

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ABORDAGEM FAMILIAR
EM VISITA DOMICILIÁRIA
EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Benvinda Maria Marques Pedroso

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Este relatório inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Orientador

Professor Doutor Manuel José Lopes

2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ABORDAGEM FAMILIAR
EM VISITA DOMICILIÁRIA
EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Benvinda Maria Marques Pedroso

**Relatório Apresentado para a Obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria**

Este relatório inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Orientador

Professor Doutor Manuel José Lopes

2011

“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as necessidades vitais”

Collière, 1999

“Práticas clínicas excelentes requerem acção e raciocínio em transição com situações particulares”

Benner, 2005

“As enfermeiras têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde”

Wright & Leahey, 2009

AGRADECIMENTOS

Ao Miguel, esta nova luz na minha vida...

Ao Duarte pelas frequentes demonstrações de afecto e mimo que me deram alento e coragem...

Ao João pela perspicácia e humor e pela tradução das músicas espanholas nas cansativas viagens...

Ao Mário pela paciência e compreensão tantas vezes colocadas à prova...

Aos meus pais, a quem cada dia dou mais valor, pelo incansável auxílio e apoio...

Aos colegas e amigos pelos desabaços e cumplicidades...

Ao Prof. Dr. Manuel Lopes por ser uma fonte de inspiração e motivação permanente...

Aos utentes e familiares, competentes parceiros no cuidar...

**A todos o meu profundo reconhecimento pela inegável
importância na minha vida e na pessoa que sou...**

RESUMO

Palavras-Chave: Enfermagem de saúde mental e psiquiatria, visita domiciliária, família, modelos de avaliação e intervenção familiar.

Considerando a família como foco de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, foi realizada a análise da prática clínica de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados em visita domiciliária, através dos registos de enfermagem existentes nesse contexto. Partindo dos conceitos de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, família, modelos teóricos de avaliação e intervenção familiar e visita domiciliária; procurou-se compreender que modelos de abordagem familiar emergem dos registos de enfermagem das visitas domiciliárias, assim como identificar intervenções dirigidas a utentes e familiares numa perspectiva sistémica.

Embora sem identificação completa com modelos teóricos existentes, concluímos que existe, sem dúvida, atenção dada aos familiares, sendo realizada frequentemente avaliação de relacionamentos, padrões de interacção, apoios e recursos, necessitando de melhorias que permitam que seja realizada de uma forma sistematizada, criteriosa, fundamentada e claramente documentada.

“FAMILY APPROACH IN HOME VISITS IN PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NURSING”

ABSTRACT

Key-words: Psychiatric mental health nursing, home visits, family, models of family assessment and intervention

Considering family care central, in psychiatric mental health nursing, an analyses of nursing clinical practice in home care context, was accomplished; using the nursing notes existents in that context. Based on concepts of psychiatric mental health nursing, family, conceptual models of family assessment and intervention and home care; we tried to understand what kind of family approach emerges from the nursing notes, as well as identify what interventions are directed to patients and families in a systemic perspective.

Although without clear identification of the conceptual models existents, we realise that attention giving to families, exists, without doubted, with frequent relationships assessments, interaction patterns, supports and resources, however with the need to improve in a more grounded, systematic and discerning way and clearly documented.

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1: Momento para envolver a família nos cuidados de saúde segundo Doherty	17
Figura 2: Estrutura conceptual da enfermagem de família segundo Hanson	25
Figura 3: Abordagens à família segundo Hanson	29
Figura 4: Diagrama Ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família	31
Figura 5: Abordagens à família segundo Hanson	32
Figura 6: Abordagens à família segundo Friedmann	33
Figura 7: Distribuição geográfica do concelho de Mafra	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico 1 – Distribuição de utentes por concelhos de residência	44
Gráfico 2 – Distribuição de utentes por género	45
Gráfico 3 – Distribuição etária dos utentes	45
Gráfico 4 – Distribuição de utentes por composição de agregado familiar	45
Gráfico 5 – Distribuição de utentes por pessoa de referência	45
Gráfico 6 – Distribuição de utentes de acordo com classificação social de Graffar	45
Gráfico 7 – N° de visitas domiciliárias por utente	46
Gráfico 8 – Distribuição mensal de visitas domiciliárias e utentes	47
Gráfico 9 – N° de visitas domiciliárias realizadas apenas com utentes ou com familiares ou com ambos	57
Gráfico 10 – Parâmetros de avaliação familiar identificados por registo e por utente	63
Gráfico 11 – Parâmetros de avaliação familiar avaliados em 1 ^{as} visitas	65
Gráfico 12 – Parâmetros de intervenção familiar identificados por registo e por utente	76

