em cuidar de seu filho doente podem ser fontes significativas de estresse na família. Na subcategoria orientação sexual inclui gays, lésbicas, orientações hetero e bissexuais. Muitas vezes a discriminação, falta de conhecimento, estereotípi e insensibilidade quanto à orientação sexual não têm sido abordadas de modo a trazer uma reflexão crítica tanto para a família quanto para os enfermeiros que trabalham com famílias. A subcategoria ordem de nascimento é importante

para a avaliação da família, em relação à idade e ao sexo. O momento do nascimento na história da família, as características da criança, o “programa” idealizado pela família para essa criança, e as atitudes paternas e tendências referentes às diferenças de sexo são fatores que influenciam no grupo de irmãos. Quando um indivíduo é influenciado pelo ambiente, seus relacionamentos com colegas, amigos e cônjuges, em geral, também são afetados.

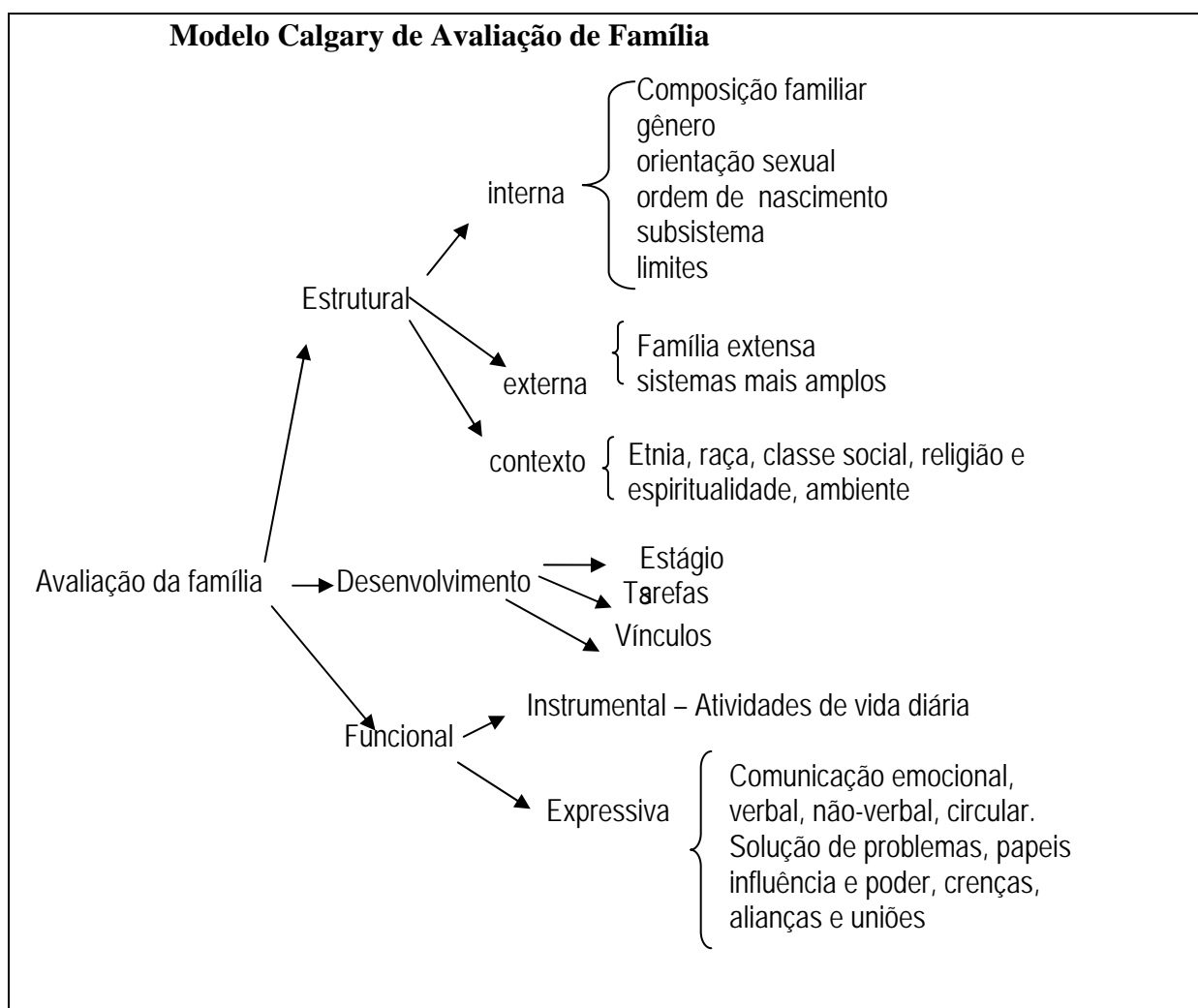


Figura 1 - Diagrama ramificado do MCAF (WRIGHT; LEAHEY – 2002 p.).

Subsistemas é uma subcategoria que é utilizada para caracterizar o nível de diferenciação do sistema familiar. Cada pessoa na família pertence a vários subsistemas diferentes. Em cada um deles, essa pessoa tem um diferente nível de poder e utiliza diferentes

habilidades. Wright e Leahey (2002) referem que em suas experiências perceberam a importância de considerar a presença ou não na família de limites claros entre as gerações. Limites se referem às regras para definir quem e como participa na família. Os sistemas e subsistemas familiares têm limites que podem ser mais ou menos delimitados. Eles podem ser difusos, rígidos ou permeáveis. Os limites tendem a mudar com o tempo, podendo se tornar ambíguos durante o processo de reorganização após a chegada ou perda de um membro.

A categoria estrutura externa se refere à família extensa que é a família de origem e a família de procriação, bem como a atual geração e membros da família adotiva. As autoras entendem que os múltiplos vínculos de lealdade dos membros da família extensa podem ser invisíveis, mas, é força muito influente na estrutura familiar. Podendo haver inclusive grandes distâncias geográficas. Os sistemas mais amplos referem-se às instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família tem contato significativo, incluindo rede de computadores como e-mails, salas de bate-papo e grupos de discussão.

O contexto da família é explicado como a situação total ou as informações básicas relevantes aos ou dos mesmos. Cada família está inserida em um ou vários sistemas mais amplos que a vizinhança, classe, religião, região, país. O contexto inclui cinco subcategorias que são a raça, etnia, classe social, religião e espiritualidade e ambiente.

Para facilitar o agrupamento das informações relativas à estrutura familiar Wright e Leahey (2002) utilizam o genograma e o ecomapa.

Genograma é definido pelas autoras como uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna. Segue os gráficos convencionais da genealogia e da genética. Normalmente é inserido até três gerações. Os membros da família são colocados em série horizontais que significa linhagem de geração. Os filhos são denotados por linhas verticais e classificados da esquerda para a direita começando do mais velho. Cada membro da família é

representado, com respectivo nome e idade. Se um membro da família morreu, o ano da morte também deve ser indicado.

Os principais símbolos utilizados no genograma e no ecomapa são mostrados na figura 2. Os dados obtidos no genograma podem ser utilizados para perceber o contexto da família, suas estruturas internas e externas. Outro instrumento que auxilia nesse discernimento é o ecomapa que tem como objetivo representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Hartman^c (1978 *apud* WRIGHT; LEAHEY, 2002) explica:

“O ecomapa representa uma visão geral da situação da família; retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Este procedimento de mapeamento delinea a natureza das interfaces e pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados para os conflitos”. (p.91)

Para montagem do ecomapa coloca-se o genograma da família em um círculo central. Os círculos menores externos representam pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar. São desenhadas linhas entre a família e o círculo externo para indicar a natureza dos vínculos afetivos existentes. Linhas retas indicam fortes vínculos, linhas pontilhadas vínculos tênues e linhas cortadas relações estressantes. As setas podem ser desenhadas ao longo das linhas para indicar o fluxo de energia e os recursos. Acreditamos que o genograma e o ecomapa possam ser utilizados em todos os ambientes de cuidados de saúde onde se pretenda ter uma visão ampla do indivíduo no contexto de sua família.

^c HARTMANN, A. **Diagrammatic assessment of family relationships**. *Social Casework*, 59, 1978, p. 465-476

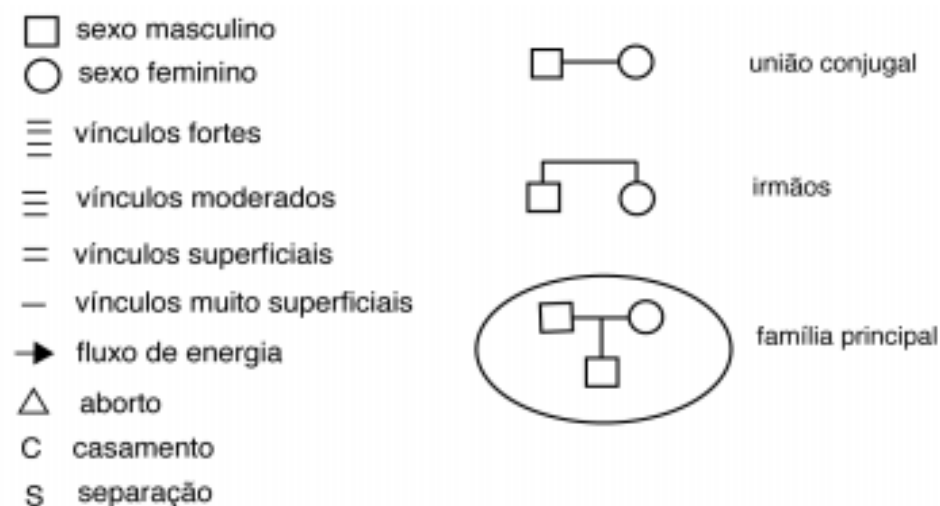


Figura 2 - Símbolos utilizados no genograma e ecomapa (WRIGHT; LEAHEY - 2002, p.98)

O conhecimento da estrutura da família não é suficiente para se fazer uma avaliação familiar é preciso entender como se dá o desenvolvimento do ciclo vital de cada família. Existe distinção entre desenvolvimento da família e ciclo vital da família. O desenvolvimento é modelado por eventos previsíveis e imprevisíveis, como doenças, mortes, catástrofes, tendências sociais, marcas que diferem uma família de qualquer outra. O ciclo vital da família refere-se a trajetória típica que a maioria das famílias percorre. Os eventos típicos do ciclo vital estão relacionados a entradas e saídas dos membros da família. O curso do ciclo vital das famílias evolui em seqüências geralmente previsíveis, de estágios, mesmo com variações culturais e étnicas. As tarefas, vínculos se darão de modos diferenciados dependendo do estágio de desenvolvimento em que se encontra a família, tal como jovens solteiros, casal com filhos pequenos, família com adolescentes, famílias no final da vida, e assim por diante.

A avaliação funcional se refere ao comportamento intrafamiliar. Essa avaliação se subdivide em instrumental e expressiva. O aspecto instrumental da família é avaliado a partir das atividades rotineiras da vida diária (AVDs) como alimentar-se, dormir, preparar refeições,

aplicar medicações, mudar de roupa, entre outros. Quando se tem um membro adoecido na família às atividades de vida diárias são em geral mais numerosas e mais frequentes.

Com relação ao funcionamento expressivo das famílias podemos perceber que se uma família estiver com problemas instrumentais quase sempre existirão questões expressivas. Essa categoria se subdivide em nove subcategorias: comunicação emocional – refere-se à amplitude e tipos de emoções e/ou sensações expressas ou demonstradas; comunicação verbal – relacionamento expresso pelo conteúdo verbal; comunicação não-verbal – focaliza-se nas mensagens paraverbais (sons guturais, choro, gaguejos.) e não verbais (posturas corporal, contato ocular, toque, gestos, movimentos faciais, proximidade ou distancias entre os membros da família) transmitidas pelos membros da família; comunicação circular – refere-se à comunicação recíproca entre pessoas que se influenciam mutuamente; solução de problemas – capacidade da família de dar solução eficaz aos próprios problemas; papéis – padrões estabelecidos de comportamentos dos membros da família. Os papéis não são estáticos, desenvolveram-se por meio de interações com outros indivíduos; influencia e poder – métodos para afetar os comportamentos dos outros membros da família. A influência psicológica ou poder referem-se ao uso da comunicação e sentimentos para influenciar o comportamento; crenças – atitudes fundamentais, premissas, valores pressupostos adotados pelos indivíduos e famílias. As crenças e os comportamentos estão ligados de maneira intrincada, cada escolha feita pela família desenvolve-se a partir de suas crenças/alianças e uniões – refere-se a orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre os membros da família ou entre famílias e enfermeiras.

Os padrões de interação são os principais impulsos dessa categoria. Não podemos nos esquecer que mesmo que as famílias sejam compostas por indivíduos o foco é menor sobre este e maior sobre a interação entre todos os membros da família.

As subcategorias que serão avaliadas em cada família dependem de cada enfermeiro, pois a escolha ocorre em função do julgamento de que dados serão relevantes e apropriados para o momento daquele grupo familiar.

O modelo baseia-se em um fundamento teórico que envolve sistemas, cibernéticas, comunicação e mudança. Wright e Leahey (2002) citam alguns critérios para indicação de avaliação da família, como a família está vivenciando um sofrimento físico e/ou emocional, espiritual causado por crise familiar como doença aguda, lesão ou óbito. A família define o problema como uma questão familiar e existe motivação para a sua avaliação. As autoras citam como exemplo de indicação de necessidade de avaliação de família a presença de doença crônica na família, membro da família que está para ser hospitalizado para tratamento psiquiátrico, e de uma criança que está para ser hospitalizada.

A avaliação da família não dispensa o cuidado individualizado de cada membro. Devem-se fazer as avaliações de indivíduos e de todo o sistema familiar de maneira simultânea segundo as autoras do Modelo Calgary.

3.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION E PROCESSO DIAGNÓSTICO

O Processo de Enfermagem é reconhecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como um método que possibilita a organização, execução e resgate do cuidado de enfermagem. Além disso, seus componentes fornecem dados para o registro de enfermagem e permitem avaliar o cuidado prestado ao cliente de forma individualizada (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Este método tem passado por diferentes fases em sua evolução, que de acordo com Carvalho e Garcia (2002) estão marcadas por contínuo aprimoramento caracterizando

três gerações relacionadas com o contexto histórico social dos Estados Unidos da América do Norte (EUA), onde teve início o pensamento teórico-científico da Enfermagem – a primeira geração (1950-60) focalizava a solução de problemas, a segunda geração (1970-90) foi marcada pelo raciocínio clínico e diagnóstico de enfermagem e a terceira geração que surgiu no bojo do movimento denominado de levantamentos e responsabilizações que suscitou a Enfermagem a necessidade de desenvolver taxonomias próprias, com a finalidade de descrever e padronizar a linguagem para declarar e registrar a prática de enfermagem.

O processo de enfermagem por ter origem nas práticas da enfermagem, possui fases interdependentes e complementares e quando realizadas concomitantemente resultam em intervenções satisfatórias para o paciente. Estas fases compreendem a coleta de dados, o diagnóstico, planejamento, implementação e evolução (CHRISTENSEN; GRIFFITH-KENNEY, 1995; BACHION, 2002; NAKATANI, 2002).

Entre estas etapas, optamos no presente estudo, por dedicar-nos ao diagnóstico de enfermagem, por perceber a importância de sua utilização na assistência para a tomada de decisão.

O desenvolvimento de um sistema de classificação para os diagnósticos de enfermagem, de forma científica e confiável, tem se mostrado ser um processo lento e difícil.

A Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) desenvolveu um sistema de classificação dos diagnósticos que propõe a uniformização dos rótulos de problemas encontrados nos pacientes pelos enfermeiros. No âmbito dessa organização, diagnóstico de enfermagem são julgamentos clínicos das respostas humanas de indivíduos, famílias e comunidades a problemas de saúde reais ou potenciais e processos vitais (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION_ NANDA, 2006).

A taxonomia II da NANDA é multiaxial e possui sete eixos, 13 domínios, 46 classes e 172 diagnósticos, o que dá flexibilidade à nomenclatura, permitindo a realização de acréscimos e modificações. (NANDA, 2006).

Para aperfeiçoar continuamente esse sistema de classificação, que está em franca evolução, tem sido realizados esforço e empenho de enfermeiras clínicas e de pesquisadoras de enfermagem.

A linguagem dos diagnósticos de enfermagem é um poderoso veículo que requer pensamento crítico, analítico e acurado para comunicar a experiência da enfermagem com o cliente durante sua prática clínica. Permite também, uma linguagem rica para os diagnósticos de enfermagem devido à possibilidade de inúmeras combinações entre seus eixos (NANDA, 2006).

Os diagnósticos de enfermagem são classificados em três tipos que variam de acordo com as respostas do indivíduo, família e comunidade, aos processos de vida e problemas de saúde reais ou potenciais, são eles:

- de bem estar - respostas humanas a níveis de bem-estar;
- de risco - as respostas humanas que têm possibilidade para se instalar frente aos processos vitais ou patológicos, sendo sustentado por fatores de risco que mantém diferentes graus de vulnerabilidade.
- real ou vigente - respostas humanas aos processos vitais presentes ou patológicos, os quais são sustentados pela presença das características definidoras ou sinais e sintomas.

O diagnóstico de enfermagem é constituído por uma declaração que possui três componentes essenciais:

- título diagnóstico, que estabelece o nome para o diagnóstico, constituindo a declaração de um termo ou frase concisa, sendo que pode ou não apresentar descritores adicionados;

- características definidoras, que constituem inferências observáveis que validam um diagnóstico real ou de bem estar;
- fatores relacionados, que representam algum tipo de relacionamento associado, etiológico, contribuinte ou estimulador do problema que caracteriza o diagnóstico de enfermagem.

Os fatores de risco, que são componentes específicos dos diagnósticos de enfermagem de risco, os quais não possuem características definidoras e sim fatores de risco, que são definidos como fatores ambientais e/ou elementos biofisiológicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família, comunidade e /ou populações a um evento insalubre.

A taxonomia II apresenta sete eixos:

- 1- conceito diagnóstico
- 2- tempo (agudo, crônico, intermitente, contínuo).
- 3- sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, comunidade).
- 4- idade (de feto a adulto idoso)
- 5- estado de saúde (bem-estar, risco e real).
- 6- descritor (limita ou especifica o significado do conceito)
- 7- topologia

Para realizar uma afirmação diagnóstica o profissional utiliza o raciocínio clínico, o qual por sua vez pode assumir diferentes percursos (GORDON, 1994; HELLAND; RISNER, 1995).

Segundo Helland e Risner (1995) a análise e a síntese são processos de pensamentos utilizados para interpretar os dados obtidos do cliente e identificar os diagnósticos de enfermagem. Essa proposta para o processo de raciocínio diagnóstico compreende as seguintes etapas:

- a) **fase de análise** - compreende a categorização de dados e a identificação de dados divergentes ou lacunas. A categorização compreende a obtenção organizada das informações

relevantes para avaliar o estado de saúde da pessoa/família/comunidade atendida, com base em categorias gerais, baseadas em modelos conceituais ou teorias de enfermagem. No decorrer desse levantamento podem ser identificados lacunas ou dados divergentes que devem ser esclarecidos.

b) **fase de síntese** – inicia-se com o agrupamento dos dados em padrões adotados, seguindo-se da comparação destes com normas, teorias, modelos da literatura, para subsidiar a inferência ou rolagem de hipótese e finalmente a especificação de fatores causais ou coadjuvantes presentes na inferência encontrada.

Taxonomia de diagnósticos da NANDA e o Modelo Calgary de Avaliação de Família

A NANDA 2006 possui 172 diagnósticos sendo que em sete deles é mencionada especificamente a família como sujeito do diagnóstico (Quadro 1). Outros oito diagnósticos não mencionam especificamente a família, mas representam a descrição de respostas humanas que são produzidas no contexto das relações familiares, tais como conflito no desempenho de pai/mãe, paternidade ou maternidade prejudicada, entre outros.

Em nossa percepção, todos eles possuem convergência com o Modelo Calgary de Avaliação, especialmente com as categorias desenvolvimental e funcional. Para estes diagnósticos não percebemos relação com a categoria estrutural.

Muitos diagnósticos previstos para descrever respostas humanas de indivíduos na NANDA (2006) poderiam ser adaptados para descrever respostas de famílias, tais como risco de religiosidade prejudicada, estilo de vida sedentário, medo, isolamento social, risco de infecção, comportamento de busca de saúde, nutrição alterada: menos que as necessidades corporais, comunicação verbal prejudicada. Diagnósticos dessa natureza podem ter congruência com as categorias do Modelo Calgary de Avaliação.