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 – Fundamentos teóricos usados na prática de enfermagem de família	30
Quadro 2 - Objectivos definidos por utente e visita domiciliária	48
Quadro 3 - Grelha de identificação de recolha de informação prévia e de distribuição de objectivos definidos, presentes nos registos de enfermagem, por utentes e visitas domiciliárias	50
Quadro 4 - Grelha resumo da análise dos registos de enfermagem, por utentes e visitas domiciliárias	56
Quadro 5 - Grelha resumo dos parâmetros da avaliação familiar	64
Quadro 6 - Grelha resumo dos parâmetros da intervenção familiar	77

ÍNDICE	Páginas
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria	14
1.2 Enfermagem de Família	16
1.2.1 A família como sistema	17
1.2.2 Cuidados de enfermagem à família	25
1.2.3 Modelos Teóricos na Abordagem Familiar	28
1.3 Visita Domiciliária	34
2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	39
2.1 Considerações éticas	42
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
3.1 Caracterização da população e da intervenção	43
3.2 Análise documental aos registos de enfermagem	47
3.2.1 Definição de objectivos e preparação das visitas domiciliárias	48
3.2.2 Tipos de avaliação clínica diagnóstica	49
3.2.3 Identificação de temas e sub-temas de interesse	55
3.2.3.1 <u>Avaliação</u>	58
3.2.3.1.1 <i>Avaliação do utente</i>	58
3.2.3.1.2 <i>Avaliação do domicílio</i>	60
3.2.3.1.3 <i>Avaliação de recursos</i>	62
3.2.3.1.4 <i>Avaliação familiar</i>	63
3.2.3.2 <u>Intervenção familiar</u>	75
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	94

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Fichas de identificação de utente - Códigos

Anexo II – Registos de enfermagem das visitas domiciliárias

Anexo III – Grelha descritiva de temas e sub-temas identificados nos registos de enfermagem

INTRODUÇÃO

A admissão ao Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na sequência da anterior Pós-Licenciatura na mesma área, acentuou algumas das questões que se foram colocando ao longo da minha vida profissional, aproveitando-se este momento, para reflectir, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, que permitam, no contexto profissional, dar respostas activas a situações reais, problemáticas.

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria tem como finalidade desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria com base em conhecimentos científicos, técnicos, humanos e culturais.

Tendo previamente obtido o título profissional de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, conferido pela Ordem dos Enfermeiros, procuro agora, neste novo momento de aprendizagem, continuar a dar resposta a objectivos como:

- ✓ Compreender a saúde mental e as alterações comportamentais no contexto da experiência humana de saúde;
- ✓ Desenvolver competências clínicas de natureza conceptual e instrumental;
- ✓ Desenvolver competências de elaboração e execução de relatórios de prática clínica.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, nº3 do artigo 4º do Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro, o enfermeiro especialista *“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*.

A Classificação Nacional das Profissões refere que o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria tem competência e autonomia para programar, executar e avaliar

cuidados especializados de enfermagem, tanto no âmbito do tratamento como no da educação para a saúde, prestando cuidados a nível individual, familiar e comunitário.

Deverá ainda participar em equipas multidisciplinares com vista a analisar e estudar problemas de saúde, com ênfase (...) na determinação das necessidades em cuidados especializados, bem como na definição de indicadores de saúde e melhoria do nível de saúde, na área da saúde mental e psiquiatria. Instituto do Emprego e Formação Profissional, (2008).

Recentemente, a Ordem dos Enfermeiros, descreveu o perfil de competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista, referindo, nomeadamente, que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria

“detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental; (...) a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; presta cuidados no âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter; melhorar e recuperar a saúde.”