Quadro 1 - Diagnóstico da NANDA (2006) com convergência 100% com categorias do Modelo Calgary de Avaliação.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA convergentes com o Modelo Calgary de Avaliação de Família
Processos familiares interrompidos
Disposição para processos familiares melhorados
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo
Risco de vínculos pais/filhos prejudicados
Enfrentamento familiar incapacitado
Enfrentamento familiar comprometido
Disposição para enfrentamento familiar aumentado
Controle familiar ineficaz do regime terapêutico
Manutenção do lar prejudicada
Tensão do papel de cuidador
Risco de tensão do papel de cuidador
Paternidade ou maternidade prejudicada
Risco para paternidade ou maternidade prejudicada
Disposição para paternidade ou maternidade melhorada
Conflito no desempenho do papel de mãe/mãe

Para utilização de diagnósticos como estes, para descrever adequadamente respostas humanas de famílias, é necessária a inclusão clara do sujeito do diagnóstico (eixo 3) no rótulo da categoria, bem como a adequação dos fatores relacionados, características definidoras ou fatores de risco pertinentes.

A NANDA (2006) traz ainda diagnósticos de enfermagem que também podem ser aplicados à família, desde que se mude o eixo 3, referente ao sujeito do diagnóstico, além de desenvolver/adaptar fatores relacionados/características definidoras ou fatores de risco, conforme for o caso, mas, no entanto, parecem não apresentar congruência com o Modelo Calgary. Entre eles podemos citar percepção sensorial perturbada, campo de energia perturbado, risco de resposta alérgica ao látex, confusão aguda, confusão crônica.

A NANDA (2006) apresenta diagnósticos de enfermagem que indicam outros sujeitos para o eixo 3, que não a família. Trata-se de diagnósticos nos quais está especificado no título sujeitos como comunidade ou indivíduo. Esses diagnósticos podem ser adaptados à família, da mesma forma que os anteriores, inserindo-se a família como sujeito e adequando-

se os fatores de risco ou fatores relacionados/características definidoras, conforme a pertinência para cada caso. Entre os diagnósticos desse tipo citamos controle comunitário ineficaz do regime terapêutico, padrão ineficaz de alimentação do lactente, enfrentamento comunitário ineficaz, disposição para enfrentamento aumentado (indivíduo), disposição para enfrentamento comunitário aumentado, comportamento infantil desorganizado, risco de síndrome de morte súbita da criança.

Identificamos na NANDA (2006) diagnósticos que não parecem adaptáveis à família e não conseguimos vislumbrar sua relação com as categorias de avaliação do Modelo Calgary (Quadro 2).

Atender famílias, como já afirmamos anteriormente, requer a utilização de marcos teóricos que permitam ao profissional compreender este grupo como unidade de cuidado, bem como sua dinâmica e modo de existência. Por outro lado, é necessário comunicar a outros profissionais da própria categoria e de outras áreas da saúde os fenômenos de interesse identificados e que demandam intervenções. Assim, é oportuno o esforço de tentar vislumbrar as possibilidades de aplicação de taxonomias de classificação de diagnósticos existentes.

Destacamos que esta compreensão pode não ser compartilhada por outros estudiosos, contudo, no âmbito do presente estudo, faremos esse caminho, propondo ajustes que julgarmos necessários, na perspectiva de contribuir para o refinamento desta taxonomia na perspectiva do atendimento às famílias.

Esperamos despertar o interesse de outros pesquisadores no sentido de realizar estudos para identificar, classificar e validar respostas humanas no contexto de famílias, a partir da NANDA (2006), além de aprofundar a análise da convergência destes diagnósticos com o Modelo Calgary de Avaliação (WRIGTH; LEAHEY, 2002).

Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem NANDA (2006) não adaptáveis a famílias sem convergência com o Modelo Calgary de Avaliação.

Diagnóstico de Enfermagem da NANDA
Deglutição prejudicada
Retenção urinária
Incontinência urinária total
Incontinência urinária funcional
Incontinência urinária de esforço
Incontinência urinária de urgência
Incontinência urinária reflexa
Risco de Incontinência urinária de urgência
Incontinência intestinal
Troca de gases prejudicada
Mobilidade no leito prejudicada
Mobilidade com cadeiras de rodas prejudicadas
Capacidade de transferência prejudicada
Recuperação cirúrgica retardada
Débito cardíaco diminuído
Ventilação espontânea prejudicada
Resposta disfuncional ao desmame ventilatório
Perfusão tissular ineficaz
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se
Déficit no autocuidado para higiene íntima
Negligência unilateral
Síndrome da interpretação ambiental prejudicada
Memória prejudicada
Distúrbio de identidade pessoal
Distúrbio da imagem corporal
Síndrome de trauma de estupro
Disreflexia autonômica
Risco de disreflexia autonômica
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
Risco de lesão perioperatória por posicionamento
Risco de aspiração
Risco de disfunção neuromuscular periférica
Risco de automutilação
Automutilação
Risco de violência direcionada a si mesmo

4 PERCURSO METODOLÓGICO

“Ninguém é tão grande que não possa aprender e nem tão pequeno que não possa ensinar.”.
(Pindora)

Trata-se de um estudo descritivo que foi desenvolvido junto a 12 famílias em situação de acompanhamento de pessoas internadas em enfermarias do setor de clínica médica, em um Hospital Escola de Goiânia/GO, durante o período de janeiro a junho de 2006.

Cenário da Pesquisa

Essa clínica possui 68 leitos distribuídos em 13 enfermarias de 01 a 06 leitos. A clientela é atendida para diagnóstico médico, tratamento e reabilitação em várias especialidades como gastroenterologia, pneumologia, nefrologia, hematologia, cardiologia, endocrinologia, reumatologia, neurologia e clínica geral.

Os familiares acompanhantes comumente encontrados são do sexo feminino que habitualmente auxiliam na higiene do paciente e locomoção dos mesmos. A solicitação e liberação para a permanência de acompanhante são feitas à enfermeira do período, que julga a necessidade do paciente. No caso de pacientes com menos de 16 anos ou mais de 60 anos, os acompanhantes são assegurados, de acordo com a legislação em vigor.

Os profissionais que prestam atendimento em saúde na clínica médica englobam médicos (residentes e contratados, além de docentes da Faculdade de Medicina), nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, além de alunos de enfermagem, medicina, nutrição e fisioterapia, acompanhados pelos respectivos docentes supervisores.

O procedimento de internação segue geralmente a seguinte seqüência:

- Internações agendadas previamente:

O paciente pode comparecer ao setor de internação de domingo a sexta-feira, acompanhado por um ou mais membros da família, é avaliado pelo médico plantonista no Pronto Socorro que o encaminha para a unidade de sua especialidade.

- Internações de emergência:

O paciente comparece ao ambulatório para consulta e é identificada uma situação que requer internação imediata, desta forma, é encaminhado à enfermaria pertinente, podendo chegar só ou acompanhado.

Em ambos os casos, ao chegar à enfermaria, são recebidos por um auxiliar ou técnico de enfermagem que verifica os sinais vitais. No caso da pessoa ter comparecido ao setor desacompanhado, se o paciente for idoso ou necessitar de acompanhante, a enfermeira se encarrega de avisar aos familiares.

Os acompanhantes são liberados para ficarem na unidade, embora o local não possua acomodação para os mesmos. Assim, é comum observarmos acompanhantes dormindo em bancos ou cadeiras, usando o mesmo banheiro e fazendo as refeições junto com os pacientes, trocando ou compartilhando a dieta. A unidade possui um telefone público no qual podem fazer ligações, porém, o telefone é programado para não receber chamada.

A maioria dos acompanhantes familiares auxilia também os outros pacientes, quando percebem que estes precisam de ajuda para as atividades de vida diária.

Sujeitos da pesquisa

Participaram como sujeitos no presente estudo 12 famílias que estavam vivenciando o processo de hospitalização de um de seus membros para tratamento de doença crônica degenerativa não-transmissível.

Critério de inclusão

Foram incluídas famílias que estavam vivenciando o processo de hospitalização de um dos membros para tratamento de doença crônica degenerativa não-transmissível, em

uma instituição de saúde da região centro-oeste, que concordam em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Critério de exclusão

Foram excluídas do estudo as famílias de pacientes que receberam alta antes do término da coleta de dados ou que retiraram o consentimento ou que a pessoa índice (pessoa internada) foi a óbito antes do término da coleta de dados.

Este último critério foi adotado em função de que a ocorrência de óbito acrescenta às famílias um elemento que a torna diferente das demais. Ela não lida mais apenas com a hospitalização em virtude de doença crônica, mas sim, com a morte de um de seus membros.

Atendimento aos princípios ético-legais

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Conselho Diretor da FEN/UFG, bem como pela chefia de enfermagem do setor de Clínica Médica, Diretoria de Enfermagem e Diretoria Geral, além do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde foi realizado o estudo.

A participação das famílias (pacientes e seus familiares acompanhantes) foi voluntária, sendo garantido o direito de recusa ou retirada do consentimento para participar, sem prejuízo do atendimento à saúde oferecido pela instituição.

Procedimento para obtenção do consentimento para participar da pesquisa

Comparecemos ao campo de estudo e identificamos os pacientes que estavam acompanhados por familiares e nos certificamos que não havia previsão de alta para as próximas 24hs.

Informamos ao paciente e familiar sobre os objetivos do trabalho, com intenção de obter seu consentimento para participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) a que nos referimos anteriormente, por meio do qual o paciente e seu familiar foram informados que poderiam desistir de sua participação a qualquer momento do desenvolvimento do trabalho, estando livres de qualquer forma de constrangimento e coerção.

Coleta de dados

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas gravadas e observações múltiplas, mediante aplicação de um roteiro sistematizado, elaborado a partir do modelo Calgary de Avaliação (Anexo B).

O número de encontros para a coleta de dados dependeu de cada caso. O paciente e seus acompanhantes foram tomados como unidade, configurando-se em “famílias” participante da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas na própria enfermaria onde se encontravam o paciente e seu acompanhante-familiar, juntamente com outros pacientes, este fato fez com que algumas famílias se sentissem perturbadas pela falta de privacidade, que não pode ser completamente contornada. Tanto o pesquisador como o paciente e seus familiares adotaram baixo volume de voz durante o procedimento de coleta de dados. O período escolhido para abordagem dos pacientes e seus familiares foi o vespertino, por ser mais calmo, com menor número de pessoas circulantes e com menos procedimentos (exames, medicamentos, banhos...) em relação ao matutino.

De acordo com Wright e Leahey (2002) a entrevista de famílias pode ser realizada na instituição hospitalar apesar das desvantagens que ela oferece em relação ao ambiente “não natural” para a família, falta de espaço e privacidade. Apesar dessas dificuldades, tendo em vista o pressuposto de que a enfermagem no cenário de estudo precisa desenvolver abordagem de famílias, este espaço foi tomado como ambiente para coleta de dados.

A decisão sobre quem estaria presente na primeira entrevista e nas subseqüentes foi determinada mutuamente pelos membros da família e pela enfermeira, não sendo necessário a priori, que todos os membros estivessem presentes. A enfermeira é capaz de elaborar hipóteses, avaliar o sistema familiar a partir do indivíduo, do casal, de uma unidade pai-filho(a), mãe-filho(a), sogro(a)-nora, enfim qualquer combinação de pessoas que se comunicam em torno de problemas de saúde compartilhados (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Para as entrevistas, a pesquisadora foi preparada para o uso de categorias verbais facilitadoras da comunicação, conforme proposta de Bachion *et al.* (1998).

As entrevistas foram gravadas com auxílio de um mini-gravador, com a permissão dos participantes. As fitas gravadas foram utilizadas apenas para os propósitos deste estudo, permanecendo arquivadas sob responsabilidade da pesquisadora, e serão destruídas após 05 anos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As falas transcritas serviram de base para o preenchimento do roteiro de coletas de dados.

As entrevistas tiveram duração de 30 a 120 minutos, com uma média de 50 minutos. Deparamos com o cansaço do familiar e a estranheza e desconfiança para falar a respeito de suas dificuldades.

Avaliar famílias segundo Wright e Leahey (2002) ainda não é um processo fácil por não ser uma prática comum em nossa realidade fazer com que as famílias se apresentem para a assistência como unidade familiar com problemas específicos da família. Geralmente a doença é tratada como algo isolado, em determinado membro da família. Os familiares não estão acostumados a serem abordados pelos profissionais de saúde para avaliação no contexto de internação hospitalar de um dos seus membros para tratamento.

Processamento e Análise dos dados coletados

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção junto a famílias não adota um sistema de classificação para os diagnósticos de enfermagem, o que, acreditamos, pode dificultar a comunicação e a comparação de resultados com outros estudos.

Na IX Conferência *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)

Diagnóstico de Enfermagem foi definido como:

Um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável (aprovado na 9ª Conferência, 1990). (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA, 2006, p.296).

Desta forma, acreditamos que esta taxonomia é coerente com o Modelo Calgary, uma vez que nele também está previsto o julgamento clínico das respostas das famílias aos problemas reais e potenciais e aos processos vitais. Para identificação dos diagnósticos de enfermagem presentes na situação, foi utilizado o processo diagnóstico (HELLAND; RISNER 1995) e para a sua rotulação foi adotada a taxonomia II da NANDA (2006).

No decorrer da realização deste estudo, percebemos que alguns fenômenos não estavam adequadamente descritos na taxonomia da NANDA (2006), desta forma, foram realizadas algumas modificações que estão assinaladas em itálico. Trata-se de palavras ou expressões acrescentadas à categoria diagnóstica, fatores de risco, fatores relacionados e/ou categorias definidoras, que contribuem para o refinamento da taxonomia em sua aplicabilidade a família como unidade de cuidado.

Todo esse material (o registro da coleta de dados, o processo de análise e síntese dos dados, a inferência diagnóstica segundo a NANDA) foi apreciado por um juiz, com experiência em pesquisa na área de diagnósticos de enfermagem e o Modelo Calgary de

Avaliação de Famílias. Os pontos de divergências entre o juiz e o pesquisador, foram resolvidos por consenso.

Embora a pesquisa junto aos sujeitos se encerrasse com a identificação dos diagnósticos de enfermagem, assumimos o compromisso social de atender as necessidades dos participantes no âmbito de nossas possibilidades e encaminhamos os mesmos para atendimentos pela equipe de saúde da instituição onde foi feita a pesquisa.

Apresentação e Análise dos resultados

Os diagnósticos de enfermagem foram analisados quanto à sua distribuição (frequência simples). A discussão desses achados foi feita focalizando os títulos diagnósticos, seus fatores relacionados e características definidoras à luz do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção (WRIGHT; LEAHEY, 2002) e da literatura científica na área de famílias.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Se procurar bem acabará encontrando não a explicação (duvidosa) da vida, mas a poesia (inexplicável) da vida”. (Carlos Drummond de Andrade)

Apresentaremos, inicialmente, a caracterização 12 das famílias que participaram do estudo em relação a sua estrutura e estágio de desenvolvimento. A seguir serão apresentados dois casos, contendo a coleta de dados que retrata as famílias, os respectivos genogramas e ecomapas, o processo diagnóstico e diagnósticos da NANDA (2006) identificados. Posteriormente, apresentaremos os dados consolidados, detendo-nos ao perfil de diagnósticos identificados.

Para preservar a identidade dos participantes, os nomes verdadeiros dos indivíduos e sobrenomes das famílias foram trocados por nomes fictícios.

5.1 Caracterização das famílias

- Estrutura

As famílias que participaram do estudo eram compostas em média de três pessoas, haviam famílias que eram compostas por várias gerações, morando na mesma residência avós, filhos, netos e bisnetos. 80% das famílias eram advindas de casamentos anteriores.

As famílias eram provenientes de Goiânia (05), interior de Goiás (03) e outros estados (04).

A escolaridade observada nessas famílias reproduz o mapa geral da escolaridade em Goiás mostrado pela pesquisa IBGE (2000). Quase metade dos idosos era analfabeta e os demais apresentavam ensino fundamental incompleto. A segunda geração isto é, os filhos adultos apresentavam ensino médio completo e menos de 10% de membros dessas famílias estavam cursando o ensino superior.

Pelos relatos, coexistiam nas famílias a aposentadoria, o desemprego, o emprego formal e informal. Em apenas uma família todos os membros estavam desempregados, sendo necessário o suporte de uma instituição religiosa para provisão de alimentos. Entre os aposentados e os que trabalhavam, a renda individual era de um salário mínimo.

Essas famílias pouco se relacionam com outros sistemas sendo a família extensa e a igreja os únicos vínculos externos a família.

- Desenvolvimento

De acordo com os relatos, o ciclo de desenvolvimento das famílias nem sempre segue um curso favorável ao crescimento e desenvolvimento, em especial, a formação de vínculos, como veremos a seguir. Devido à sua estrutura, as famílias participantes desse estudo não podem ser classificadas em apenas um estágio de desenvolvimento, dentro das categorias propostas pelo Modelo Calgary de Avaliação de Família. Percebe-se assim que as classificações tanto para os estágios de desenvolvimento quanto de estrutura familiar citadas por Wright e Leahey (2002) não conseguem descrever adequadamente as novas configurações que as famílias encontradas têm assumido atualmente.

-Funcional

Entre as famílias participantes, o membro que estava hospitalizado era, na maioria das vezes, idoso (08), vindo a seguir adultos entre 18 e 30 anos (03) e uma adolescente, com

16 anos. Os familiares acompanhantes eram todos do sexo feminino, sendo que em dez famílias não havia revezamento de cuidadores.

Os membros das famílias não costumam conversar sobre sentimentos entre si. Percebemos que as famílias que apresentam mais diagnósticos de enfermagem são unidades que já apresentavam dificuldades anteriores ao adoecimento.

A partir da coleta dos dados, utilizando o genograma e ecomapa, fizemos um “retrato” dessas famílias. Wright e Leahey (2002) referem que não existe um modelo de avaliação que explique todos os fenômenos da família, no entanto, a adoção de uma estrutura conceitual encoraja a síntese dos dados. A visualização destes mapas permite a identificação de forças e problemas da família, constituindo um plano de tratamento útil esquematizado. “Quando não existe uma estrutura conceptual, é extremamente difícil para a enfermeira agrupar dados díspares ou examinar os relacionamentos entre variáveis múltiplas que apresentam impacto sobre a família” (WRIGHT; LEAHEY, 2002 p.16).

Apresentaremos a avaliação integral de duas famílias que participaram do estudo e posteriormente o perfil de diagnósticos encontrados no conjunto das 12 famílias.

5.2 Descrição de dois casos utilizando-se o Modelo Calgary de Avaliação

Família 1 - Rubi

Avaliação Estrutural

A composição da família de D. Alba (pessoa índice) é referida pela nora, Lúcia, como composta por seis pessoas, sendo elas D. Alba, três filhos e dois netos. As pessoas que moram na casa de D. Alba são quatro: pessoa índice (mulher de 79 anos), sua filha Maria (46 anos), o neto de 27 anos, que trabalha como serrador, e a neta de 16 anos, que é estudante.

São filhos de Maria, um de cada companheiro, sendo que a mesma permanece solteira. As informações da filha foram fornecidas pela nora Lucia, a filha Maria e o filho Eurico.

A nora (Lúcia), de 40 anos, casada com o Eurico (40 anos, filho de D. Alba), não possui filhos, é a acompanhante durante esta internação. Refere ser diarista, mas no momento está desempregada, o que lhe propicia ficar com D. Alba no hospital. É a informante, pois D. Alba encontra-se torporosa e a filha Maria apresenta dificuldade em falar sobre a saúde da mãe. Luciano e Maria são gêmeos e têm 46 anos, o outro irmão morreu de “coração” tinha 45. Maria refere que é diarista e tem um *pit dog* que funciona no período noturno, mas que no momento não está funcionando. Lúcia refere que a cunhada não tem aberto o *pit dog* nos últimos meses. Informa que seu marido, Eurico, era caminhoneiro e que agora é motorista de ônibus. Relata que o Luciano também é caminhoneiro e o cunhado que morreu, era aposentado. D. Alba mora junto com a filha desde que ficou viúva, antes morava em Minas Novas - Goiás. Diz que há mais de 40 anos D. Alba é viúva. Lúcia relata que Eurico a ajudou a comprar a casa onde D. Alba mora e onde é o *pit dog*. Maria relata que o marido de D. Alba bebia muito e teve “derrame e morreu”.

Lúcia informa que o seu esposo Eurico foi o último dos filhos a sair de casa, antes morava com a mãe, a irmã e os sobrinhos.