Ordem dos Enfermeiros; 2009, p.22

Em virtude do percurso profissional, assim como dos projectos desenvolvidos na área da intervenção terapêutica dirigida a utentes e famílias (no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa), surge agora a oportunidade de actualizar e aprimorar formação específica sobre a intervenção sistémica e familiar.

Assim, este relatório, baseado na análise da prática clínica de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados em saúde mental e psiquiatria, pretende identificar modelos de avaliação familiar existentes no contexto de visita domiciliária, através da análise dos registos elaborados nesse âmbito; aprimorando e melhorando a prática de cuidados através desta análise e consequente reflexão.

Assim, está dividido em duas partes principais, uma primeira em que é descrito o enquadramento teórico, de suporte à temática em análise e uma segunda parte dedicada à descrição do trabalho de análise realizado, com apresentação dos resultados obtidos e reflexão sobre as competências adquiridas e as conclusões atingidas, de acordo com os objectivos inicialmente traçados.

Toda a documentação de apoio ao relatório, nomeadamente as fichas de identificação codificadas, assim como a transcrição dos registos de enfermagem, respectiva grelha de análise e grelha descritiva de temas, será incluída em anexo.

A formação profissional, nomeadamente o curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, constitui-se como uma oportunidade de reconhecimento de profissionais participativos, activos na transformação dos contextos de trabalho e de vida, sendo fundamental desenvolver a capacidade de compreensão dos fenómenos de uma forma global e sistémica.

Deste modo, espero que a elaboração deste relatório seja mais uma ferramenta na construção do meu percurso tanto profissional como pessoal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O quadro conceptual ou de referências “representa as bases teóricas ou conceptuais (...), as quais permitem ordenar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar ou predizer relações entre eles” Fortin (2000, p.89).

Assim, esta parte do relatório é o resultado da pesquisa efectuada a um conjunto de publicações, pretendendo descrever as bases teóricas e conceptuais e clarificar o conhecimento actual no âmbito do exposto neste relatório.

Considerámos pertinente abordar os conceitos de Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, Enfermagem de Família e a Visita Domiciliária, uma vez que os consideramos de base no âmbito deste relatório.

1.1 Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

Ajudar o outro, afectado por uma perturbação que o coloca numa realidade diferente daquela que os outros percebem, a redireccionar os sentidos para uma realidade concreta que ele não percebe; a situar-se num mundo que o estigmatiza, quando em crise; acalmá-lo quando se encontra agitado e hiperactivo; tentando incutir-lhe ânimo e apoiando-o quando deprimido; em suma, proporcionando-lhe um ambiente onde seja possível a sua recuperação, é o campo onde a enfermagem desenvolve a sua acção no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.

Taylor (1992), aborda a enfermagem psiquiátrica como “... *um processo onde a enfermeira auxilia as pessoas, individualmente ou em grupos, a desenvolverem um auto-conceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade.*”

Apesar de todas as teorias e modelos de enfermagem conceptualizarem tanto os cuidados aos indivíduos como aos grupos e às famílias; na prática, a assistência integral à família ou a visão da família como unidade de assistência nos serviços de saúde, nem

sempre é uma realidade. Por vezes, os familiares são esquecidos ou tidos em conta apenas de forma parcial e raramente tratados como uma entidade que pode, ela própria, necessitar de cuidados de enfermagem.

Esta acção deve estender-se às famílias/cuidadores, tendo os enfermeiros obrigação de os incluir na prestação de cuidados. A evidência teórica, prática e a que resulta da actividade desenvolvida em projectos de investigação; do significado que a família dá ao bem-estar e a saúde dos seus membros, assim como a influência sobre a doença, obriga-nos a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.

O apoio familiar depende da capacidade dos enfermeiros em identificar, compreender e valorizar as necessidades da mesma, tornando-se esta uma das razões pela qual o tratamento do doente psiquiátrico tem de ser, cada vez mais, um esforço colectivo de uma equipa multidisciplinar que inclui o doente e a família nesse processo.

Como parceiros do cuidar, as famílias podem ter um papel activo na prestação de cuidados ao doente, assim como na tomada de decisões respeitantes a esse cuidado e no processo de reabilitação. Como receptores de cuidados, as famílias requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a poderem reunir as melhores condições para lidarem com a situação/problema.

Toda a estratégia para intervir no âmbito da Saúde Mental aponta para uma maior necessidade de “pensar” o utente portador de doença mental como um indivíduo inserido numa família e integrado numa comunidade. São disso reflexo, os princípios gerais da política de Saúde Mental, ao privilegiar a prestação de cuidados de saúde mental por equipas multidisciplinares a nível da comunidade (Lei 36/98 de 24/07).

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem desenvolvido esforços crescentes no intuito de afirmar a figura do enfermeiro de família, essencialmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, referindo que ele deverá contribuir

“de maneira muito útil nas actividades da saúde e prevenção da doença, para além das suas funções de tratamento (...) empregar uma grande parte do seu tempo junto dos doentes e famílias, no domicílio destes (...) podem

favorecer a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início (...) Podem contribuir para o encurtamento das hospitalizações (...) podem desenvolver o papel de ligação entre a família e o médico, assumindo a responsabilidade, quando as necessidades identificadas, reclamam expressamente cuidados de enfermagem.”

OMS, Saúde XXI

A Ordem dos Enfermeiros, na redacção da proposta de implementação e consolidação do enfermeiro de família em Portugal, refere que, no entender dos utentes, a existência

“de um enfermeiro de família promove estabilidade, segurança, desconstracção, redução da ansiedade e é um suporte/apoio fundamental para a família que tem um doente no domicílio”; assim como, para o enfermeiro “a família é o contexto que potencia as mudanças de comportamento e a evolução da saúde, pelo que faz sentido ser aí o palco privilegiado da actuação do enfermeiro.”

1.2 Enfermagem de família

Ao longo do ciclo da vida, habitualmente, pensamos a família como o “espaço” em que nascemos, crescemos, vivemos e morremos, sendo esse espaço *“privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção (...) espaço de vivência de relações afectivas profundas (...) e que constitui uma importante base da vida social.”* Alarcão (2002, p.37).

O enfermeiro, como ser social, também sofre as influências do ambiente que o rodeia e, inevitavelmente, adopta comportamentos de acordo com a cultura social, profissional e organizacional do meio em que está inserido. Em termos históricos, o envolvimento da família faz parte da enfermagem desde o seu início embora o seu percurso tenha sido algo atribulado, tal com referido por Wright & Leahey (2009, p.2).

Se no início da enfermagem, os cuidados eram prestados nos domicílios e a família explicitamente envolvida; com a passagem aos cuidados hospitalares, familiares ou pessoas significativas foram, muitas vezes, esquecidos ou ignorados.

Cuidar a partir de um enfoque familiar significa considerar e incluir a família no processo de prestação de cuidados. Segundo Hanson (2005, p. 19), a família como

receptora de cuidados de enfermagem, surge como conceito desenvolvido por volta de 1920, quando se começou a afirmar que a família era a unidade de serviço para a enfermeira de saúde pública, passando as enfermeiras a ser atribuídas às famílias.

O mesmo autor refere as linhas de orientação de Doherty (1985), no intuito de ajudar os profissionais de saúde a saber quando devem envolver a família na prestação de cuidados (2005, p. 24)

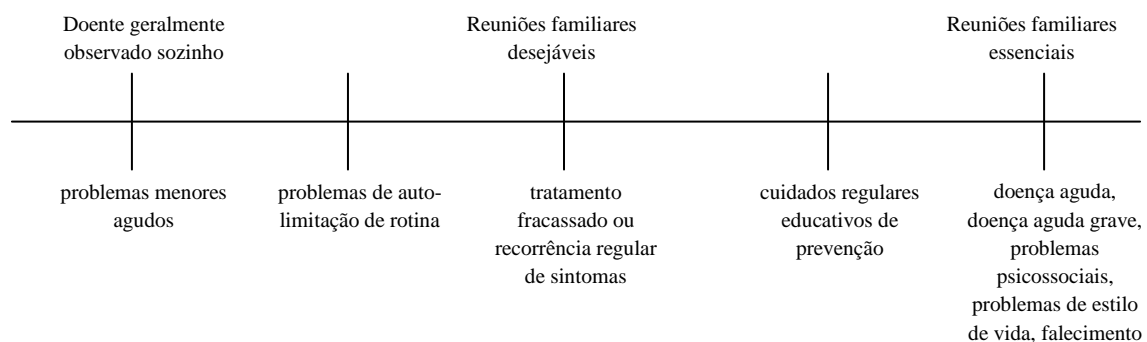


Fig. 1 Momento para envolver a família nos cuidados de saúde segundo Doherty

Fonte: Hanson, S. (2005). *Enfermeiras de cuidados de saúde à família*. P.24

1.2.1 A família como sistema

Para compreender os vários conceitos inerentes à palavra família, é necessário conceptualizá-la ao longo dos tempos e inserida na sociedade.