Relata que as tarefas domésticas eram desempenhadas pela D. Alba (internada há 30 dias), como cozinhar, limpar a casa e ainda ajudava a filha (Maria) no *pit dog*. Maria atualmente tem desempenhado as tarefas domésticas, contudo, queixa cansaço e dificuldade em fazê-las, pois trabalha de diarista e ainda cuida da casa. Lúcia refere que a casa da cunhada está sempre suja por que tem três cachorros que permanecem dentro do domicílio, inclusive subindo nas camas, refere ser este o motivo da piora do estado de saúde de D. Alba, contribuindo para infecção das feridas que a mesma apresenta nas pernas. Comumente existe presença de urina e fezes dos cachorros no interior da casa, que exala odor desagradável.

Relata que foi a sogra que acostumou Maria dessa maneira. Refere ainda que as despesas de casa eram feitas pela D. Alba que é aposentada, mas que os dois filhos às vezes ajudavam nas despesas. Lúcia relata que a cunhada pouco ajuda nas despesas mesmo sendo diarista e tendo um *pit dog*. Refere que a Maria também pede ajuda financeira ao irmão Eurico que sempre que pode ajuda. Maria refere que está com dificuldades financeiras, pois não tem aberto o *pit dog* e nem recebido à aposentadoria da mãe o que dificulta à aquisição de dispositivos que a mãe tem precisado, tais como fraldas descartáveis. Lúcia diz que o esposo possuía um convênio de saúde no qual a mãe era sua dependente, mas que agora já não possui mais. Lúcia relata que a ajuda que ela dá a sogra não é financeiramente, mas que colabora nas tarefas domésticas e levá-la ao médico quando ela tem algum problema de saúde. Refere que sempre acompanhou D. Alba ao hospital em suas consultas e na hemodiálise, a qual ela começou a fazer antes da atual internação. Refere que ficar junto da sogra é o mínimo que ela pode fazer por uma pessoa que “já sofreu tanto” e principalmente devido ao fato de não saber “o que lhe reserva o amanhã”. Lúcia e Maria relatam que não foram comunicadas a respeito da alta da D. Alba da UTI, e que estão com dificuldades para acompanhá-la.

Relata que D. Alba sempre procura ajuda do filho Eurico quando está em dificuldades financeiras ou para se locomover. Relata ainda que existem muitas brigas na família e com isso muitas divisões, relata ainda que o seu marido Eurico não gosta de coisa errada e a irmã Maria gosta de coisa errada o que motiva os desentendimentos sendo que o Eurico geralmente recebe o apoio do irmão. Relata que o Eurico e a irmã não se dão muito bem. Lúcia relata que como a cunhada não tem a quem recorrer busca ajuda em sua pessoa. Refere que a cunhada Maria não consegue se entender com ninguém, pois briga com todo mundo. Relata ainda que quando D. Alba percebe situações de conflito entre os filhos lhes dá conselhos que não resolve muito. Lúcia relata que D. Alba não gosta de sair de casa não indo nem mesmo na casa dos filhos. Refere que quem mais conversa em sua família é a cunhada

“ela fala é isso e isso”. Diz que quem percebeu que D. Alba estava doente foi à sogra mesmo, solicitou ao filho Eurico que a levasse ao CAIS.

Lúcia diz que quando está cansada, desgastada e triste fala com Deus, com a mãe, a vizinha e o marido, e quando está feliz, fala com Deus e o marido. Informa que a sogra não tem parente aqui, só sobrinhos em Minas Gerais e São Paulo. Refere que em Goiânia ela só tem os filhos, mas os sobrinhos mantêm contato por telefone com a família. Relata que se alguém precisasse de D. Alba com certeza ela ajudaria, mas que a cunhada é diferente, gosta de receber ajuda, mas não gosta de ajudar ninguém. Refere que a cunhada (Maria) não gosta de cuidar da mãe e que percebe que a mesma “parece ter nojo da mãe”. Refere ainda que este comportamento já existia antes mesmo da internação, relembra episódio no qual a sogra estava doente, não conseguia se movimentar, nem mesmo para ir ao banheiro, e, ficou todo o tempo sem tomar banho, porque a sua filha não se dispôs a fazê-lo, referindo ter o “estômago fraco”, e que D. Alba só tomou banho quando ela (Lúcia) chegou. Diz que a cunhada está mais interessada na aposentadoria da sogra e que já tentou em ocasião anterior colocar a mãe no asilo. Informa que D. Alba passou por muitos momentos difíceis com a filha, mas não contava aos outros filhos por medo que eles a machucassem.

A vizinha que estava visitando D. Alba no hospital relata ter o costume de visitar a casa de D. Alba, conversam um pouco e ela vai embora. Mas refere que a visita não é retribuída pela D. Alba. A nora, Lúcia, refere que D. Alba não gosta de sair de casa nem mesmo para a igreja, principalmente, devido à dificuldade de locomoção. Lúcia afirma que D. Alba só vai à igreja quando o Eurico (filho) a busca de carro. E que a crença é um recurso porque os ajuda a olhar para frente e confiar para isso tem lido a bíblia ela e o esposo. Informa que D. Alba raramente ia ao posto de saúde se consultar, mas que o agente de saúde sempre os visitava e que o médico e enfermeiro só vão quando é agendada uma visita.

Lúcia define saúde como “é alimentar bem e ser saudável é alimentar bem comer o que a gente gosta e não o que a gente não gosta”. Diz que neste momento não tem nada de positivo na família e que a situação financeira influencia na família principalmente porque dificulta a aquisição de objetos necessários para melhorar de uma doença “vamos supor se ela voltar pra casa agora ela vai precisar de um balão de oxigênio! Como a gente vai comprar? Vai atrás do governo pra ele ajudar a comprar? Não tem dinheiro”.

Lúcia e Maria dizem não conhecer nenhuma associação que D. Alba pudesse participar, mas referem que se conhecessem a levariam desde que não fosse muito difícil o acesso, pois precisaria que o Eurico a levasse. Dizem que D. Alba gosta de ficar “quietinha” e durante o dia faz café e “cata arroz”. Lúcia diz que seu Eurico é a pessoa mais próxima da pessoa índice e que ela conta tudo a ele. Refere que a doença da sogra piorou depois que o cunhado morreu, pois segundo ela a sogra ficou depressiva.

Avaliação Desenvolvimental

Lúcia relata que tem passado 24 horas cuidando da D. Alba no ambiente hospitalar, o que refere ser cansativo “ambiente de hospital cansa muito.” Relata que gostaria que outras pessoas a ajudassem, pois precisa descansar e cuidar de sua casa. Contudo, afirma que se empenhará em ficar, enquanto estiver agüentando, pois acha que a sogra, que sempre cuidou, merece um cuidado especial nesse período que acha ser os seus últimos dias de vida. Relata que o fato de ficar todo o tempo no hospital não é confortável “queria que todos cooperassem, minha cunhada e minha sobrinha. Dizem que não dão conta de ficar aqui no hospital.” Diz que os outros membros da família não têm força de vontade. “Nós somos forte mesmo, agüentamos tudo coração pneumonia e dor na perna, as costas toda roxa, parece que levou uma surra, tem que estar preparada.” Relata que devido ao fato de D. Alba não estar em seu estado normal fica mais difícil lidar com ela, pois a mesma arranca a sonda nasogástrica, a

roupa, chuta... Diz que anteriormente D. Alba fazia de tudo, capinava e lavava a roupa, e que mesmo doente, ela lavava a roupa dela.

Avaliação Funcional

Na família a comunicação acontece com dificuldade. Lúcia refere que a cunhada é “uma pessoa muito complicada” referindo que a mesma não se relaciona bem com ninguém, até mesmo com os irmãos. D. Alba, segundo a nora e a vizinha (D. Maria recém chegada para a visita) é uma pessoa extremamente calada que não gosta de falar de seus problemas com ninguém. Refere que a cunhada tem mais facilidade para conversar sobre o que pensa, expondo seus sentimentos e que os outros são mais reservados. O que percebe como mais positivo neste momento é o fato de receberem atenção das pessoas no hospital principalmente do psicólogo e o que tem de ruim é a família, desunião. Diz que é importante a presença do familiar (filhos) no hospital porque “se a mãe fica com o filho nove meses na barriga porque quando precisa o filho não pode ficar?” Lúcia refere que D. Alba lhe chama pelo nome da Maria e fica extremamente nervosa ao achar que é a filha que está ali, em momentos de lucidez em que percebe ser a nora parece ficar mais tranqüila. Diz que só de falar no nome da filha a D. Alba entra em depressão. Desabafa “acho que como filha ela não deveria falar certas coisas pra mãe, penso que a Maria ta correndo atrás do dinheiro da mãe”.

Estes dados podem ser representados no genograma (figura 3) e ecomapa (figura 4). A partir dessas informações realizamos o processo diagnóstico (Quadro 5).

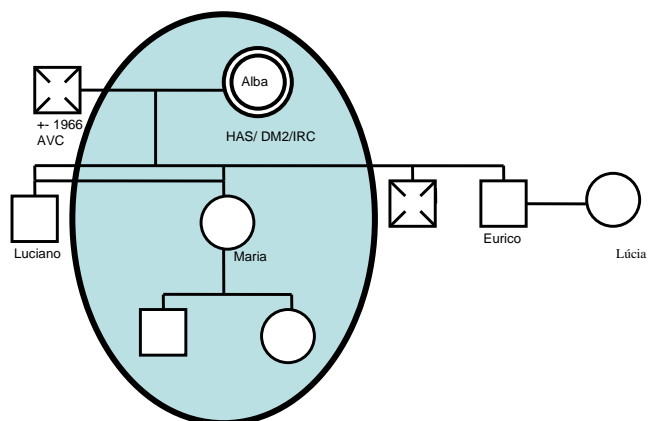


Figura 3 - Genograma da família Rubi

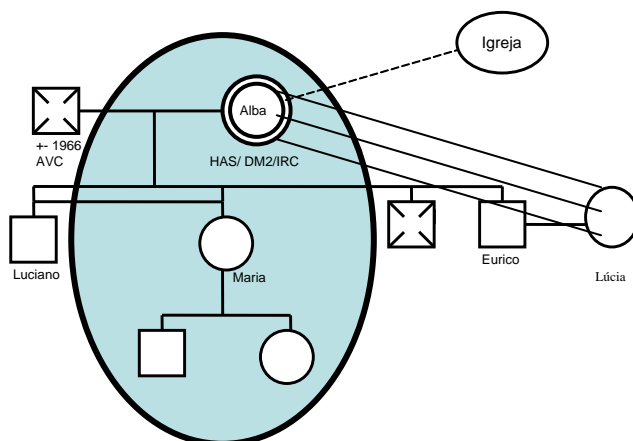


Figura 4 - Ecomapa da família Rubi

Quadro 3 – Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Rubi, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>1- Estrutura de papéis: Família composta por quatro pessoas; pessoa índice (mulher de 79 anos), sua filha Maria (46 anos), o neto 27 anos e a neta de 16 anos (filhos de Maria, um de cada companheiro, a mesma permanece solteira).</p> <p>Pessoa índice: D. Alba, mulher de 79 anos, teve quatro filhos: Maria e Luciano (gêmeos de 46 anos), Eurico, de 45 anos e Marcelo que faleceu aos 38 anos. Atualmente é viúva, o esposo faleceu a mais de 40 anos devido AVC. Admitida no Pronto Socorro com lesões infectadas em membros inferiores que evoluiu para septicemia, com agravamento da Insuficiência renal e Pneumonia hospitalar, sendo transferida para UTI. Após alta da UTI foi encaminhada para a clínica médica. Durante a internação D.Alba está confusa, contida no leito, com sonda nasogástrica e bastante edemaciada.</p> <p>Nora - Lúcia – mulher 40 anos, casada com o Eurico (filho de D. Alba), sem filhos. Refere ser diarista, mas no momento está desempregada o que lhe propicia ficar com D. Alba no hospital. Relata que tem passado 24 horas cuidando da mesma no ambiente hospitalar, o que refere ser cansativo “ambiente de hospital cansa muito.”.</p>	<p>ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.19-28</p> <p>MOTTA M. G. C O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (ORG) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.153-167</p>	<p>Estresse do cuidador</p>	<p>Falta de revezamento de cuidadores e rede de apoio.</p>	<p>1 - Tensão devida ao papel de cuidador relacionado a responsabilidades referentes às 24 horas de cuidado, gravidade da doença, aumento da necessidade de cuidados, imprevisibilidade do curso da doença, estado mental do idoso que inibe a conversação, história de disfunção familiar, ambiente físico inadequado para o cuidado, falta de apoio, <i>cuidador é mulher</i> evidenciado por apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor dos cuidados. Falta de tempo para atender às necessidades pessoais, conflito familiar.</p>

Continua...

Continuação - Quadro 3- Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Rubi, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>Relata que gostaria que outras pessoas a ajudassem, pois precisa descansar e cuidar de sua casa. Afirma que se empenhará em ficar, enquanto agüentar acha que a sogra, que sempre cuidou dos demais merece um cuidado especial nesse período, que “podem ser os seus últimos dias de vida”. Refere que a cunhada (Maria, filha de D. Alba) não gosta de cuidar da mãe e que percebe que a mesma “parece ter nojo da mãe”. Refere ainda que este comportamento já existia antes mesmo da internação, relembra episódio no qual a sogra estava doente, não conseguia se movimentar, nem mesmo para ir ao banheiro, e, ficou todo o tempo sem tomar banho, porque a sua filha não se dispôs a fazê-lo, referindo ter o “estomago fraco”, e que D. Alba só tomou banho quando ela (Lúcia) chegou. Fala que sempre acompanhou D. Alba ao hospital em suas consultas e na hemodiálise, a qual ela iniciou antes da atual internação. Acha que ficar junto da sogra é o mínimo que pode fazer por uma pessoa que “já sofreu tanto” e principalmente devido ao fato de não saber “o que lhe reserva o amanhã”. Lúcia e Maria relatam que não foram comunicadas a respeito da alta da D. Alba da UTI, e que estão com dificuldades para acompanhá-la.</p>	<p>FELÍCIO J L. As famílias de pacientes com doenças crônicas e graves: funcionamentos mais característicos. Rev. O mundo da saúde, v.27, n.3, p.426-31, 2003</p> <p>FRANCO M C; JORGE M S B. Sofrimento do familiar frente à hospitalização. IN: ELSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.169-181</p>	<p>Maternidade prejudicada</p>	<p>Falta de modelo de cuidar/ser cuidado</p>	<p>2-Enfrentamento familiar incapacitado relacionado a pessoa significativa com sentimentos cronicamente não-expressos de hostilidade, estilos de enfrentamento dissonantes para lidar com tarefas adaptativas, por parte da pessoa significativa evidenciado por agitação, rejeição, relacionamentos negligentes com outros membros da família, cuidado do cliente negligente quanto às necessidades humanas básicas e tratamento da doença, abandono.</p>

Continua...

Continuação - Quadro 3 – Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Rubi, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>Filha da pessoa índice: Maria 46 anos, solteira refere ter dois filhos um rapaz de 27 anos e uma moça de 16 anos, relata que os filhos são de pais diferentes, visto que nunca teve um companheiro fixo. Maria refere que não tem condições de permanecer junto da mãe e se Lúcia não ficar, ela deixará a mãe só. Relata dificuldade para cuidar da mãe devido ao fato de ser diarista e que fica muito cansada com seu trabalho; afirma ainda ter labirintite, o que lhe dificulta ficar com a mãe no hospital. Solicita a minha ajuda para intervir no sentido de deixar o filho (de 27 anos) ou o irmão (Eurico, marido de Lúcia) ficar no período noturno com a paciente (o hospital não permite acompanhantes de outro sexo que o do paciente). Com a nossa intervenção foi liberado o acompanhante do sexo oposto no período noturno. Lúcia fala que Maria está preocupada só em receber a aposentadoria da mãe, inclusive em ocasião anterior já tentou colocar D. Alba em instituição asilar. Lúcia relata que Maria gosta de receber ajuda, mas não gosta de ajudar ninguém. Lúcia refere que ela lhe chama pelo nome da Maria e fica extremamente nervosa ao achar que é a filha que está ali, em momentos de lucidez em que percebe ser a nora parece ficar mais tranqüila.</p>	<p>SIMONTON, S. M. A família e a cura – Método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: Summus, 1990.</p>			

Continua...

Continuação - Quadro 3 – Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Rubi, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>2- Manutenção do Lar</p> <p>Lúcia relata que as tarefas domésticas eram desempenhadas pela D. Alba (internada há 30 dias no HC), como cozinhar, limpar a casa e ainda ajudava a filha (Maria) no pit dog. Maria atualmente tem desempenhado as tarefas domésticas, contudo, queixa cansaço e dificuldade em fazê-las, pois trabalha de diarista e ainda cuida da casa. Lúcia refere que a casa da cunhada está sempre suja por que tem três cachorros que permanecem dentro do domicílio, inclusive subindo nas camas, refere ser este o motivo da piora do estado de saúde de D. Alba, contribuindo para infecção das feridas que a mesma apresenta nas pernas. Comumente existe presença de urina e fezes dos cachorros no interior da casa, que exala odor desagradável. Relata que foi a sogra que acostumou Maria dessa maneira. Fala ainda que as despesas domésticas eram feitas pela D. Alba, que é aposentada, mas que os dois filhos (Eurico e Luciano) às vezes ajudavam nas despesas principalmente medicamentos para D. Alba. Refere que Maria também pede ajuda financeira ao irmão Eurico, que sempre que pode ajuda. Maria refere que está em dificuldades financeiras, pois não tem aberto o pit dog e nem recebido à aposentadoria da mãe o que dificulta à aquisição de dispositivos que a mãe tem precisado, tais como fraldas descartáveis.</p> <p>Continua...</p>	<p>MINUCHIN, Salvador – Famílias: Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 25-69</p> <p>ALTHOFF, C R Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2004 p.29-41</p>	<p>Organização do lar insuficiente</p>	<p>Incapacidade dos membros de manter um ambiente seguro</p> <p>Contexto de adversidade na condição de saúde de membro significativo.</p>	<p>3- Manutenção do lar prejudicada relacionada à doença de membro da família, organização familiar insuficiente, finanças insuficientes evidenciado por membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa, odores ofensivos.</p>

Continuação - Quadro 3 – Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Rubi, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>Comunicação Na família a comunicação acontece com dificuldade. Lúcia refere que a cunhada é “uma pessoa muito complicada” referindo que a mesma não se relaciona bem com ninguém, até mesmo com os irmãos. D. Alba, segundo a nora e a vizinha (D. Maria recém chegada para a visita) é uma pessoa extremamente calada que não gosta de falar de seus problemas com ninguém. Lúcia afirma que D. Alba não gosta de contar seus problemas aos filhos, devido ter medo que eles agridam a filha Maria. Lúcia refere que Maria, por sua vez, mantém conversas com os irmãos quando precisa de algo, mas não se dispõe a ouvir quando os outros precisam.</p>	<p>BRASIL, Manual de vigilância epidemiológica Ministério da Saúde 2001.</p> <p>LITTLEJOHN, S. W. Teorias de comunicação em pequeno grupo - Fundamentos teóricos da comunicação humana, Rio de Janeiro, Zahar editores, 1988.</p> <p>ALTHOFF, C R Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.29-41</p>	<p>Risco para infecção e infestação</p> <p>Padrão de comunicação que não atende as necessidades interpessoais.</p>	<p>Exposição ambiental aumentada (convívio com urina e fezes de animais no interior do domicílio).</p> <p>Ambiente sócio-cultural que não favorece o desenvolvimento de habilidades interpessoais.</p>	<p>4-Risco para infecção relacionado à exposição ambiental aumentada</p> <p>5- Risco para infestação relacionado à exposição ambiental aumentada.</p> <p>6-Comunicação verbal da família prejudicada relacionada a barreiras psicológicas (falta de estímulo), evidenciado por <i>dificuldade para atingir o padrão esperado de comunicação interpessoal no contexto da família.</i></p>

Continua...

Continuação - Quadro 3 – Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Rubi, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>Socialização: Os moradores no domicílio da pessoa índice não têm costume de se relacionar com outras pessoas fora da esfera familiar. A vizinha que estava visitando D. Alba no hospital relata ter o costume de visitar a casa de D. Alba, conversam um pouco e ela vai embora. Mas refere que a visita não é retribuída pela D. Alba. A nora, Lúcia, refere que D. Alba não gosta de sair de casa nem mesmo para a igreja, principalmente devido à dificuldade de locomoção. Lúcia afirma que D. Alba só vai à igreja quando o Eurico (filho) a busca de carro.</p>	<p>WRIGHT, LM; LEAHEY, M. Enfermeiras e Famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rooca, 2002. Cap.3 Modelo Calgary de Avaliação da Família</p>	<p>Risco para interação social inadequada</p>	<p>Padrão restrito de desenvolvimento da socialização.</p>	<p>6-Risco para interação social prejudicada relacionado à mobilidade física limitada (membros da família), interação <i>escassa</i> com pessoas do mesmo grupo etário.</p>

Família 2 – Topázio

Avaliação Estrutural

A família referida pela pessoa índice é composta dela, Janaína, mulher de 26 anos portadora de cardiopatia, a irmã Kátia, de 24 anos que está como acompanhante durante toda a internação e o irmão Jason de 23 anos. Kátia relata que o pai faleceu há nove anos, devido seqüela de AVC. Afirma que a mãe os abandonou quando tinham 6, 4 e 3 anos respectivamente, após o AVC do pai, há 20 anos atrás. Informa lembrar-se de vários episódios em que o pai chegava alcoolizado em casa e batia na mãe, antes de ser acometido pelo AVC. O casal teve quatro filhos, sendo que o caçula morreu aos dois anos de idade por afogamento, durante uma inundação decorrente de um grande temporal. Na ocasião o pai estava sozinho, sequelado de AVC, com os dois filhos menores e conseguiu salvar apenas um deles. Em virtude da incapacidade do pai em cuidar dos filhos devido ao AVC e da saída da mãe do domicílio, as crianças foram encaminhadas separadamente para diferentes tios. Refere-se ao pai com carinho, falando que ele era “maravilhoso”. Viam o pai durante as férias escolares, duas vezes por ano. Janaina pondera que a atitude da mãe foi porque ela não se importava com eles. Refere que a saída da mãe de casa se deu quando o pai teve o primeiro episódio de AVC. Kátia relata que ela morava em Brasília, e que os outros dois moravam na mesma cidade, mas em casas diferentes. Refere que quando fez quinze anos conseguiu seu primeiro emprego e fez a proposta para os irmãos de irem morar juntos, o que aceitaram. Kátia relata que ficaram separados durante 10 anos e que já tem 10 anos que moram juntos. Janaina e Kátia referem que a mãe tem outra vida, morando no interior com outro esposo, mas refere que a mãe não tem outros filhos. Referem que consideram como se não tivessem mãe. “Ela tem outra vida, eu, Janaina e um irmão, essa é nossa família”.

Kátia refere que um amigo morou com eles durante uns três anos, mas que agora não está mais morando. Referem que o convidaram porque ele também não tinha família e que era um conhecido da época da adolescência.

Janaina relembra que o pai batia na mãe referindo se lembrar que eles brigavam muito. Relata que a mãe é “uma pessoa muito ruim pra mim”. Relata que o tio avisou para a mãe dela que ela iria fazer uma cirurgia e a mãe avisou que não podia deixar o marido dela sozinho. Relata que a lembrança que guarda da mãe é o gosto de sua comida. Refere acreditar que o motivo da saída da mãe de casa se deu devido ao pai ter tido “derrame”.

Kátia refere que sua tia (irmã do pai) a criou como uma filha porque tinha perdido uma filha na época. Refere que “ela transferiu o amor da filha pra mim”, mas que só hoje tem essa percepção. Relata que a idéia que tem de mãe é da tia, relata sentir-se grata à tia e ao esposo dela. Refere que durante esse período sentia muita falta dos seus irmãos. Com relação ao pai refere a ele como “um excelente pai”. Janaina refere que a tia que a criou, a tratava muito bem, mas que sentia muita saudade da mãe, pois “era muito apegada a ela, chorei muito quando ela foi embora”.

Janaina diz que foi casada uma vez, sendo que a relação durou três anos, a qual teve como fruto um filho, atualmente com sete anos, que mora com o pai. Relata ter uma filha de dois anos, fruto de namoro breve. A criança foi morar com os pais do ex-namorado de Janaína devido a complicações cardiovasculares no puerpério. Ela tem contato com os filhos regularmente, sempre solicitando aos cuidadores das crianças que as levem até ela, conversam por telefone frequentemente. Relata que sempre vê os filhos. Refere que não se dá muito bem com a mulher do pai de sua filha “é muito chata acho que porque eu sou nova e ela é velha”. Refere ter pouco contato com o pai de sua filha referindo que quando precisa resolver algum problema com relação à filha recorre aos avós da filha, pois são eles que cuidam dela.

Kátia refere ser auxiliar de laboratório e que trabalhava em uma farmácia de manipulação, mas que no momento está desempregada, pois teve que optar em trabalhar ou cuidar da irmã e ela optou por ficar com a irmã referindo ser essa uma obrigação sua. Está recebendo seguro-desemprego, referindo ser muito pouco e não cobrir as despesas domésticas. Refere que sua tia que criou a Janaina tem ajudado um pouco, mas refere não se sentir a vontade para pedir ajuda porque pensa ser esta uma obrigação sua como irmã e não da tia que já é idosa e que tem os seus afazeres.

Kátia também refere que possuem um círculo de amizade “muito boa” que sempre que podem lhes dão apoio, esses amigos segundo ela são as pessoas da vizinhança, onde moram há mais de seis anos. Diz que os vizinhos se preocupam com elas, designando-as carinhosamente por “as meninas”. Refere que recebem ajuda do tio (único irmão do pai) que criou o seu irmão e que as despesas de casa normalmente são divididas entre ela e o irmão, necessitando de cobrança de sua parte para que o irmão ajude financeiramente, referindo que a despesa maior ficava para ela. Kátia diz ser uma pessoa preocupada e que lhe incomoda o fato de não saber o que vai acontecer com a sua vida no “mês que vem e ano que vem”. Deste modo muitas vezes se sobrecarrega arcando com as despesas de casa sozinha. No momento que está desempregada está recebendo ajuda do tio que faz compras de mantimentos para eles e financeira do namorado que paga o aluguel e contas de água e luz. Refere ter dificuldades para aceitar ajuda principalmente do namorado que refere conhecer desde a época do falecimento do pai.

Janaina relata que as atividades de casa sempre foram desempenhadas por ela que preferia ficar em casa e cuidar da casa, lavar, passar e cozinhar, inclusive do irmão. Janaina refere que nunca trabalhou fora de casa, desempenhando todas as tarefas domésticas refere que gosta de fazê-las não se sentindo sobrecarregada por isso. No momento as tarefas domésticas estão sendo deixadas de lado porque Kátia tem permanecido todo o seu tempo no

hospital com a irmã. Kátia refere que às vezes consegue ir rapidamente a casa e “dar uma arrumada rápida” relata dificuldade em manter a casa arrumada principalmente porque o irmão não colabora no sentido de manter a limpeza do local. O irmão faz as refeições no seu trabalho.

Janaina refere que antes da internação tinha tentado trabalhar fora de casa em uma panificadora, mas que não conseguiu ficar no emprego muito tempo devido a episódios de “aceleração do coração”.

Janaina e Kátia concordam que quem tem mais facilidade para resolver os problemas da família é a Kátia. Relatam que o irmão pouco conversa com elas, ainda que “nunca sei quando meu irmão ta apaixonado”. Refere que o diálogo acontece mais fácil entre ela e a Janaina, mas que não costumam falar sobre sentimentos entre si. Kátia refere que conversa mais com o seu namorado. Janaina relata que prefere conversar com uma amiga, a qual tem liberdade de falar sobre seus problemas. Janaina e Kátia referem que o irmão pouco conversa em casa, mas que o mesmo possui amigos do seu trabalho. Referem que no momento o irmão não tem namorada. Janaina refere-se como alguém que não gosta muito de conversar. Kátia refere que o irmão conversa um pouco com a Janaina referindo ser porque a Janaina faz tudo para lhe agradar. Diz, ainda, que quando acontecem desentendimentos em sua família, geralmente, ela e Janaina se juntam.

Avaliação Desenvolvimental

Kátia refere estar ficando 24h com a irmã no hospital referindo não ter mais ninguém que fique em seu lugar e que ela confie “eu não dividiria o tempo pra ficar com ela com ninguém, fico preocupada” Refere que só dividiria com alguém que confiasse.

Kátia relata que a época de sua vida que relembra com saudade é a época em que morava com seu pai, pois o mesmo era muito atencioso “me dava atenção, batia papo, contava

historias”, entre 10 e 12 anos. Outra época que gosta de lembrar foi quando começou a trabalhar, pois “o pessoal do meu trabalho todos gostavam de mim, acabaram se envolvendo por saber da minha história e me adotaram”. Diz que a morte do pai e do irmão foram situações que mais lhe trouxeram tristeza, “minha família foi desmontada”. Refere que a sua perspectiva de vida é que sua família seja reconstruída “porque morrer eu não posso mais. Agora é montar com o que restou, agora só é nos três”. Kátia diz que quando tem dúvidas sobre saúde, costuma perguntar à mãe de uma amiga que é enfermeira. Diz que sua vida mudou com a doença. Janaina relata sentir falta de sua filha.

Dizem-se satisfeitas com o atendimento de saúde que estão recebendo e que “se percebe que tem uma atenção voltada, a gente fica sabendo o que está acontecendo, eles esclarecem as dúvidas. Já estamos até amigos das pessoas que trabalham aqui.” Refere que está cansada, não tem dormido a noite devido ao desconforto das acomodações (dispõe de uma cadeira comum para passar a noite) relatando a necessidade de procurar ajuda psicológica após a alta da irmã, pois se sente emocionalmente abalada, pelo sofrimento que presenciou por parte da irmã e pelos demais pacientes da enfermaria e a frequência de óbitos que acompanhou. Sente falta de sair para passear com o namorado, que tem vindo à área externa do hospital, onde Kátia desce para encontrá-lo durante alguns minutos no final da tarde.

Kátia refere que toda pessoa precisa de um familiar acompanhando-o na internação “é importante pra reabilitar, fica triste”. Diz que no caso de sua família que é pequena quando tem alguém doente há uma mobilização de todos os membros. Informa que possuem outros irmãos de outros casamentos de seu pai, oito filhos do primeiro casamento, seis do segundo casamento, mas que não tem contato com eles, apenas com um irmão que informa ser “ele é bem legal, não fala mal de ninguém. Ele é um cara que gostaria de vê-lo com mais frequência.”.

Kátia informa ter tido medo de se tornar uma pessoa ruim, uma criminosa por que foi criada sem mãe e pai. Diz que permanece muito tempo pensando sobre essas coisas e que fica com medo de ficar com problemas mentais. Refere que se suas condições financeiras fossem melhores faria terapia psicológica. Principalmente neste momento em que se classifica como “muito fragilizada com a situação.” Relata saber que a irmã está bem agora, mas que tudo lhe é novo, difícil, principalmente quando vê pacientes da mesma enfermaria que sua irmã ir a óbito.

Quanto à escolaridade, Janaina refere ter cursado até a 7ª série porque estava grávida e o irmão parou os estudos na 8ª série.

Kátia informa não participarem de nenhuma associação. Define saúde como: “é tudo para mim, por exemplo, como é que você tem vida social doente? Como é que você tem paz doente? Uma vida profissional doente? Não tem como. Saúde é primordial é tudo... pra mim Janaina é tudo. E ser saudável é não ter nem um problema físico, nem emocional, cardíaco, é chegar em casa e não ter nenhum problema pra dormir”.

Janaina e Kátia dizem que a situação financeira influencia na saúde referindo que se tivessem melhores condições financeiras o tratamento de Janaina seria melhor “em um hospital particular, não teria os incômodos que existem aqui. Relata não ter como reclamar, pois lhe falta conforto como acompanhante, ficando sentada em cadeira dura “fico sentada nessa cadeira dura aqui, um horror”. Tem dia que almoço tem dia que não...”.

Kátia refere que freqüentava a igreja Fonte da Vida, mas na época que estava fazendo o curso técnico de enfermagem e deixou de ir por falta de tempo. Janaina refere-se como católica carismática e o irmão raramente vai à igreja católica. Diz que a fé é importante e que tanto ela, quanto Janaina tem lido mais a bíblia e “tenho deixado de ouvir o forró eu gosto de forrozinho estamos ouvindo orações por interseção”.

Avaliação Funcional

Refere que, após entrevista anterior com a pesquisadora, procurou o irmão para conversar sobre a convivência dos mesmos dizendo-lhe sobre a importância da união e responsabilidade se disposto a ter um comportamento melhor. Relatando que normalmente grita, fala mal e que a Janaina fica brava e não conversa com ninguém, é o mais calmo só se alterando em situações extremas, mas que normalmente é “brincalhão”.

Diz que a doença de Janaina os fez aproximar mais, principalmente ela e Janaina: “não tinha vida sem a Janaina, às vezes nos envolvemos com outras pessoas e nos esquecemos das pessoas mais importantes”. Refere que quando Janaina foi para a cirurgia ela permaneceu na porta do centro cirúrgico chorando. Janaina diz que antes da cirurgia pensou em sua irmã e em seus filhos e ficou com medo de morrer. Janaina refere ter medo de se movimentar relatando que sua vida não será mais a mesma.

Estes dados podem ser representados no genograma (figura 5) e ecomapa (figura 6).

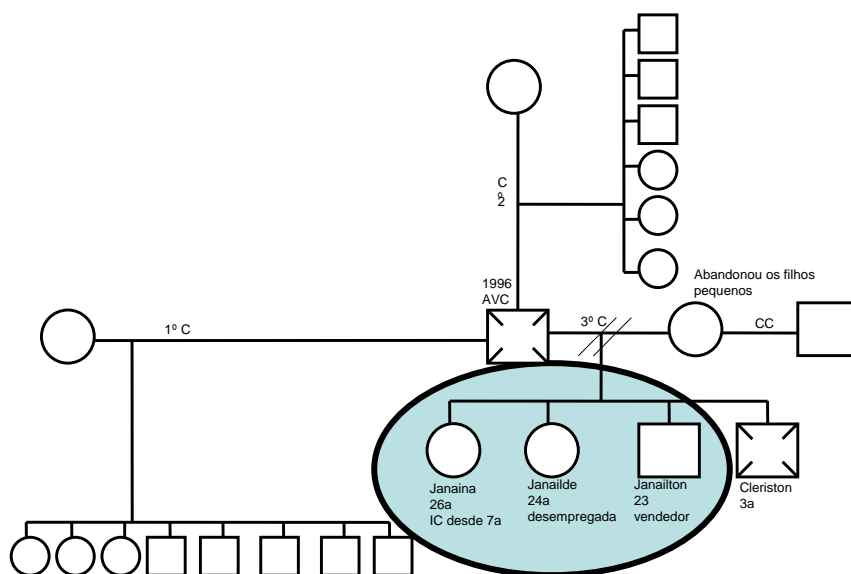


Figura 5 - Genograma da família Topázio

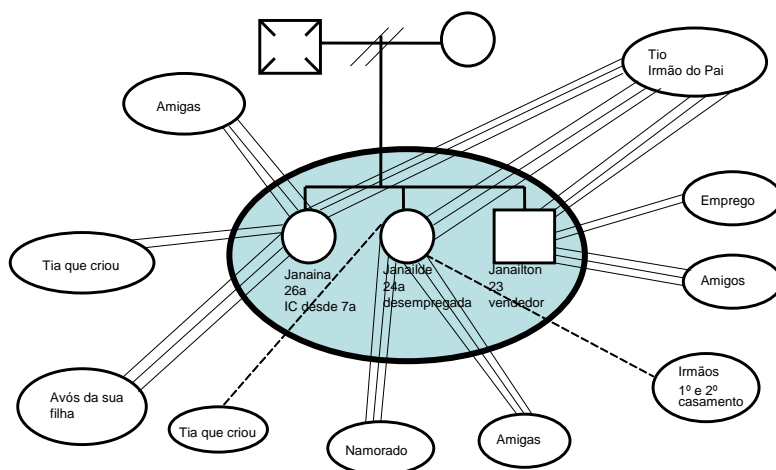


Figura 6 - Ecomapa da família Topázio

A partir dessas informações realizamos o processo diagnóstico (Quadro 6).

Quadro 4 - Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Topázio, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>Estrutura de papéis: Família composta por Janaina, (pessoa índice, sexo feminino, 26 anos), sua irmã Kátia (24 anos) e o irmão Jason (23 anos) que moram na mesma casa. Pessoa índice: Janaina, mulher de 26 anos, está solteira, mas foi casada uma vez, sendo que a relação durou três anos, a qual teve como fruto um filho, atualmente com sete anos, que mora com o pai. Relata ter uma filha de dois anos, fruto de namoro breve. A criança foi morar com os pais do ex-namorado devido a Janaina ter apresentado complicações cardiovasculares no puerpério. Ela tem contato com os filhos regularmente, sempre solicitando aos cuidadores das crianças que as levem até ela, conversam por telefone frequentemente. A paciente refere não possuir pais, apesar de a mãe estar viva. Afirma que a mãe os abandonou quando tinham 6, 4 e 3 anos respectivamente, após o AVC do pai, há 20 anos atrás. Informa lembrar-se de vários episódios em que o pai chegava alcoolizado em casa e batia na mãe, antes de ser acometido pelo AVC. O casal teve quatro filhos, sendo que o caçula morreu aos dois anos de idade por afogamento, durante uma inundação decorrente de um grande temporal, no qual o pai estava sozinho, sequelado de AVC, com os dois filhos menores e conseguiu salvar apenas um deles. Em virtude da incapacidade do pai em cuidar dos filhos devido ao AVC e da saída da mãe do domicílio, as crianças foram encaminhadas separadamente para diferentes tios. Refere-se ao pai com carinho, falando que ele era “maravilhoso”. Viam o pai durante as</p>	<p>SIMONTON, S. M. A família e a cura – Método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: Summus, 1990.</p> <p>SOUZA, A I J. Cuidando de famílias: identificando ações de cuidado e não-cuidado nos familiares. In: ELSSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.313-325</p>	<p>Família desestruturada</p>	<p>Alteração do estado de saúde de membro da família</p>	<p>1- Processos familiares interrompidos relacionados alteração do estado de saúde de um membro da família evidenciado por mudanças nas tarefas designadas, na participação na resolução de problemas, na participação na tomada de decisões.</p> <p>2- Paternidade e maternidade prejudicadas relacionadas a conflito matrimonial, falta de valor da maternidade, arranjos impróprios para o cuidado da criança, presença de estresse, incapacidade <i>dos pais</i> de colocar as necessidades da criança a frente das suas próprias evidenciado por <i>déficit de interação pais-filhos</i>, falta de vínculo com a criança, abandono (por parte da mãe).</p>

Continua...

Continuação Quadro 4 - Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Topázio, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>férias escolares, duas vezes por ano. O pai faleceu há 10 anos como consequência de novo AVC. Ao completar 14 anos, Kátia conseguiu arrumar emprego e teve condições de montar a sua própria casa e convidar os irmãos para morar com ela (nessa época o pai ainda era vivo e morava sozinho). Janaina e Kátia relatam indiferença com relação à mãe que nunca os procurou em nenhum momento, mesmo agora, na ocasião da cirurgia cardíaca de Janaina, ao ser avisada não manteve nenhum tipo de contato com os filhos. Janaina refere que nunca trabalhou fora de casa, desempenhando todas as tarefas domésticas refere que gosta de fazê-las não se sentindo sobrecarregada por isso. Na atual internação está acompanhada da irmã Kátia. Janaina refere ter medo de se movimentar relatando que sua vida não será mais a mesma.</p> <p>Irmã da pessoa índice: Kátia, mulher, 24 anos, solteira. Permanece como única acompanhante da irmã há um mês. Informa que abandonou o emprego de auxiliar de laboratório para ficar com a irmã no hospital, sente que é sua obrigação. Embora haja outros cuidadores potenciais na família extensa, Kátia acredita é ela quem melhor cuida da irmã, não confia no momento em ninguém para substituí-la. Com relação à saúde de Janaina, Kátia relata medo de que a irmã morra, referindo que não consegue ver sua vida sem sua irmã “ela é a minha vida”.</p> <p>Refere que está cansada, não tem dormido a noite devido ao desconforto das acomodações (dispõe de uma cadeira comum para passar a noite) relatando a necessidade de procurar ajuda psicológica após alta da irmã, pois se sente emocionalmente abalada,</p>	<p>ELSEN I. Cuidado familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.19-28</p>	<p>Estresse do cuidador</p>	<p>A intensidade do tempo dedicado ao cuidado, falta de revezamento de cuidadores</p>	<p>3 - Tensão devida ao papel de cuidador relacionado responsabilidades referentes às 24 horas de cuidado, ambiente físico inadequado para o cuidado, falta de apoio (adequado), <i>cuidador é mulher</i> evidenciado por sono perturbado, frustração por falta de tempo para atender às necessidades pessoais, <i>insatisfação com o nível das atividades de lazer.</i></p>

Continua....