Existem provas de vida familiar pré-histórica, encontradas por arqueólogos e antropólogos que, embora diferentes em forma, não o seriam muito, em função. Constituindo-se já, nesta altura, como unidades básicas da sociedade, “*a estrutura, o processo e a função da família eram respostas às necessidades diárias*” Hanson (2005, p. 25).

A família evoluiu a par da comunidade, da civilização. Inicialmente, tendo início num processo cultural de partilha de valores e atitudes, que permitiam aos membros de um determinado grupo agirem de modo previsível e; posteriormente, sob formas de vínculo, como o acasamento, que permitiram a definição de papéis masculinos, femininos e parentais, por exemplo.

Ao longo da história, a complexidade social fez evoluir as definições e os conceitos de família. Na Europa, a família era essencialmente definida por laços de consanguinidade enquanto que na América primava, mais que a lógica da consanguinidade, uma lógica económica. A Revolução Industrial trouxe algumas mudanças essencialmente em termos da forma da família e, segundo Hanson, “*Alguns crêem que a ideia da família nuclear surgiu com a Revolução Industrial*” (2005, p.26). Actualmente, as famílias não podem existir desligadas do passado que as compõe nem do vasto sistema de que fazem parte.

O mesmo autor refere seis funções tradicionais desempenhadas, pela família, ao longo dos tempos:

- ✓ assegurar a sobrevivência económica;
- ✓ reproduzir a espécie;
- ✓ proporcionar protecção;
- ✓ transmitir fé religiosa;
- ✓ educar (socializar);
- ✓ conferir estatuto.

Em 1968, Ludwig Von Bertalanffy, criou a Teoria Geral dos Sistemas afirmando que “*sistema é um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas*”; e acrescentando ainda que, do conceito atrás referido decorrem dois conceitos: o de propósito (ou objectivo) e o de globalismo (ou totalidade).

Esta teoria estabelece que todos os elementos estão em interacção numa organização complexa. Os sistemas vivos são essencialmente abertos, ou seja, existe troca de matéria com o meio ambiente implicando a importação e exportação de energia, reconstrução e destruição dos materiais que o compõem. Há crescimento do sistema quando a construção supera a demolição, há estagnação quando há equilíbrio de ambos os processos. A falta de equilíbrio leva à destruição do organismo.

Bertalanffy vê cada organismo como um sistema, isto é, uma ordem dinâmica das partes e processos entre os quais se exercem interacções recíprocas. O Homem é então um

sistema em permanente transformação, possuindo capacidade de adaptação às diferentes situações que tem de enfrentar no que concerne às mudanças que ocorrem no seu meio interno e externo.

Estão definidos 4 conceitos base para a compreensão desta teoria:

Propósito ou objectivo: todo o sistema tem um ou alguns propósitos ou objectivos. As unidades ou elementos (ou objectos), bem como os relacionamentos, definem um arranjo que visa sempre um objectivo a alcançar.

Globalismo ou totalidade: todo o sistema tem uma natureza orgânica pela qual uma acção que produza mudança em uma das unidades do sistema, com muita probabilidade deverá produzir mudanças em todas as suas outras unidades. O efeito total dessas mudanças ou alterações apresenta-se como um ajustamento de todo o sistema. Há uma relação causa/efeito entre as diferentes partes do sistema, de natureza circular e reversível. Assim, o sistema sofre mudanças e o ajustamento sistemático é contínuo. Das mudanças e dos ajustamentos contínuos dos sistemas, decorrem dois fenómenos: o de entropia e o de homeostasia.