Continuação Quadro 4 - Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Topázio, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>pele sofrimento que presenciou por parte da irmã e pelos demais pacientes da enfermaria e a frequência de óbitos que acompanhou. Sente falta de sair para passear com o namorado, que tem vindo a área externa do hospital, onde Kátia desce para encontrá-lo durante alguns minutos no final da tarde. No momento, enquanto Janaina está internada nos períodos de visita, Kátia se desloca rapidamente ao domicílio para cuidar das tarefas domésticas. Não gosta deste tipo de atividades, mas conforma-se em executá-las frente à necessidade. Manifesta insatisfação frente à falta de colaboração do irmão nesse sentido.</p> <p>Irmão da pessoa índice: Jason 23 anos, solteiro vendedor em loja de som automotivo. Janaina e Kátia referem que o mesmo pouco conversa com as duas é “mais na dele”. Referem que o irmão tem mais contato com os amigos do trabalho do que com elas. Na internação de Janaina, as irmãs referem que Jason pouco tem vindo visitá-la alegando que nada pode fazer. Kátia refere que o irmão não ajuda espontaneamente nas despesas domésticas, precisa que a mesma cobre dele. Refere também que ele não ajuda em nada nas tarefas domésticas, e ainda desarruma o que estava arrumado. Janaina refere que ela sempre cuidou das roupas do irmão, de sua alimentação, da arrumação de seus objetos, relatando não se importar com isso.</p>	<p>ALTHOFF. C R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.29-41</p>			

Continua...

Continuação Quadro 4 - Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Topázio, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>2- Manutenção do Lar Kátia relata que as tarefas domésticas eram desempenhadas pela Janaina (internada há 30 dias no HC), como cozinhar, limpar a casa. No momento Kátia que acompanha Janaina é quem está responsável pelas tarefas domésticas. Refere que recebem ajuda do tio (único irmão do pai) que criou o seu irmão e que as despesas de casa normalmente são feitas por ela com do irmão, necessitando de cobrança de sua parte para que o irmão ajude financeiramente, referindo que a despesa maior ficava para ela. Refere ser uma pessoa preocupada e que lhe incomoda o fato de não saber o que vai acontecer com a sua vida no “mês que vem e ano que vem”. Deste modo muitas vezes se sobrecarrega arcando com as despesas de casa sozinha. Relata que precisou largar o emprego de auxiliar de laboratório para cuidar da irmã e está recebendo seguro-desemprego, referindo ser muito pouco e não cobrir as despesas domésticas. No momento que está desempregada está recebendo ajuda do tio que faz compras de mantimentos para eles e do namorado que paga o aluguel e contas de água e luz. Refere ter dificuldades para aceitar ajuda principalmente do namorado que refere conhecer desde a época do falecimento do pai, mas que namoram há um ano.</p>	<p>SOUZA, A I J. Cuidando de famílias: identificando ações de cuidado e não-cuidado nos familiares. In: ELSSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.313-325</p> <p>SILVA, LF <i>et al.</i> Doença crônica: o enfrentamento pela família. Acta Paulista Enf., São Paulo, v.15, n.1, p. 40-47, 2002.</p> <p>RIBEIRO, R R N. A família enfrentando a doença grave da criança. In: ELSSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.183 -197</p>	<p>Dificuldade de manter o lar</p>	<p>Adoecimento de um membro da família, recursos insuficientes (finanças).</p>	<p>4- Manutenção do lar prejudicada relacionada à doença de membro da família, organização familiar insuficiente, finanças insuficientes evidenciado por membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável, descrevem crise financeira, pedem ajuda para a manutenção da casa, membros da família sobrecarregados.</p>

Continua...

Continuação Quadro 4 - Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Topázio, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>Comunicação Na família a comunicação acontece com dificuldade principalmente com relação à expressão de sentimentos. Kátia refere que o seu irmão pouco conversa com elas. Refere que o dialogo acontece mais fácil entre ela e a Janaina, mas que não costumam falar sobre sentimentos entre si. Kátia refere que conversa mais com o seu namorado. Janaina relata que prefere conversar com uma amiga, a qual tem liberdade de falar sobre seus problemas. Janaina e Kátia referem que o irmão pouco conversa em casa, mas que o mesmo possui amigos do seu trabalho. Referem que no momento o irmão não tem namorada. Janaina refere que em sua família quem tem comunicação clara é a Kátia, referindo-se como alguém que não gosta muito de conversar. Kátia refere que o irmão conversa um pouco com a Janaina referindo ser porque a Janaina faz tudo para lhe agradecer.</p>	<p>LITTLEJOHN, S. W. Teorias de comunicação em pequeno grupo - Fundamentos teóricos da comunicação humana, Rio de Janeiro, Zahar editores, 1988.</p> <p>ALTHOFF, C R Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSER, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.29-41</p>	<p>Padrão de comunicação que não atende as necessidades interpessoais.</p>	<p>Falta de oportunidade para estabelecimento de vínculos no processo de crescimento e desenvolvimento.</p>	<p>5-Comunicação verbal da família prejudicada relacionada a barreiras psicológicas (falta de estímulo), evidenciado por <i>dificuldade para atingir o padrão esperado de comunicação interpessoal no contexto da família.</i></p>

Continua...

Continuação Quadro 4 - Processo diagnóstico - fase de síntese - realizado junto à família Topázio, com respectivos diagnósticos da NANDA. Goiânia, 2006.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relações	Diagnóstico de Enfermagem
<p>Socialização: É uma família de três irmãos que voltaram a viver juntos nos últimos dez anos depois de uma separação também de dez anos. Todos os membros referem que possuem uma rede de amigos bem grande incluindo os vizinhos. Acreditam que isto decorre do fato de morarem há mais de seis anos no mesmo local. Kátia refere que os vizinhos se preocupam com elas, designando-as carinhosamente por “as meninas”. Os mesmos ajudam como podem e, sendo Kátia, só não se dedicam mais “pois cada um tem suas obrigações”. Kátia geralmente gosta de sair com o namorado, Janaina, quando está bem, gosta de frequentar boates, Jason gosta de sair com os amigos.</p>	<p>WRIGHT, LM; LEAHEY, M. Enfermeiras e Famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rooca, 2002. (Cap.3).</p> <p>ELSEN I. Cuidado familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. p. 43 - 63. Maringá: EDUEM, 2004 p.19-28</p>	<p>Processo de socialização da família satisfatório</p>		

5.3 Diagnósticos de Enfermagem identificados nas famílias em situação de acompanhamento hospitalar

Foram encontradas, nas 12 (doze) famílias incluídas no estudo, 12 (doze) categorias diagnósticas diferentes, destacando-se o domínio psicossocial, em especial a classe de papéis/relacionamentos (Quadro 7). Esse domínio está relacionado à categoria denominada funcional do Modelo Calgary. Podemos observar que também foram identificados diagnósticos do domínio fisiológico e ambiental, embora a maioria dos diagnósticos destes domínios seja identificado na NANDA como fenômenos que aparecem comumente em indivíduos ou comunidades.

Quadro 5 – Distribuição dos 12 diagnósticos de enfermagem identificados nas famílias (N=12), de acordo com os domínios da NANDA. 2006.

Domínios	Classe	Diagnósticos de Enfermagem
Domínio Psicossocial	Papéis/relacionamentos	Tensão do papel de cuidador Processos familiares disfuncionais: alcoolismo Paternidade prejudicada <i>Risco para</i> interação social prejudicada Paternidade e maternidade prejudicada Processos familiares interrompidos Interação social prejudicada
	Comunicação	Comunicação verbal <i>da família</i> prejudicada
	Enfrentamento	Enfrentamento familiar incapacitado
Domínio Fisiológico	Física	Risco para infecção <i>da família</i> <i>Risco para infestação da família</i>
Domínio Ambiental	Controle de riscos	Manutenção do lar prejudicada

Na tabela 1 podemos observar que três famílias apresentam fragilidades nos vínculos com a família extensa e sistemas mais amplos, resultando no diagnóstico de interação social prejudicada. Outras duas famílias experimentarão interações insuficientes se os fatores de risco não forem minimizados ou resolvidos. Na categoria de desenvolvimento foi observada a presença de quatro diagnósticos e na funcional seis diagnósticos.

Tabela 1 – Diagnósticos de enfermagem identificados nas famílias (N =12) e as categorias de avaliação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção. Goiânia (GO), 2006.

DE (Título)	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	Total	%
ESTRUTURAL														
Interação social prejudicada			x					x				x	03	25
<i>Risco para</i> interação social prejudicada				x	x								02	16,6
													05	
DESENVOLVIMENTO														
Processos familiares interrompidos	x	x		x		x	x	x	x		x		08	66
Paternidade prejudicada		x						x					02	16,6
Paternidade e maternidade prejudicada						x							01	8,3
Processos familiares disfuncionais: Alcoolismo						x							01	8,3
													07	
FUNCIONAL														
Tensão do papel de cuidador	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12	100
Comunicação verbal da família prejudicada	x		x		x	x	x	x		x	x	x	09	75
Manutenção do lar prejudicado	x		x	x	x	x	x			x	x		08	66
Enfrentamento familiar incapacitado					x								01	8,3
Risco para infecção					x								01	8,3
<i>Risco para</i> infestação					x								01	8,3
Total	04	03	04	04	07	06	05	04	02	03	04	03	49	

Obteve-se a média de 4,1 diagnósticos por família, sendo que uma família obteve 07 (sete) diagnósticos, e outra 02 (dois). Dos diagnósticos identificados, 75% são classificados como diagnóstico real, mostrando o quanto essas famílias estão vulneráveis.

Embora a família sofra imensamente com o adoecimento de um de seus membros, é esperado dela que tenha forças estruturais para conter-se e apoiar o familiar doente. Felício (2003) afirma que a maioria das famílias acaba respondendo bem a essa nova contingência, mas observam-se reações familiares não cooperativas, referindo que na maioria das famílias que assim reagem, provavelmente, já eram gravemente deterioradas antes do adoecimento orgânico do familiar. Percebe-se nessa visão, que o adoecimento pode acirrar dificuldades relacionais que já estavam sendo fracamente contornadas. Para Henckemaier (2004) a internação hospitalar afeta a organização e a vida cotidiana da família em maior ou menor grau, exigindo da enfermagem sensibilidade para identificar quando seus membros requerem cuidados.

No presente estudo os DE mais freqüentes foram: Tensão devido ao papel de cuidador (100% das famílias); Comunicação verbal prejudicada, presente em 75% das famílias, Manutenção do lar prejudicada e Processos familiares interrompidos, presentes em 66% das famílias.

Cada diagnóstico de enfermagem encontrado foi analisado detalhadamente, sendo considerado os fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras.

Para o diagnóstico de Tensão do papel de cuidador, que é definido pela NANDA (2006) como “dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família” (p.174) conforme pode ser visto na Tabela 2, dos 44 fatores relacionados para o DE, foram encontrados 15 nas famílias participantes, sendo os mais freqüentes: Responsabilidades referentes às 24 horas de cuidado (100%); *Cuidador é mulher* (100%); falta de apoio (adequado) para 83,3%; Ambiente físico inadequado para o cuidado em 83,3% dos casos;

Imprevisibilidade da situação de cuidados (50%) e Imprevisibilidade do curso da doença (50%).

Tabela 2 – Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **tensão do papel de cuidador** (n =12). Goiânia (GO). 2006

Fator relacionado	N	%	Característica definidora	n	%
<i>Cuidador é mulher^d</i>	12	100	Sono perturbado	08	66,6
Responsabilidades referentes às 24 horas de cuidado	12	100	Frustração por falta de tempo para atender as necessidades pessoais	06	50
Falta de apoio (adequado)	10	83,3	Mudanças nas atividades de lazer	02	16,6
Ambiente físico inadequado para o cuidado	10	83,3	Preocupação com relação aos membros da família	02	16,6
Imprevisibilidade da situação de cuidados	06	50	Falta de tempo para atender as necessidades pessoais	02	16,6
Aumento da necessidade de cuidados/dependência,	05	41,6	Conflito familiar	02	16,6
Recreação insuficiente	03	25	<i>Insatisfação com o nível das</i> atividades de lazer	02	16,6
Gravidade da doença	03	25	Estresse	02	16,6
Recursos familiares insuficientes	02	16,6	Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor dos cuidados	01	8,3
Recursos financeiros insuficientes,	02	16,6	Agitação	01	8,3
Falta de conhecimentos sobre os recursos da comunidade	02	16,6	Rejeição	01	8,3
			Afastamento da vida social	01	8,3
Alta hospitalar de membro da família para casa com necessidades significativas de cuidados	02	16,6	Hipertensão	01	8,3
Cronicidade da doença	02				
Historia de disfunção familiar	02		Sentimento de depressão	01	8,3
Estado mental do idoso que inibe a conversação	01		Preocupação com a rotina de cuidados	01	8,3

A maioria das mulheres que participou desta pesquisa e que se configurava em cuidadoras dos familiares hospitalizados reclamava da pouca ajuda dos demais membros da família e dos amigos. Isabel, da família Jaspe, que é composta de dois membros, refere ser a única pessoa a cuidar do marido, desde que o mesmo teve AVC.

Por outro lado, este fato parece estar relacionado também a relutância do cuidador em solicitar ou aceitar ajuda. Kátia da família Topázio, que é composta por três irmãos, refere estar ficando 24h com a irmã no hospital e que não tem uma pessoa de sua confiança para ficar em seu lugar “eu não dividiria o tempo pra ficar com ela com ninguém, fico preocupada”. Bocchi e Ângela (2006) referem que isso parece ser um enigma quando os cuidadores parecem ser resistentes até mesmo em aceitarem o auxílio de outras pessoas para o cuidado.

Essa atitude pode estar relacionada a várias causas como medo de que esse ato represente sinal de fracasso ou inadequação; medo e ansiedade em abandonar o paciente em casa, sem atendimento, tornando-se susceptível ao agravamento da doença; medo que a pessoa morra ou ainda a super proteção e excessos de cuidados, na tentativa de minimizar sentimentos de culpa pelas ações ou negligências.

Grandi (1998) cita que é a mulher, geralmente, o principal cuidador, por estar associada historicamente à responsabilidade pelos cuidados na família. Cereser (2004), em seus estudos, descreve que de forma unânime a mulher desempenha o papel de cuidadora em sua família. A mulher cuida do marido, filhos e outros familiares, principalmente em situações de doenças. Torna-se difícil determinar ou diferenciar quais são as ações da mãe das de dona de casa. Essas funções são caracterizadas como femininas, estão muito interligadas. Esses cuidados que são desenvolvidos pelas mulheres se constitui um

^d Categorias diagnósticas, fatores relacionados, características definidoras ou fatores de risco em itálico referem-se a acréscimos realizados na proposta original da NANDA (2006), no âmbito do presente estudo

aprendizado adquirido pela imposição sócio-cultural, que não é questionada pelas mulheres ou pelas famílias, sendo simplesmente desempenhadas. Como esse papel não foi escolhido pelas mulheres, mas sim aprendido e aceito, ele é fonte de sofrimento, desprazer e conformismo, o que prejudica a ação de cuidado.

O acompanhante, durante sua permanência no hospital, desenvolve uma série de sentimentos e experiências que envolvem expectativas, ansiedade, preocupações, incertezas e receios. A decisão de acompanhar um familiar que se hospitaliza constitui motivo de grande expectativa em torno da situação, principalmente em relação ao ambiente hospitalar. Alguns autores (FRANCO; JORGE, MOTTA, 2004) referem ao ambiente hospitalar (enfermarias) como um local sem condições de alojamento adequado, tendo o familiar que se acomodar em cadeiras simples, sem nenhuma condição de conforto para o descanso após longas jornadas de atividades de cuidado. A submissão a essas condições também está condicionada à noção de que o cuidado com a pessoa adoecida, independente da idade, é de responsabilidade da família. Nesse sentido as autoras declaram que (FRANCO; JORGE, MOTTA, 2004) a questão afetiva e a constatação de que a assistência oferecida é precária, levam o acompanhante a colaborar com a equipe e com o paciente no sentido da execução dos cuidados relativos à higiene individual, alimentação, exercícios e repouso, além da promoção de seu conforto e bem-estar. Dessa maneira a família deve ser mantida como foco das atenções, recebendo o apoio necessário para que se mantenha saudável, e ao mesmo tempo colaborar no processo de cuidar do membro adoecido.

Os cuidadores possuem atribuições nas 24 horas de sua permanência junto a pessoas hospitalizadas, muitas vezes em situação de imprevisibilidade do curso da doença e imprevisibilidade da situação de cuidado. Na família Diamante que é composta de dois membros a cuidadora que é a esposa da pessoa índice refere estar cansada, pois é a única cuidadora do esposo. Diz que após o adoecimento do esposo (AVC) passou a tomar conta

dele 24hs por dia, pois o mesmo é totalmente dependente para as AVDs. Refere ter necessidade de fazer suas “coisas”. Relata não poder sair sem se preocupar com o esposo e os cuidados com ele (medicações, alimentação, banho, entre outros).

O cuidador é o membro da família que fica mais exposto ao cansaço e estresse, pois ele precisa se preocupar com o membro adoecido e consigo mesmo. Diante percebemos que dar atenção para esse cuidador é papel fundamental da enfermagem.

Conforme pode ser visto na Tabela 3, o diagnóstico de Comunicação verbal *da família* prejudicada, definido pela NANDA (2006) como “habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos” (p. 54) foi encontrado em nove famílias. Dos 18 fatores relacionados, foram encontrados 05 nas famílias participantes, sendo mais freqüente as barreiras psicológicas (falta de estímulo), e característica definidora de maior prevalência, com 88,8%, foi a *dificuldade para atingir o padrão esperado de comunicação interpessoal no contexto da família*. Esta característica foi acrescentada em função de depoimentos como os de Kátia, da família Topázio. Esta participante nos revela que na sua família (três irmãos apenas) a comunicação acontece com dificuldade principalmente com relação à expressão de sentimentos. Kátia refere que o seu irmão pouco conversa com ela e a irmã (Janaina). Refere que o diálogo acontece mais fácil entre ela e a Janaina, mas que não costumam falar sobre sentimentos entre si. Kátia refere que conversa mais com o seu namorado. Janaina (pessoa em situação de internação hospitalar) relata que prefere conversar com uma amiga, a qual tem liberdade de falar sobre seus problemas. Janaina e Kátia referem que o irmão pouco conversa em casa, mas que o mesmo possui amigos do seu trabalho.

Tabela 3 – Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **comunicação verbal da família prejudicada** (n= 9). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%	Característica definidora	n	%
Barreiras psicológicas (falta de estímulo)	08	88,8	Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos	01	11,1
Condições emocionais	01	11,1	Dificuldade para compreender e manter o padrão usual de comunicação	01	11,1
Diferenças relacionadas à idade de desenvolvimento	01	11,1	<i>Dificuldade para atingir o padrão esperado de comunicação interpessoal no contexto da família.</i>	08	88,8
Defeito anatômico (auditivo)	01	11,1			
Barreiras culturais e psicológicas	01	11,1			

Pode-se caracterizar um grupo familiar como um “todo dinâmico” conforme Littlejohn (1988) onde uma mudança no estado de qualquer subparte modifica o estado de todas as outras. As relações familiares decorrem da interação entre seus membros. Essa interação é regida por regras que ditam seus comportamentos comunicativos.

Nas famílias participantes deste estudo, com diagnóstico de comunicação verbal da família prejudicada, as interações acontecem de forma superficial, principalmente devido à falta de comunicação efetiva, decorrente da falta de fluidez e transparência das mesmas. Percebemos que mesmo nas famílias onde seus membros referem relacionarem-se bem, existem alguns assuntos que não são discutidos, ou são colocados na dependência de surgir um momento propício, o que muitas vezes não acontece, e os assuntos ficam sem resolução.

Por outro lado, a comunicação pressupõe reciprocidade e em algumas famílias isso não ocorre como mostram os dados colhidos na família Rubi: Lúcia (nora de D.Alba, que está hospitalizada) refere que Maria (filha de D.Alba), mantém conversas com os irmãos quando precisa de algo, mas não se dispõe a ouvir quando os outros precisam.

Wright e Leahey (2002) referem que as famílias geralmente expressam um amplo espectro de emoções e sentimentos que vão de felicidade a tristeza e raiva ao passo que a família com dificuldades, como o adoecimento crônico de um membro, sempre discutem e raramente demonstram afeição. Littlejohn (1988) afirma que para sobreviverem, os grupos precisam propiciar um ótimo nível de satisfação a seus membros. Pensando deste modo, quanto mais coesa for à família, mais ela conseguirá ter uma comunicação eficaz e com isso coordenar seus recursos para cuidar do membro adoecido.

Estabelecer a comunicação entre os membros das famílias é a estratégia que deve buscar aproximar as pessoas. Conversar em família é algo imprescindível nas relações familiares. É o elo que fortalece ou enfraquece as famílias principalmente nos momentos de adoecimento.

O diagnóstico de enfermagem Processos familiares interrompidos, que é definido pela NANDA (2006), como “mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família” (p.120), foi identificado em 8 famílias, conforme mostrado na Tabela 4.

Dos 08 fatores relacionados foram encontrados 03, sendo o mais freqüente, o de alteração do estado de saúde de um membro da família, 87,5%; seguido de troca dos papéis na família, 62,5%. As características definidoras que mais apareceram foram mudanças na participação na resolução de problemas 87,5%, mudança na participação na tomada de decisão e mudanças nas tarefas designadas 62,5%.

Na família Jaspe que é composta de três membros (paciente, esposa e filha) após o adoecimento da pessoa índice sua esposa refere que os papéis em sua família mudaram, pois estão mais próximos. Informa que tem permanecido 24hs por dia cuidando do esposo, e que a filha Márcia tem lhe ajudado, ficando também com o pai, principalmente no período noturno. Diz que anteriormente a filha ajudava menos, pois estava trabalhando, mas agora que está

desempregada está ficando um período maior no hospital e assim ela pode descansar um pouco e tentar organizar a casa.

Tabela 4 - Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **processos familiares interrompidos** (n = 8). Goiânia (GO). 2006

Fator relacionado	n	%	Característica definidora	n	%
Alteração do estado de saúde de um membro da família	07	87,5	Mudanças na participação na resolução de problemas	07	87,5
Troca dos papéis na família	05	62,5	Mudanças nas tarefas designadas	05	62,5
Modificação nas finanças da família	01	12,5	Mudança na participação na tomada de decisão	05	62,5
			Mudanças nos padrões de comunicação	03	37,5
			Mudanças no apoio mútuo	02	25
			Mudanças nas alianças de poder	02	25
			Mudanças na disponibilidade para apoio emocional	02	25
			Mudanças nas tarefas designadas	02	25
			Expressão de conflito entre a família	01	12,5
			Mudança na disponibilidade para resposta afetiva e intimidade	01	12,5

Em todas as famílias, independente da sociedade, cada membro da família ocupa determinada posição, sendo orientado por papéis. Stanhope (1999) refere que estes papéis não são mais do que as expectativas de comportamento, de direitos e obrigações que estão associados a uma dada posição na família ou grupo social. Aos papéis atribuídos é ideal que exista flexibilidade assim como a possibilidade de troca ocasional desses papéis, por exemplo, quando um dos membros não possa desempenhar o seu papel, outro membro da família assumirá a posição.

Wright e Leahey (2002) referem que a mudança em um membro afeta todos na família. A família é capaz de gerar um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade como se estivesse em constante alteração. Essa família é capaz de, com a mudança de papéis, reorganizar-se ou reequilibrar-se de modo diferente do anterior. Normalmente, a família e seus membros individuais precisam ser auxiliados no sentido de deslocar de uma perspectiva linear da situação para uma visão de maior interação, mais recíproca, mais sistêmica.

Para conviver a família procuram estabelecer formas de poder e papéis que podem e devem ser mutáveis. Dessa forma a família pode compartilhar decisões e estratégias no sentido de preservar a unidade familiar.

Manutenção do lar prejudicada foi identificado em 8 famílias (Tabela 5). Este diagnóstico é definido pela NANDA (2006) como “incapacidade de manter de forma independente um ambiente imediato seguro e que promova o crescimento” (p.147). Dos 08 fatores relacionados presentes na NANDA foram identificados 05, sendo os mais frequentes a doença de membro da família, 100%; organização do lar insuficiente, 75%; finanças insuficientes, 62,5%; e as características definidoras mais significativas foram Membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável 62,5%; Membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa, 62,5%; Membro da família sobrecarregado (filha), 62,5%; e Descrição de crise financeira, 37,5%.

A manutenção do lar prejudicada está relacionada principalmente a doença do membro da família, que nos participantes resultou em processo de hospitalização. Neste contexto os outros membros da família precisam rever os papéis, fazendo com isso um rearranjo para resolver as suas necessidades, focando principalmente o cuidado ao membro adoecido. Em situações como essa a cuidadora deixa em um plano secundário os cuidados com a casa e com os demais membros da família, o que pode comprometer a manutenção do lar.

Tabela 5 - Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **manutenção do lar prejudicada** (n= 8). Goiânia (GO). 2006

Fator relacionado	f	%	Característica definidora	f	%
Doença de membros da família	08	100	Membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável	05	62,5
Organização familiar insuficiente	06	75	Membro da família sobrecarregado (filha)	05	62,5
Finanças insuficientes	05	62,5	Membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa	05	62,5
Sistema de apoio inadequado	03	37,5	Descrição de crise financeira	03	37,5
			Falta de ajudantes necessários	02	25
			Referencia a ambiente desordenado	01	12,5
Falta de recursos materiais	01	12,5	Odores ofensivos	01	12,5

Em nosso estudo, percebemos que em todas as famílias o cuidado é prestado pelas mulheres, que deixam de realizar as tarefas domésticas no período de acompanhamento hospitalar. Percebemos esse fato de modo evidente na família Esmeralda que é composta de três membros (pessoa índice, sua filha- 29 anos, e sua mãe -82 anos) afirma que sua família já esteve em situação financeira melhor, com isso tinham condição de manter pessoas para ajudar nas tarefas domésticas, as quais atualmente são desempenhadas por ela. Na internação do pai, não estão sendo realizadas por ninguém. Relata que trabalhava de secretaria em uma empresa, mas a avó ficou doente e não aceitou o cuidado de mais ninguém, sendo necessário sair do trabalho para cuidar da avó.

Goldner (1988 apud WRIGHT; LEAHEY, 2002) refere que o gênero é um princípio fundamental de todos os sistemas familiares, levando-se em conta que as tarefas domésticas e de cuidado são desempenhados na maioria das vezes pela figura feminina. As diferenças e sobrecarga de papéis podem ser fontes significativas de estresse familiar, verificando ainda uma participação tensa em famílias onde o doente crônico se tornou um membro indesejável, dominador e poderoso. É visível que as mulheres – esposas, mães e filhas nestas famílias – são as responsáveis pela proteção diária, 24 h por dia.

Outra dificuldade dos cuidadores na atenção aos pacientes e na manutenção do lar é a falta de dinheiro necessário para os gastos com remédios, alimentação específica e outros materiais para a manutenção da saúde da pessoa adoecida, exigindo adaptações no orçamento familiar e na alocação dos recursos financeiros.

Quando falamos de doenças crônicas não transmissíveis, essa realidade representa despesas contínuas passando a fazer parte do orçamento familiar. Essa situação complica quando a pessoa doente é a provedora da família ou o cuidador principal. As famílias estudadas sobreviviam com um salário mínimo, em grande parte advindo de aposentadoria. A família Diamante, que é composta de duas pessoas, sendo a pessoa índice o membro da família responsável pela manutenção do mesmo, após o seu adoecimento com insuficiência renal crônica, hipertensão e diabetes, precisou aposentar, o que não modificou seus rendimentos, mas aumentaram os gastos com medicamentos.

Para Bertolucci (2002) as doenças crônicas fazem com que se multipliquem os custos diretos com medicação e internações para a pessoa afetada, e os indiretos com os dias de trabalho perdidos pelo cuidador e o tratamento dos danos à saúde, produzidos por períodos de estresse e trabalho cansativo.

As mudanças no estilo de vida provocadas pela presença de uma doença muitas vezes estão associadas a alterações estruturais na dinâmica familiar. Como refere Silva et al (2002), arcar com despesas relacionadas ao tratamento medicamentoso, exames laboratoriais, deslocamento para unidades de saúde, entre outros, representa alterações orçamentárias para mais, pois a maioria dos brasileiros não possui recursos financeiros para cobri-las.

Além dos problemas relacionados ao cotidiano do cuidar as famílias de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis enfrentam as dificuldades financeiras, perdas familiares. Por isso, acreditamos que não apenas as dificuldades financeiras que limitam o

cuidado, mas uma gama de situações que precisam ser avaliadas pela enfermeira que assiste essa família.

O diagnóstico de Enfermagem de Interação social prejudicada, que é definido pela NANDA (2006) como “quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social” (p. 143) foi identificado em três famílias. Do total de 09 fatores relacionados foram identificados 05 conforme mostra a Tabela 6, o fator relacionado mais significativo foi o de ausência de pessoas do mesmo grupo etário, e Mobilidade física limitada, ambos com 66,6% de frequência, e a característica definidora mais proeminente foi o Relato familiar de mudança no padrão de interação, também com 66,6% de incidência.

Tabela 6 - Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **interação social prejudicada** (n = 03). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%	Característica definidora	n	%
Mobilidade física limitada	02	66,6	Relato familiar de mudança no padrão de interação	02	66,6
Ausência de pessoas do mesmo grupo etário	02	66,6	Interação <i>insuficiente</i> com pessoas do mesmo grupo etário	01	33,3
Barreira de comunicação (surdez)	01	33,3			
Isolamento terapêutico	01	33,3			
Processos de pensamento alterados	01	33,3			

A família atual, segundo Velho (1989), que aparentemente se apresenta como nuclear, na verdade está inserida em uma rede de relações entre as mais diversas formas de família, num complexo sistema de interdependência, que é de suma importância para a sobrevivência e equilíbrio da mesma, mesmo que esta rede pareça invisível. Essa rede é definida pela autora como a família extensa, amigos e vizinhos, podendo se revelar fortemente atuante em praticamente todos os momentos da vida, mas se torna primordial nos momentos de crise. Percebemos que essa rede se torna mais tênue à medida que a família do doente crônico necessita usá-la por muito tempo.

A interação social prejudicada ocorre como resultado do perfil sócio-econômico precário. As famílias referem sentir falta de contato com outras pessoas, como em atividades comunitárias, confraternizações ou reuniões familiares, principalmente quando o núcleo familiar é extenso. Às vezes a instituição religiosa é o único cenário para atividade de integração social.

Em nosso estudo percebemos a família Jaspe com um número reduzido de membros (03) que relacionam apenas com os membros de sua igreja. D. Isabel diz que não possuem muitos parentes e que os poucos que têm são bem afastados, tendo apenas uma cunhada do esposo (o marido dela era irmão do Sr. Pedro) é a mais próxima, mas também não é tão assim, pois ela já é idosa e tem dificuldade para ir visitá-los. Refere que os seus parentes também não mantêm contato, apesar de morarem na mesma cidade e em cidades vizinhas. Referem que as visitas que receberam inicialmente eram somente das pessoas da igreja, “agora que começaram aparecer os parentes”.

Por outro lado, os cuidadores de pessoas com doenças crônicas vivenciam mudanças no estilo de vida que reduzem, modificam e geram insatisfação na vida social dos mesmos, principalmente devido às necessidades de internações recorrentes e a ida para casa com considerável carga de cuidados. Na família Ônix a pessoa índice é cuidada pela neta em casa que mora na casa ao lado. A mesma dorme com ela também e tem controlado as suas medicações. “Eu estava pedindo minha sobrinha para controlar os remédios da minha mãe, estava dando certinho”. Como não convivemos o tempo todo, fica mais difícil pra eu controlar a dieta dela, pra ela lembrar.

Bocchi (2005) relata que alguns fatores são limitantes à vida social do cuidador, como a sobrecarga de atividades, cuidados ao membro adoecido e tarefas de casa. Nas relações familiares podem ocorrer o aumento dos conflitos ou maior aproximação entre os membros. Os laços com a família nuclear são mantidos e até reforçados nessas situações, mas

podemos perceber que, raramente, a família extensa se envolve nos cuidados, principalmente por ser característica da doença crônica, o prolongar dos sintomas e inúmeras internações, fazendo com que a família vivencie a redução de visitas, amigos e familiares.

O diagnóstico de *Risco para interação social prejudicada*, não consta na NANDA (2006) como diagnóstico de enfermagem, mas o incluímos porque acreditamos que as duas famílias reduzidas e adoecidas possuem risco de apresentarem “quantidade insuficiente ou excessiva ou de qualidade ineficaz de troca social”, principalmente por apresentarem fatores de risco que podem ser vistos na tabela 7, ou seja: Mobilidade física limitada (de um ou mais membros da família, que ficam predominantemente em casa, devido à precariedade da situação de saúde ou dificuldade de acesso), identificada em uma das famílias, *interação escassa com pessoas do mesmo grupo etário*; ausência de pessoas do mesmo grupo etário disponíveis.

Tabela 7 - Fatores de risco identificados nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **risco para interação social prejudicada** (n = 2). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%
Mobilidade física limitada (membros da família)	01	50
<i>Interação escassa com pessoas do mesmo grupo etário</i>	01	50
Ausência de pessoas do mesmo grupo etário disponíveis	01	50

Na família Esmeralda (três membros) onde foi identificado esse diagnóstico de risco de interação social prejudicada até um ano atrás todos os membros da família participaram de atividades religiosas, do grupo do centro espírita que recolhiam alimento e roupas para os pobres. Vera (82 anos) fez parte de um grupo de amigos ferroviários aposentados e pensionistas, onde as reuniões eram na casa dos amigos. Os mesmos morreram ao longo do tempo e o grupo se desfez. Relatam união com os vizinhos; moram no mesmo lugar há 21 anos. Amanda (29 anos) informa que a avó recebe apoio espiritual de freiras católicas (instituição vizinha) que vão a sua casa. Há um ano não participam mais das

atividades comunitárias, devido à ocorrência concomitante do ingresso de Amanda na faculdade, dificuldade de Vera se locomover, que resultou no afastamento também de João destas atividades. Amanda teme ser obrigada a ter que decidir entre continuar a faculdade e cuidar do pai. Durante a internação do pai, Amanda deixou de ir à faculdade e tem passado todo o seu tempo entre cuidar do pai e da avó. Relata ainda que gostaria de ter liberdade de tempo para não fazer nada, tempo pra curtir... “É o que mais gostaria de fazer... tempo pra sair à noite... sair com meus amigos, tempo pra ficar de pernas pro ar, tenho saudade...”.

Esse isolamento da família pode fazer com que os problemas pareçam maiores do que realmente são por isso é necessária à rede de apoio que pode ser oferecida pela família extensa ou vizinhos.

O diagnóstico de enfermagem de Processos familiares disfuncionais: alcoolismo é definido pela NANDA (2006) como “as funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a uma série de crises autoperpetuadas” (p.117). Foi encontrado em uma família (Tabela 8).

Tabela 8 - Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **processos familiares disfuncionais: alcoolismo** (n= 01). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%	Característica definidora	n	%
Abuso de álcool	01	100	Dinâmica familiar alterada	01	100
			Desordem nos papéis familiares	01	100
			Negação da família (mãe)	01	100
			Obrigações negligenciadas	01	100
			Habilidade ineficaz para resolução de problemas	01	100
			Abuso de álcool	01	100
			Comunicação prejudicada	01	100
			Dificuldade nos relacionamentos íntimos	01	100
			Falha em cumprir tarefas do desenvolvimento atual	01	100
			vergonha	01	100

Dos 07 fatores relacionados existentes para este diagnóstico, foi detectado um, como mostra a tabela 8. Esse diagnóstico foi percebido em uma família, sendo que o fator relacionado percebido foi abuso de álcool, e as características definidoras presentes foram: dinâmica familiar alterada, desordem nos papéis familiares, negação da família (mãe), obrigações negligenciadas, habilidade ineficaz para resolução de problemas, abuso de álcool, comunicação prejudicada, dificuldade nos relacionamentos íntimos, falha em cumprir tarefas do desenvolvimento atual e vergonha.

O diagnóstico de enfermagem de processos familiares disfuncionais: alcoolismo foi identificado na família Safira que é composta de duas pessoas (pessoa índice, D. Luiza e seu filho) onde as despesas domésticas são feitas pela pessoa índice com o dinheiro da aposentadoria e o filho não lhe ajuda financeiramente, pois gasta o dinheiro com bebida alcoólica. A nora da pessoa índice refere que o cunhado não tem trabalhado devido aos problemas com o álcool e que quando trabalha gasta todo o dinheiro com bebidas alcoólicas. D. Luiza aparenta não gostar de falar sobre filho e diz que dá conselhos ao mesmo, pois ele é “pessoa boa tinha dinheiro no banco, mas acabou com tudo com a bebida”. Refere que quando está passando mal o filho se preocupa com ela, o que a filha Rosana não concorda, dizendo que o mesmo vai dormir ou beber mesmo vendo a mãe passar mal e que o mesmo é agressivo com ela quando está bêbado. D. Luiza diz que se precisar bater no filho ela bate e que às vezes tem feito isso. Informa que as pessoas do seu bairro gostam do seu filho e que ele não é agressivo. Relata que o filho já esteve noivo, mas que não se casou devido à “bebedeira”, e que tem dificuldade em manter relacionamentos, o que a preocupa.

Sabemos que o alcoolismo é uma doença que atinge não apenas o indivíduo, mas a família como um todo, sendo assim, não existe apenas um ser que precisa de cuidados, mas uma família. Silva (2004) diz que a pessoa que bebe não existe isoladamente, mas concretiza sua existência nas relações que estabelece com o mundo e com os outros seres a sua volta. As

manifestações desta doença extrapolam os limites do indivíduo e estendem muito além da esfera individual, atingindo todo o contexto em que vive sua família. O relacionamento social é outra área de tensão desta família, pois os familiares frequentemente assumem certo isolamento, movidos pelo desejo de proteção do familiar ou por vergonha do estigma que cerca a doença. A pessoa que bebe e sua família têm muitos prejuízos como o afastamento dos amigos, perda do emprego, assim como o distanciamento ou mesmo abandono da família.

O alcoolismo é um fator estressante para o relacionamento familiar. A família fortalecida poderá ser um suporte para o alcoolista.

O diagnóstico de enfermagem de enfrentamento familiar incapacitado (Tabela 9) é definido pela NANDA (2006) como “comportamento de pessoa significativa (membro da família ou outra pessoa fundamental) que inabilita as suas próprias capacidades e as capacidades do cliente para realizar eficazmente tarefas essenciais para a adaptação de qualquer uma dessas pessoas ao desafio da doença” (p.101-2). Foi encontrado em uma família.

Tabela 9 - Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **enfrentamento familiar incapacitado** (n=1). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%	Característica definidora	n	%
Pessoa significativa com sentimento cronicamente não-expressos de hostilidades	01	100	Agitação	01	100
Estilos de enfrentamento dissonantes para lidar com tarefas adaptativas por parte da pessoa significativa	01	100	Abandono	01	100
			Rejeição	01	100
			Relacionamentos negligentes com outros membros da família	01	100
			Cuidado do cliente negligente quanto às necessidades humanas básicas e tratamento da doença	01	100

Dos quatro fatores relacionados existentes foram identificados dois que são: pessoa significativa com sentimentos cronicamente não-expressos de hostilidades, estilos de enfrentamento dissonantes para lidar com tarefas adaptativas por parte da pessoa significativa; acompanhado das seguintes características definidoras: agitação, abandono, rejeição, relacionamentos negligentes com outros membros da família, cuidado negligente quanto às necessidades humanas e de tratamento da doença.

Na família Rubi identificamos o enfrentamento familiar incapacitado no que se refere a postura da filha da pessoa índice onde sua cunhada (Maria) diz que a mesma não gosta de cuidar da mãe e que percebe “parece que ela tem nojo da mãe”. Refere ainda que este comportamento já existia antes mesmo da internação, relembra episódio no qual a sogra estava doente, não conseguia se movimentar, nem mesmo para ir ao banheiro, e, ficou todo o tempo sem tomar banho, porque a sua filha não se dispôs a fazê-lo, referindo ter o “estômago fraco”, e que D. Alba só tomou banho quando ela (Lúcia) chegou. Diz que a cunhada está mais interessada na aposentadoria da sogra e que já tentou em ocasião anterior colocar a mãe no asilo. Informa que D. Alba passou por muitos momentos difíceis com a filha, mas não contava aos outros filhos por medo que eles a machucassem.

Em nosso estudo percebemos que em algumas famílias principalmente quando o membro adoecido é uma pessoa idosa existe uma dificuldade de se encontrar cuidadores.

Felício (2003) relata que quando a família é de idosos existe o problema do vácuo de cuidadores, pois os adultos da família podem estar envolvidos com a construção de suas próprias vidas que se “esquecem” do papel de cuidador. Este fato configura-se uma perda relacional, não apenas para os idosos, mas também para o adulto que perde a oportunidade de despedir-se de seus pais retribuindo o que lhe foi dado quando criança.