Entropia: é a tendência que os sistemas têm para o desgaste, depleção de energia, para a desintegração, para o afrouxamento dos padrões e para o aumento da aleatoriedade. À medida que a entropia aumenta, os sistemas decompõem-se em estados mais simples. À medida que a informação aumenta, diminui a entropia, pois a informação é a base da configuração e da ordem. O culminar da entropia no homem é a doença e a morte. Daí o conceito de *neguentropia*, a informação como meio ou instrumento de ordenação e evolução de sistemas. Este processo na conservação de energia, estimulando a organização e complexidade, vai movendo o sistema para a estabilidade ou bem-estar

Homeostasia: é o equilíbrio dinâmico entre as partes do sistema. Um sistema é considerado holístico quando quaisquer partes ou subpartes podem ser organizadas num todo interrelacionado. Os sistemas têm tendência a adaptarem-se a fim de alcançarem um equilíbrio interno em face das mudanças externas do meio ambiente. Esta teoria define o ***processo homeostático*** como aquele que permite que o organismo mantenha o seu equilíbrio, e, conseqüentemente, a sua saúde, em condições variáveis. A cada

momento que passa o organismo vê o seu equilíbrio alterado, através do surgir de novas necessidades. O processo homeostático que as satisfaz torna-se assim contínuo. Quando o processo falha, o organismo torna-se incapaz de satisfazer as suas necessidades. Se permanecer demasiado tempo em estado de desequilíbrio surge a “doença”. Quando o processo homeostático falha por completo, o organismo morre. São os fenómenos homeostáticos e a sua capacidade de mudança e interacção dinâmica interdependente que contribuem para a existência de um equilíbrio dinâmico dentro do próprio sistema.

Bertalanffy definiu ainda certos dogmas relacionados com os sistemas. Esses dogmas incluem:

- ✓ Os sistemas possuem holismo. Isto é, um sistema é maior do que a simples soma das suas partes.
- ✓ Os sistemas estão organizados em hierarquias que interagem entre si quer, externamente, em relação com conjuntos de sistemas quer, internamente, num dado sistema.
- ✓ Os sistemas existem para servir uma função.
- ✓ Os sistemas mudam ao longo do tempo.
- ✓ Os sistemas possuem a propriedade de reciprocidade. Ou seja, cada componente de um sistema afecta todas as outras componentes. Assim, uma mudança numa componente leva à mudança de todas as outras componentes.
- ✓ A propriedade da reciprocidade dita que a causalidade é múltipla e/ou circular em natureza. Não existem simples relações de causa-efeito nos sistemas.
- ✓ Os sistemas possuem vários graus de abertura – ex: a troca de energia com o ambiente. O grau de abertura é uma medida de capacidade que o sistema tem para mudar e da sua relativa estabilidade.
- ✓ Os sistemas possuem fronteiras – ex: o filtro que permite a troca de energia entre um sistema e o seu ambiente. A permeabilidade de uma fronteira é função da abertura do sistema.
- ✓ Os sistemas funcionam num estado de equilíbrio dinâmico – ex: o equilíbrio entre as exigências e os recursos externos e as necessidades e recursos internos.
- ✓ Os sistemas auto-corrigem-se, ou seja, através do “feed-back” um sistema adapta-se para manter estabilidade.

- ✓ Os sistemas funcionam de acordo com quatro imperativos, devendo: obter, reter e manter as necessidades para funcionar e libertar-se dos elementos nocivos.
- ✓ Todos os sistemas possuem isomorfismo. Portanto, o conhecimento de um sistema pode ser transferido e aplicado a outros sistemas.

Chiavenato entende ainda que *“sistema é um conjunto de elementos interdependentes e interagentes; um grupo de unidades combinadas que formam um todo organizado e cujo resultado (output) é maior do que o resultado que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente”*.

O ser humano, por exemplo, é um sistema que consiste num conjunto de sub-sistemas que, tendencialmente, funcionam de modo coordenado. O feedback é o processo pelo qual a matéria, energia e informação, como output (saída) do sistema, fornece informação (retroacção) para acções correctivas tendentes a mudar, aumentar ou estabilizar o sistema. Resumindo, o input processado providencia outputs como feedbacks para futuros inputs criando um padrão organizado dentro do sistema aberto. Os sistemas abertos mantêm-se em equilíbrio apesar dos processos contínuos de *importação, exportação, construção e demolição*.