Em algumas famílias observamos a retomada de ciúmes infantis em acirradas disputas entre os irmãos, que deveriam ser todos eles, cuidadores dos pais (em revezamento

ou distribuição de tarefas). Na família Ônix (composta de 02 membros) os filhos da pessoa índice ao tentar cuidar da mesma pouco se comunicam. Suleita vê-se como a pessoa que tem mais facilidade para se expressar “eu falo o que tem que falar, não gosto de falar do que não sei”. Relata que em sua família na maioria das vezes as pessoas falam e não conseguem chegar a uma conclusão ou um consenso. “Chego e falo sem rodeios de uma vez só, eles aceitam na frente se não concordam falam pelas costas”. Pondera que a dificuldade de comunicação da família pode ser porque não foram criados juntos porque quando completavam dez anos os pais lhes davam para que fossem criados por outras famílias, devido às dificuldades financeiras.

A NANDA (2006) apresenta em sua taxonomia o diagnóstico de paternidade ou maternidade prejudicada, definido como “incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança” (p.101-2). Entre as famílias estudadas, identificamos a presença de paternidade e maternidade prejudicada (1 família), além de paternidade prejudicada (2 famílias). Por se tratar de circunstâncias distintas, estes diagnósticos serão apresentados separadamente.

Destacamos que na NANDA o diagnóstico de paternidade ou maternidade prejudicada parece focalizar famílias em estágio de desenvolvimento com filhos pequenos, contudo, é preciso refiná-lo para que expresse mais claramente estas condições em famílias que estão na fase de filhos adolescentes e adultos.

O diagnóstico de paternidade e maternidade prejudicada (Tabela 10) foi identificado em uma família. Dos 62 fatores relacionados existentes foram identificados cinco que são: conflitos matrimonial, falta de valor da maternidade, arranjos impróprios para o cuidado da criança, presença de estresse, incapacidade dos *pais* de colocar as necessidades da criança a frente das suas próprias. As características definidoras identificadas foram déficit de interação pais-filhos, falta de vínculos com as crianças, e abandono (por parte da mãe).

Na família Topázio (composta de 3 irmãos) a pessoa índice relata ter dois filhos de pais distintos que moram com os pais. Refere não possuir pais, apesar de a mãe estar viva. Afirma que a mãe os abandonou quando tinham 6, 4 e 3 anos respectivamente, após o AVC do pai, há 20 anos atrás. Informa lembrar-se de vários episódios em que o pai chegava alcoolizado em casa e batia na mãe, antes de ser acometido pelo AVC. O casal teve quatro filhos, sendo que o caçula morreu aos dois anos de idade por afogamento, durante uma inundação decorrente de um grande temporal, no qual o pai estava sozinho, sequelado de AVC, com os dois filhos menores e conseguiu salvar apenas um deles. Em virtude da incapacidade do pai em cuidar dos filhos devido ao AVC e da saída da mãe do domicílio, as crianças foram encaminhadas separadamente para diferentes tios. Mesmo que esses eventos tenham acontecido quando os filhos eram pequenos percebemos que nessa família ainda persiste a presença do diagnóstico de enfermagem.

Tabela 10 - Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **paternidade e maternidade prejudicada** (n=1). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%	Característica definidora	n	%
Conflito matrimonial	01	100	Déficit de interação pais-filhos	01	100
Falta de valor da maternidade	01	100	Falta de vínculos com a criança	01	100
Arranjos impróprios para o cuidado da criança	01	100	Abandono (por parte da mãe)	01	100
Presença de estresse	01	100			
Incapacidade <i>dos pais</i> de colocar as necessidades da criança a frente das suas próprias	01	100			

Motta (2004) refere que o amor de mãe/pai é que oferece à criança condições para desenvolver o seu potencial humano, manifestar a sua maneira própria de ser. Os pais são os arquitetos na formação emocional dos filhos, por meio da comunicação de afeto, do cuidado amoroso e da expressão de sentimentos de segurança e confiança. Na família em que

percebemos a presença desse diagnóstico, seus membros não eram crianças, mas traziam as consequências dessa negligência.

Mesmo que este diagnóstico se refira a criança percebemos que quando o indivíduo se torna adulto, muitas vezes continua mantendo o diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem de paternidade prejudicada (Tabela 11) foi identificado em duas famílias.

Tabela 11 - Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **paternidade prejudicada** (n = 2). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%	Característica definidora	n	%
Conflito matrimonial	01	50	Declarações para satisfazer as necessidades <i>de um filho</i>	01	50
Falta de valor da paternidade	01	50	Verbalização de frustração.	01	50
Arranjos impróprios para o cuidado da criança	01	50	<i>Déficit de interação pai-filha</i>	01	50
Presença de estresse	01	50	Falta de vínculo com a criança	01	50
Incapacidade do <i>pai</i> de colocar as necessidades da criança a frente das suas próprias	01	50	Abandono (por parte do pai)	01	50
Mudança na unidade familiar	01	50			
Falta de coesão da família	01	50			
Separação prolongada do pai	01	50			
Historia de doença mental (microcefalia)	01	50			

Dos 62 fatores relacionados existentes foram identificados nove: conflito matrimonial, falta de valor da paternidade, arranjos impróprios para o cuidado da criança, presença de estresse, incapacidade do *pai* de colocar as necessidades da criança a frente das suas próprias, mudança na unidade familiar, falta de coesão da família, separação prolongada do pai, história de doença mental. As características definidoras identificadas foram declarações para satisfazer as necessidades de um filho, verbalização de frustração, *déficit* de interação pai-filha, falta de vínculo com a criança, abandono (por parte do pai).

Existe na família um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização

(ANGELO; BOUSSO, 2001). Elsen (2004) cita que a família se realiza quando propicia condições adequadas de vida e com isso favorece o desenvolvimento das potencialidades de cada membro, principalmente através de criação e manutenção de um ambiente físico e simbólico favorável às trocas necessárias para o crescimento.

Quando o pai ou a mãe apresenta dificuldade para manter um adequado nível de crescimento e desenvolvimento dos seus filhos estes compromissos podem não ser cumpridos, além de não serem estabelecidos o vínculo afetivo e a adequada socialização. Isto pode comprometer não só as famílias atuais como a geração de famílias futuras.

Foi identificado risco de infecção em uma das famílias. O diagnóstico de risco para infecção é definido pela NANDA (2006) como “estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos” (p.137). Dos 13 fatores de risco propostos pela NANDA foi verificado apenas um, que é a exposição ambiental aumentada.

Tabela 12 - Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **risco para infecção** (n = 01). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%
Exposição ambiental aumentada	01	100

O diagnóstico de *risco para infestação* (tabela 12) não faz parte dos diagnósticos descritos pela NANDA (2006), mas uma família apresentou esse risco e resolvemos incluí-lo enquanto diagnóstico.

Acreditamos que a exposição ambiental da família estava aumentada de acordo com o relato de familiares de presença de animais (cão) que permaneciam no mesmo ambiente que pessoas enfermas no lar havendo presença de urina e fezes dos cachorros no interior da casa, que exalava odor desagradável, o que, segundo os familiares propiciou o adoecimento e agravamento de um de seus membros. Estes fatores podem levar tanto a infecções como a infestações.

Tabela 13 - Fatores relacionados identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem *risco para infestação* (n = 1). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	n	%
Exposição ambiental aumentada	01	100

Elsen (2004) considera o domicílio como produtor de saúde, pois nele recursos internos da família se somam aos externos, objetivando manter e restaurar a saúde de seus membros. É responsável pela proteção de seus membros incluindo a higiene pessoal, salubridade e adequação da habitação, alimentação, vestuário adequado e prevenção de acidentes no domicílio.

Essas famílias se mostraram vulneráveis devido à exposição ambiental a patógenos. Esses diagnósticos são mais frequentes em famílias com pouca informação educacional e ambiental.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) nos proporciona a visualização das forças e problemas que a família enfrenta. Essas forças e problemas correspondem aos diagnósticos de enfermagem de bem – estar, reais e de risco. Nas famílias estudadas em sua maioria só conseguimos perceber o quanto estavam vulneráveis, sendo que não tivemos nenhum diagnóstico de bem-estar. Provavelmente esses achados se devam ao momento em que as famílias se encontravam muitas com doenças recém – descobertas.

As famílias normalmente conseguem vencer os obstáculos e disponibilizar recursos possíveis, e os papéis reorganizam-se de forma a tentar enfrentar a situação, mostrando o perfil flexível que as caracteriza, emergindo a solidariedade entre os membros de uma mesma família e entre as famílias da comunidade. Nem sempre esses laços afetivos surgem espontaneamente, talvez essas famílias precisem de tempo para se reorganizar e de ajuda dos profissionais para facilitar o aparecimento ou fortalecimento das forças.

As famílias com esse perfil de diagnósticos de enfermagem são famílias vulneráveis. A doença é um elemento antropológico que desarticula a existência do ser doente, e de seu universo familiar emergem muitos sentimentos e percepções, entre eles a possibilidade de morte sempre presente, geradora de muito estresse e ansiedade. As famílias nesse momento existencial reorganizam-se e reforçam sua função protetora. Portanto a família também precisa ser cuidada como pudemos perceber pelo perfil de diagnósticos identificados.

Acreditamos que o Modelo Calgary de Avaliação de Família é um instrumento que possui um grande potencial como mapa conceitual para o atendimento de famílias, pois possibilita como pôde ser visto no presente estudo o agrupamento de informações de uma família. Esse agrupamento permite aos profissionais identificarem as necessidades das famílias e realizarem as devidas intervenções de modo mais acertado.

6 CONCLUSÕES

"O que os homens realmente querem não são conhecimentos, mas certezas..."

Bertrand Russel

A família é uma unidade complexa com as mais diferentes necessidades, interesses, contradições e com forte influência nos comportamentos de saúde. Por isso há necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a unidade familiar, de elaboração ou adaptação de metodologia viável para realizar a avaliação da participação da família na atenção aos seus membros.

Mediante abordagem fundamentada no Modelo Calgary de Avaliação de Família neste estudo foram encontrados 12 (doze) categorias de diagnósticos de enfermagem, sendo 75% (setenta e cinco por cento) reais e 25% (vinte e cinco por cento) de risco. Não foram detectados diagnósticos de bem-estar.

Como o modelo adotado privilegia o enfoque da família como unidade de cuidado justifica-se o número reduzido deste conjunto de diagnósticos identificados.

Houve predomínio de diagnósticos da NANDA do domínio Psicossocial, sobressaindo as classes: comunicação, enfrentamento e papéis/relacionamentos.

O diagnóstico de Tensão do papel de cuidador esteve presente nas 12 (doze) famílias estudadas, o diagnóstico de Comunicação verbal *familiar* prejudicada em 9 (nove) famílias, e os diagnósticos Processos Familiares interrompidos e Manutenção do lar prejudicada em 8 (oito) famílias, respectivamente.

Percebemos ainda que alguns fenômenos identificados eram vigentes nas famílias, independente do processo de adoecimento e internação, tal como a paternidade alterada (1 família).

Além disso, as interações sociais no contexto da estrutura externa das famílias revelam um panorama de poucas redes de apoio e vínculo com as instituições e com as pessoas que existem próximas aos remanescentes do núcleo familiar.

O perfil de diagnósticos identificados revela uma situação de fragilidade e vulnerabilidade das famílias participantes do estudo, uma vez que as mesmas ainda não conseguiram adaptar-se às demandas do processo de adoecimento e internação hospitalar de um de seus membros, além do próprio processo de estar em situação de acompanhamento destas pessoas.

Nesse contexto, as instituições de saúde precisam estar sensíveis e desenvolver mecanismos de intervenções multiprofissionais para potencializar as forças da família como um todo. Mesmo estando frágeis, essas famílias, poderiam encontrar o seu equilíbrio, como num móvel, de acordo com a teoria dos sistemas de Bertalanffy, onde a mudança de um membro afeta a todos e não apenas o indivíduo (WRIGHT; LEAHEY, 2002). O que acontece nas situações de adoecimento é que a família pode levar mais tempo para encontrar o equilíbrio, o que pode gerar desgaste e situações não saudáveis para seus membros.

O papel do enfermeiro é apenas facilitar o “ajuste” ou adaptação da família ao momento que está passando. Para Wright e Leahey (2002) o enfermeiro não é o responsável pela adaptação ou ajuste, mas sim pela criação de um contexto para que a mudança aconteça. O conhecimento do contexto socioeconômico e cultural das famílias pode facilitar a assistência prestada às mesmas.

Dessa forma os enfermeiros precisam estar atentos às famílias que estão sob os seus cuidados. Fazer a avaliação das famílias permite identificar as dificuldades pelas quais elas passam, permitindo uma intervenção mais efetiva por parte dos profissionais.

Até o momento, as instituições hospitalares oferecem muito pouco em termos de apoio e orientação ao familiar que acompanha seu membro adoecido, embora se reconheça à

importância da presença do familiar no processo de recuperação. Os enfermeiros dessas instituições têm a oportunidade de estar em contato com as famílias em um momento de crise, e os conteúdos que emergem desse momento existencial mostram que há muitas possibilidades para a prática terapêutica, educativa e de pesquisa. É inegável que a enfermagem tem crescido na análise de seu próprio modelo de cuidado, a qual tem lhe permitido redescobrir-se e encontrar formas cada vez melhores de trabalhar com as famílias.

Apesar de não ser objetivo deste estudo, é importante salientar que a NANDA se mostrou um sistema de classificação útil para rotulação de respostas humanas das famílias, contudo, ainda necessita refinamento. Foram identificados dois novos diagnósticos nas famílias, ou seja, *risco para interação social prejudicada* e *risco de infestação da família*. Nesse sentido sugerimos estudos futuros para sua validação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Não basta saber é preciso aplicar; não basta querer, é preciso saber.” Goethe.

Desenvolver esta proposta e trabalhar com famílias, além de ter sido um grande desafio, proporcionou-nos a sensação de uma luz intensa que mostrava um rumo de assistência direcionada pelo modelo Calgary. É bem verdade que é preciso se fazer muito, mas a interação que aconteceu com as famílias pesquisadas, foi muito gratificante. Foi uma experiência nova para nós como profissionais, pois passamos por um processo de mudança significativa, desde o nosso pensar até a forma de assistir.

Para que este trabalho acontecesse, houve a necessidade de superar desafios. O primeiro foi conseguir conversar com essas famílias no ambiente hospitalar, pois elas (famílias) têm dificuldades de se apresentarem como um todo, uma unidade. Existiu um estranhamento por parte das pessoas abordadas, uma dificuldade de compreender o significado para seu bem estar e saúde do paciente internado, da abordagem da estrutura familiar, seu desenvolvimento e funcionamento.

Na maior parte das vezes encontramos apenas um familiar que acompanhava o membro adoecido. Conversar com estas famílias nem sempre foi fácil, principalmente porque, como não fazíamos parte do quadro de profissionais que estava atendendo o paciente, procuramos abordar as famílias (acompanhante e paciente internado) em momentos de tranquilidade para ambos. Ao ser abordado pela manhã, o acompanhante estava envolvido nos cuidados, o paciente por sua vez, estava necessitando de cuidados, sendo avaliado e atendido pelos profissionais de saúde; pela tarde o familiar em situação de acompanhante reclamava de sono, cansaço e indisposição. Este fato se dava por ser ele o único cuidador durante toda a internação.

O outro desafio foi perceber não apenas o indivíduo, mas sim a família, sem desvincular seus integrantes, o que é um vício pessoal e da maioria dos profissionais. Ao se fazer os agrupamentos e diagnósticos de enfermagem, a tendência novamente era de se colocar as lentes do individual e não da família. Este caminho foi percorrido diversas vezes até nos acostumarmos com a abordagem de família.

A experiência com a aplicação do Processo de Enfermagem em famílias de pessoas internadas, ou mesmo na comunidade, precisa ser ampliada, permitindo o fortalecimento de conceitos próprios da enfermagem, tais como cuidado com a família e cuidador. Com esse trabalho, pretendemos contribuir para uma nova perspectiva de compreensão e ação junto às famílias que enfrentam o adoecimento de um membro.

Para que o enfermeiro consiga um modelo mais participativo e humanizado de assistência, torna-se necessário que este desenvolva uma postura de simplicidade e humildade junto às famílias, pois a interação vai se consolidando nos pequenos gestos, no olhar receptivo, no tom de voz, no toque, na disposição para “estar com”. Acreditamos que é nessa atmosfera que poderemos enriquecer e fortificar o paciente e sua família.

Trabalhar com famílias nos fez perceber o quanto ela influencia no bem estar de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em situação de internação hospitalar e fora dela. Ela é fundamental para a recuperação, pois dá apoio, sofre, compreende e dá esperança para o paciente enfrentar a doença.

Quando compreendemos o ser humano numa perspectiva mais ampla é fácil concluir que a família é parte da assistência de enfermagem. Pensando dessa maneira talvez o enfermeiro contribua para que ocorram as transformações desejadas no processo de atendimento da saúde/doença.

O ensino de enfermagem tem grande responsabilidade pela maneira como os estudantes e, conseqüentemente, os enfermeiros pensam a família. A valorização do ensino

que privilegia a abordagem de enfermagem também voltada para a família pode permitir aos profissionais reverem seus recursos, potencialidades, suas fraquezas e posturas no que tange a temática, favorecendo a multiplicação dos saberes e transformação do fazer no âmbito do cuidado à saúde das pessoas.

Estar sensibilizado nesse contexto é ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades, sobretudo na situação de doença.

Segundo Green (1997), um componente básico da formação para prover cuidado de enfermagem que atenda às experiências da família na doença, é a habilidade de “pensar família”. Poucos enfermeiros espontaneamente pensam sobre o funcionamento da família, sobre as experiências destas na situação de doença e mesmo sobre o cuidado das mesmas, apesar de estarem rotineiramente em contato com famílias que enfrentam dificuldades, tanto em hospitais como em assistência domiciliar e em outros contextos de assistência. Isto ocorre simplesmente porque não foram formados com a habilidade de “pensar família”.

Para que a enfermagem aprenda a “pensar família”, o ensino nessa temática deve iniciar na graduação, como parte essencial da formação do enfermeiro e não como algo opcional, propiciando uma prática avançada de enfermagem junto às famílias, reconhecendo-a como unidade de cuidado, compreendendo, avaliando e considerando como foco de atenção as interações familiares e as experiências de saúde e doença.

Realizar um estudo baseado no Modelo Calgary de Avaliação significa perceber a família como um sistema, cujos subsistemas estão em constante interação entre si, com a rede de pessoas e serviços significativos, possibilitando nessa interação um constante movimento e transformação do sistema familiar como um todo, em busca de um novo equilíbrio.

Os enfermeiros que trabalham com famílias precisam utilizar a Taxonomia da NANDA em famílias para que, possam propor adaptações e refinamentos necessários à

mesma para que esta possa conter classificações, descrição e validação de condições que requerem intervenções de enfermagem junto à família, ou seja, que descreva as respostas das famílias aos problemas reais ou potenciais de saúde e aos processos do ciclo vital. É importante que a enfermagem utilize uma nomenclatura que seja única, melhorando a sua comunicação e documentação.

Foi realizado esforço no sentido de relacionar a taxonomia da NANDA ao Modelo Calgary de Avaliação, outros estudos poderão contribuir para o refinamento, aprimoramento e adaptação da taxonomia II da NANDA no contexto do atendimento de famílias. Essa utilização integrada é útil, pois Modelo Calgary não tem uma padronização para a rotulação dos fenômenos identificados, que requerem intervenção de enfermagem.

Este estudo fornece contribuições para os enfermeiros que atuam com famílias em qualquer ambiente, principalmente em relação à política de humanização do atendimento em saúde. Os familiares que participaram deste estudo apontaram a necessidade de acomodações confortáveis para que eles possam ficar com seus entes e ajudarem nos cuidados; serem informados a respeito da doença e tratamento de seus familiares, de modo mais sistematizado, numa prática dialógica dos profissionais. Relataram que no geral recebem informações da equipe, mas perceberam que existem lacunas nas informações oferecidas. Acreditamos que isso acontece porque a família ainda não é vista como foco de cuidado.

Possuímos muitos conhecimentos consistentes acerca da importância do trabalho com a família, das repercussões da situação de doença para a família, de como a família afeta a saúde do indivíduo, de como crises de saúde são eventos críticos para a vida familiar. Parecem, no entanto, não serem ainda suficientes para transformar a prática.

É necessário que o enfermeiro se permita aproximar dos familiares, para ouvi-los, conhecê-los, apoiá-los e explorar seus recursos e dificuldades, trocar saberes e ajudá-los para

que, a partir da satisfação de suas necessidades, eles possam desempenhar e legitimar seu papel de apoio e cuidador de seus membros.

É necessário investir em pesquisas que ajudem a compreender a dinâmica das interações familiares na saúde e na doença, além de estudos de avaliação de intervenções em famílias.

A compreensão sobre famílias que alcançamos no presente estudo despertou em nós outras indagações, que provocaram inquietação e desejo de continuar pesquisando nessa temática.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

"Pela falta de um prego perde-se o sapato.
Pela falta de um sapato perde-se o cavalo.
Pela falta do cavalo, perde-se o cavaleiro."
(George Herbert - 1951)

ALFARO LeFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem - um guia passo a passo**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 2000. 281 p.

ALTHOFF, C R Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSÉN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: UEM, 2004 p.29-41.

ANGELO, M.; Abrir-se para a família: superando desafios. **Fam. Saúde Desenvolv.** Curitiba: v.1, n.1/2., p.7-14, 1999.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Programa de Saúde da Família. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BACHION, M. M. Planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. In: MONTEIRO, C A. B. et al. (Org). Fórum Mineiro de enfermagem. 3., 2002, Uberlândia. **Anais**. Sistematizar o Cuidar. Universidade Federal Uberlandia. 2002. p. 41-49.

BACHION, M. M. *et al.* Algumas reflexões sobre categorias de comportamentos verbais, orais e seu emprego pela enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 113-24, jan - jun 1995.

BACHION, M. M., PERES, A. S., BELISÁRIO, V. L., CARVALHO, E. C. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v.2, n.1, p.33 - 39 1998.

BARBOSA, E. M. A **Relacionamento enfermeiro/familiares do paciente em unidade de terapia intensiva: o que interfere?** 2001. Monografia (Especialização), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2001.

BERTHOUD, C.M.E. Conversando sobre o método. In.: CERVENY C. M. O. (Org.), **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997. p.137-147.

BERTOLUCCI P. H A genética da doença de Alzheimer. **Rev. Bras. Alzh.**, p.1-3, 2002.

BOCCHI, S C M; ANGELO, M. Interaction between stroke survivors and family caregivers: shared autonomy. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo> Access on: 13 Oct 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (BR)**. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS, 1996.

CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: MONTEIRO, C. Ana Beatriz et al. (org). Fórum Mineiro de enfermagem. 3. 2002. Uberlândia/MG. **Anais**. Sistematizar o Cuidar. Universidade Federal Uberlândia. p. 29-40. 2002.

CANHESTRO, M. R. **Doença que está na mente e no coração da gente**: um estudo etnográfico do impacto da doença crônica na família. 1996. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 1996.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência**: resgatando Florence Nightingale. 2. ed. Goiania: AB, 2001.

CARROLL-JOHNSON, R. M. Reflections on the ninth biennial conferences. **Nursing diagnosis**, v.1 p.50, 1990.

CECAGNO S.; SOUZA M.D.; JARDIM V. M.R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v.26, n. 1, p.107-112, 2004.

CENTA, M. L.; ELSESEN, I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. **Fam. Saúde Desenvolv.** Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 15-20, 1999.

CERESER, H. LA vivência de hipertensão arterial na família: quando o doente é a mulher. In: In: ELSESEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2.ed. Maringá: UEM, 2004 p.19-28

CHESLA, A.C. Reconciling technologic and family care in critical-care nursing. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, v. 28, n.3, p.199-204, 1996.

CHRISTENSEN, P. J.; GRIFFITH-KENNEY, J. W. **Processo de Enfermagem**. Aplicação do Modelo Conceitual. 4.ed., St. Louis (Missouri): Mosby, 1995.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Nurse's pocket guide**: Nursing Diagnoses with intervention. Philadelphia: FA Davis Company, 1996.

DOHERTY, W.J; CAMPBELL, T. L. L'adaptation de la famille à la maladie et à la guérison. In **Famille et santé**. Les éditions Saint- Uves Inc. Québec, Canadá, 1993.

DUHAMEL, F. **La santé et la famille**: une approche systémique en soins infirmiers. Montreal, Gaëtan Morin Editeur, 1995.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: UEM, 2004 p. 19-28

ELSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: UEM, 2004.

FELÍCIO J L. As famílias de pacientes com doenças crônicas e graves: funcionamentos mais característicos. **Revista o mundo da saúde**, v.27, n.3, p.426-31, 2003.

FELISBINO, J. E. **Experiência assistencial de enfermagem a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta**. 1990. 218 fls. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 1990.

FRANCO, M C; JORGE, M S B, Sofrimento do familiar frente à hospitalização. In.: ELSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: UEM, 2004, p.169-181

GEOVANINI, T. *et al.* História da enfermagem: versões e interpretações. In: GEOVANINI, T. *et al.* **O desenvolvimento histórico das práticas de saúde**. São Paulo: Revinter, 1995. cap. 1.

GORDON, M. Nursing Diagnosis category and process. In: **Nursing Diagnosis Process and Application**. 3. ed. St Louis: Mosby, 1994. p. 17-31.

GRANDI I. **Conversando com o cuidador de Alzheimer**. Belém: Grafisa, 1998, 150p.

GREEN, C.P. Teaching students how to “think family”. **Journal of Family Nursing**, New York, v.3, n.3, p.230-46, 1997.

HARTRICK, G.; LINDSEY, A. E.; HILLS, M. Family nursing assessment: meeting the challenge of health promotion. **Journal Advanced Nursing**., v. 20, p. 85-91, 1993.

HENCKEMAIER, L Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: . ELSEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: UEM, 2004, p.357-368.

KARSCH, U. (org). **Envelhecimento com Dependência**: Revelando Cuidadores. São Paulo: EDUC. 1998.

KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira**: a base de tudo. 4. ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: Unicef, 2000.

LACERDA, M. R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto Domiciliar.** Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pólo UFPR, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1996.

LEBOEUF, I. Impact of a family-centred approach on a couple living with a brain tumour: a case study. **Axone**, v. 22, n. 1, p. 24-31, 2000.

LEWIS, C. DESSEN, M. A. O pai no contexto familiar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.15 n.1 p. 9-16, Jan. - Abr. 1999.

LITTLEJOHN, S. W. Teorias de comunicação interpessoal – Necessidades interpessoais – Teoria FIRO (Fundamental interpersonal relations orientation). In: ____ **Fundamentos teóricos da comunicação humana**, Rio de Janeiro: Zahar editores; 1988.

LUTZ, M.; DALMOLIN, B. O alcoolismo no olhar dos familiares: um estudo das representações sociais. **Rev. Téc-cient Enferm**, Curitiba, v.1, n.2, p. 104-110, mar- abr 2003.

MATURANA R. H; VARELA G, F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano.** Campinas, Editorial Psy II, 1995.

MARCON, S. S. et al. Assistência de enfermagem domiciliar em equipe multiprofissional após óbito do paciente. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 51, n. 3, p. 379-392, jul.- set., 1998.

MARCON, S. S.; ELSESEN, I. A enfermagem com um novo olhar. A necessidade de enxergar família. **Fam. Saúde e Desenvolv.**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21-6, 1999.

MEDEIROS, M. **Impacto da Doença e Qualidade de Vida dos Cuidadores Primários de Pacientes com Artrite Reumatóide: Adaptação Cultural e Validação do Caregiver Burden Scale.** 1998. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo,1998.

MÉNARD, D.; SAUCIER, A. John's story: an application of the Calgary family Intervention model. **Journal Can oncol nurs.** v. 10, n. 2, p. 56-68, 2003.

MINUCHIN, S.; FISHAMAN, H. C. **Técnicas de terapia familiar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MINUCHIN, S. **Famílias: Funcionamento e Tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 25-69

MOTTA, M G C. O entrelaçar de mundos: Família e hospital In.: ELSESEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2. ed. Maringá: UEM, 2004 p. 153-167

NAKATANI, A. Y. K. Processo de Enfermagem: uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 1, n.2, p. 53. 2000. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (org). **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2005-2006. Trad. Cristina Correia. Porto Alegre (RS): Artmed, 2006.

OLIVEIRA, L. M. de A. **Assistência de enfermagem à família na UTI: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades.** 1991. 165 fls. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

OSÓRIO, L. C A família como grupo primordial. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (org.) **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Building Standard – Based Nursing Information Systems.** Washington, D C: PAHO, 2001. 141 p.

PENNA, C. M. M. **Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família.** 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1992.

RIBEIRO, R. R. N. A família enfrentando a doença grave da criança. In: ELSESEN, I; MARCON, S. S; SILVA, M. R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2.ed. Maringá: UEM, p.183 -197.

RICE, R. **Home care nursing practice:** concepts and application. 3. ed. Saint Louis: Mosby, 2001.

ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: MONTEIRO, C.A. B et al (org). **III FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM:** Sistematizar o cuidar. 2002. Uberlândia (MG). Ed. da Universidade Federal de Uberlândia. p. 21-27.

SILVA, L. F. *et al.* Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul. Enferm.,** São Paulo, v.15, n.1, p. 40-47, jan. - mar 2002.

SILVA, M. R. S. Convivendo com o alcoolismo na família. In: ELSESEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2. ed. Maringá: UEM, 2004 p.235-250

SOUZA, A I J. Cuidando de famílias: identificando ações de cuidado e não-cuidado nos familiares. In: ELSESEN, I; MARCON, S S; SILVA, M R S (org) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2. ed. Maringá: UEM, 2004 p.313-325

SIMONTON, S. M. **A família e a cura:** Método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: Summus, 1990.

SHIMIZU, H. E.; GUITIERREZ, B. A. O. Participação de enfermeiros na implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais. **Rev Esc Enferm USP,** São Paulo, v.31 n.2, p. 251-8, ago. 1997.

SOBRAL, V. R. S. **O paciente, a família e a complexidade do adoecer súbito**. 1987 Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Neri, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.

STANHOPE, M. – Teorias e Desenvolvimento Familiar. In STANHOPE, M; LANCASTER, J. **Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 1. ed. Lisboa: Lusociência, 1999. p. 492 -514

TRANQUITELLI, A. M. Visitas em UTI. **Boletim da Associação Médica Intensiva Brasileira (AMIB)**, n. 1, p.3, nov-dez 1986.

VELHO, G. **Subjetividade e sociedade: Uma experiência de geração**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**. Um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo, Roca, 2002.

WRIGHT L. M.; LEVAC, A M. , The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana. *Jornal of Advanced Nursing*, 17, 913-917, 1992 *apud*, WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**. Um guia para avaliação e intervenção na família. 3.ed. São Paulo: Roca, 2002.

WRIGHT, L. M., WATSON, W. L., BELL, J. M. The family nursing unit: a unique integration of research, education and clinical practice. In: BELL J. M.; WATSON W. L. , WRIGHT L. M. (dir). **The cutting edge of family nursing, Calgary'** Family Nursing Unit Publications, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica**, 2001.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Selma, sou enfermeira, estou realizando uma pesquisa científica para estudar os tipos de diagnósticos de enfermagem identificados em famílias de pessoas internadas no HC para tratamento de doenças no setor de Clínica Médica. É uma abordagem um pouco diferente, porque busco atender a família como um todo, e não só o paciente.

Você / o(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a), isto quer dizer que existe liberdade para escolher se deseja ou não participar, sem risco de mudar o atendimento da pessoa que você está acompanhando, caso não queira participar do estudo. Você não vai pagar e nem receber qualquer valor em dinheiro. Você terá direito à indenização em caso de danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa. O fato de você participar ou não da pesquisa não vai interferir no tratamento nem na duração da internação da pessoa que você está acompanhando.

A seguir você receberá informações importantes para que possa pensar e decidir sobre participar ou não deste estudo. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás pelo telefone 3521-1075 ou 3521-1076, em ligações a cobrar. Vamos entregar este documento ao final de nossa conversa, para que você possa pensar e amanhã passarei aqui para conversar novamente. Caso aceite participar, você deve assinar no local indicado, onde constará seu nome. Uma cópia deste documento, com a sua assinatura ficará guardada comigo que sou a pesquisadora responsável. O motivo deste procedimento é garantir que só faremos na pesquisa o que foi combinado.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Análise do perfil de diagnósticos de enfermagem identificados junto à famílias de pessoas hospitalizadas para tratamento de doenças crônico-degenerativas utilizando o modelo Calgary de avaliação

Pesquisador Responsável: Selma Rodrigues Alves Montefusco

Telefone para contato: (062)3 225-6916

Pesquisadores participantes: Orientadora: Dra. Maria Márcia Bachion

Telefones para contato: 3209-6183 (Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás)

O objetivo desta pesquisa, como já disse, é de estudar os diagnósticos de enfermagem identificados em famílias de pacientes internados na clínica médica. Para isso, serão realizadas entrevistas dos familiares que estão acompanhando os pacientes internados na clínica. Estas entrevistas serão gravadas com um mini gravador. Também serão realizadas observações de como estão passando, os problemas que estão ocorrendo. Para isso utilizarei um roteiro, no qual constam itens nos quais tenho que prestar mais atenção. O número de encontros entre nós dependerá de cada caso. Serão incluídos aqueles familiares que estiverem acompanhando pacientes no período de janeiro a junho de 2006 e que concordarem em participar.

Acredito que os familiares não correm riscos ao participar da pesquisa, mas se porventura ocorrer alguma queixa ou desconforto emocional que as pesquisadoras (eu e minha professora) não consigam auxiliar, comprometemo-nos a fazer os encaminhados para os serviços e profissionais competentes, da unidade. Se porventura ocorrerem danos decorrentes de sua participação na pesquisa, o cliente (família) poderá requerer direito à indenização.

Embora a pesquisa termine com a identificação dos diagnósticos de enfermagem, assumimos o compromisso de atender as famílias dos participantes dentro de nossas possibilidades e encaminhar os casos que não conseguirmos atender para os serviços competentes.

Você e sua família podem ou não se beneficiar diretamente da pesquisa neste momento. Um benefício possível é ter uma visão melhor da sua própria família, ao fornecer as informações durante a pesquisa. Outro benefício possível é ter à sua disposição, no período de realização da pesquisa, um enfermeiro (pesquisador) que poderá ajudá-lo(a) enfrentar a situação de estar acompanhando um paciente internado. Esse profissional poderá ajudar também na identificação de recursos de apoio social necessários no contexto.

É garantido que os dados que você informar serão mantidos em anonimato e só serão compartilhados com os profissionais de saúde que atendem o paciente que você acompanha atualmente se você permitir.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e outros eventos científicos deste tipo. A pesquisa será publicada em forma de dissertação de mestrado e artigos que serão publicados em revistas científicas da área da saúde.

Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo da continuidade do tratamento atualmente prestado pela instituição.

Selma Rodrigues Alves Montefusco

Maria Márcia Bachion

Goiânia, em _____ de 2006

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO (Termo de esclarecimento em anexo)

Eu,

_____,
RG/ CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Análise do perfil de diagnósticos de enfermagem identificados junto á famílias de pessoas hospitalizadas para tratamento de doenças crônico-degenerativas utilizando o modelo Calgary de avaliação, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Selma Rodrigues Alves Montefusco sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção da assistência prestada atualmente pelo serviço à pessoa que estou acompanhando e que posso vir a ter direito à indenização em caso de danos decorrentes da minha participação. Foi-me assegurado que os dados que fornecerei serão mantidos sob sigilo, podendo ser liberados aos profissionais que cuidam do paciente que estou acompanhando apenas se eu permitir. Foi-me garantido que nos resultados da pesquisa a minha identidade será mantida anônima, inclusive nas apresentações da pesquisa em congressos e na sua publicação.

Local e data

Assinatura do sujeito :

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações complementares

ANEXO B – Instrumento de Coleta para Avaliação de Família

Instrumento de coleta para avaliação de família - Adaptado de Enfermeiras e famílias-
 WRIGHT, L. M.; LEAHEY 2002.

ESTRUTURAL

Estrutura interna

- 1 – Pode me dizer quem faz parte da família?
- 2 – Alguém mais vive com vocês? (avôs, netos, sobrinhos...)
- 3- Alguém mudou recentemente? Saiu ou chegou/
- 4- Alguém vive com vocês que não é parente?
- 5 - Quantos filhos vocês tem?
- 6- Quem é o mais velho?
- 7- Quantos anos ele(ela) tem? Qual é o próximo depois dele(a)?
- 8- Ocorreu algum aborto?
- 9 - Vocês planejaram o nascimento dos filhos?
- 10- Como foi o comportamento do pai (mãe) após o nascimento dos filhos? Mudou?
- 11– Como são divididas as tarefas em casa? Existem coisas que são feitas geralmente pelos homens e outras geralmente pelas mulheres?
- 12 - O fato de você fazer essas coisas lhe incomoda? Gostaria que alguém lhe ajudasse em algo?
- 13 – Quem tem mais influência (poder) perante os filhos? Quem eles obedecem mais?
- 14 – Quando eles estão com problemas a quem eles recorrem?
- 15- Você observa divisão de grupos na família em situação de conflito ou problemas?
- 16 – Qual efeito que eles causam sobre o nível de estresse familiar?
- 17 – Quem se reúne para falar sobre a doença do -----?
- 18 – Existe alguém com quem você possa conversar ao se sentir desgastada(o) devido a ---
- 19 – Quem você procuraria se sentisse feliz?
- 20 – Quem você procuraria se sentisse triste?

Estrutura externa

1. Você ainda possui pais vivos? E seu marido/esposa?
2. Onde moram?
3. Com que frequência tem contato com eles?
4. Vocês têm irmãos e irmãs? Fale sobre eles.
5. Existe algum membro de sua família que você vê raramente? Fale sobre essa pessoa.
6. Qual de seus parentes é o mais próximo a você? Fale-me sobre ele.
7. Quem telefona para quem? Com que frequência?
8. A quem você pede ajuda quando surgem problemas em sua família?
9. Que tipo de ajuda você pede?
10. Você estaria disponível se eles precisassem de você?
11. Quais os profissionais da instituição estão envolvidos com sua família?
12. Com quais instituições sua família interage? (igreja, escola, creche).
13. O que significa saúde para vocês?

14. O que você considera saudável? Como aprendeu isso?
15. O que lhe parece mais positivo neste momento de sua vida em família?
16. Sua situação financeira influencia de algum modo nas condições de saúde de sua família? De que forma?
17. Você participa de uma igreja, templo ou sinagoga?
18. De alguma forma suas crenças influenciam seu comportamento em relação à família? E em relação à saúde? São um recurso para você? E para os outros membros da família?
19. Seu modo de ser em relação à sua família é influenciado pela sua religião? De que modo?
20. Conhece associações/serviços comunitários onde você mora? Quais recursos comunitários sua família utiliza?
21. Existe algum serviço/recurso comunitário que você gostaria de conhecer?

DESENVOLVIMENTO

1. De que maneira o diagnóstico de ----- influencia sua ligação com seu(sua) companheira?
2. Quantas horas/dia você gasta tomando conta de seu(sua) esposo(a), irmã(o)? E os demais membros da família, quanto tempo dedicam?
3. Este é um equilíbrio confortável para ambos?
4. Quando você relembra sua vida, quais aspectos você mais gosta?
5. O que o fez se sentir mais feliz?
6. Quais você lamenta?
7. Qual é a sua expectativa em relação ao futuro de sua família? filhos(as)?

FUNCIONAL

1. Quem na família, geralmente inicia as conversas sobre sentimentos? Quem tem mais facilidade de falar sobre sentimentos?
2. Quando seu esposo(a) está feliz de que maneira ele(a) expressa isso?
3. Quando seu esposo(a) está com raiva de que maneira ele(a) expressa isso?
4. Quando seu esposo(a) está triste de que maneira ele(a) expressa isso?
5. Quem se comunica de forma mais clara e direta?
6. Quais maneiras vocês encontraram para manter boas conversações diretas?

Solução de problemas

1. Quem foi o primeiro a notar o problema?
2. É essa pessoa que normalmente nota estas coisas?
3. Quem vocês procuram quando sentem a necessidade de conversar sobre problemas de saúde?
4. Quando falam sobre as condições de saúde de-----, que efeito isto provoca em você?
5. Até que ponto você acha que sua família controla a doença-----? Em que medida a doença afeta sua família?
6. O que você considera como o item mais positivo/útil oferecido pelos profissionais de saúde, no sentido de ajudá-los a enfrentar o sofrimento decorrente de(a)-----? Qual é o menos proveitoso?
7. Qual impacto a doença de -----causou no sentido de aproximar ou afastar mais os membros da família?