Tendo por base conceitos como estes, Andolfi (1981) referia que *“a família é um sistema entre sistemas e que é essencial a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros e para a formulação de intervenções eficazes”*.

A família, entendida como sistema, desempenha diversas funções com objectivos diferentes: intrafamiliar - desenvolvimento e protecção psicossocial dos seus membros no processo de individualização; e extrafamiliar - acomodação a uma cultura e a sua transmissão no processo de socialização.

De acordo com Minuchin (1990), a família é um sistema aberto e em transformação constante pela troca de informações com os sistemas extra familiares. As acções de cada um dos seus membros são orientadas pelas características intrínsecas ao próprio sistema familiar, mas podem mudar diante das necessidades e das preocupações externas.

Hanson (2005, p.6), refere a definição dada pelo Department of Family Nursing do Oregon Health Sciences University em 1985 em que “*A família é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária (...) caracteriza-se pelo compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objectivos*” mas acaba por adoptar a definição em que “*Família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos.*”

Concordamos com esta auto-definição referida por Hanson (2005) assim como com Wright e Leahey (2009), quando afirmam que “*família é quem os seus membros dizem que são*” (p.48).

O conceito de família tem sofrido significativas alterações ao longo dos anos, decorrentes de mudanças ocorridas a nível sociológico, psicológico, cultural e educacional. As definições actuais de família, reunindo conceitos advindos da Antropologia, da Sociologia e da Psicologia, tentam ter em conta tanto a função como a estrutura da família, passando o foco dos tradicionais e exclusivos laços biológicos a dar lugar a outras definições mais abrangentes que consideram a família um conjunto de elementos com interrelação entre si, influenciados por significações sociais, políticas, culturais, etc; apontando desta forma para os contextos relacionais e sistémicos que favorecem a proximidade dos elementos.

A Classificação Internacional da Prática de Enfermagem define família como

“Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”.

In CIPE versão 1.0

Nas definições antropológicas, o foco de interesse do estudo sobre famílias consiste na estrutura das relações, em termos do grau e da natureza do parentesco. Sociologicamente, a família é definida como um sistema social dentro do qual podem ser encontrados subsistemas, dependendo de seu tamanho e da definição de papéis.

Tendo em conta que, dentro de uma família, cada indivíduo representa *per si* um papel na estrutura social, verificamos que a interacção que cada indivíduo estabelece com as pessoas que o rodeiam, leva a que, progressivamente, a organização familiar e a sua estrutura se vão modificando.

Aplicado à família, Alarcão (2002, p.49) define organização como “*o conjunto de relações que constituem o edifício familiar nos seus componentes básicos*”; e estrutura, como “*o conjunto de relações que se estabelecem em cada etapa da vida da família e que lhe vão conferindo configurações particulares, sem nunca lhe modificar a identidade básica*”.

Mas, se por um lado a família é útil e fundamental ao desenvolvimento individual de cada pessoa, por outro lado, ela também pode ser prejudicial para os seus elementos. A sua organização e estrutura não são estáveis e para que cada elemento da família se desenvolva e sobreviva é preciso que a família se vá modificando, evoluindo, sobrevivendo às crises de desenvolvimento com que se depara, para assim atingir diferentes estádios de evolução.

As definições psicológicas descrevem o grupo familiar como um conjunto de relações. A família pode ser vista como totalidade, sistema ou grupo formado por pessoas que se relacionam entre si, por parentesco e/ou por se considerarem pertencentes àquele contexto. Tais relações, idealmente, caracterizam-se por união e por influência recíproca directa, intensa e duradoura.

Alarcão (2002, p.40) refere que

“a família pode ser considerada como um sistema pois, tal como em qualquer outro, também ela: 1) é composta por objectos e respectivos atributos e relações, 2) contém sub-sistemas e é contida por diversos outros

sistemas, ou supra-sistemas, todos eles ligados de forma hierarquicamente organizada e 3) possui limites ou fronteiras que a distinguem do seu meio”.

Segundo Relvas (2000), *“A família é efectivamente um sistema, mas não é um sistema qualquer: é um grupo com uma história que se vai construindo progressivamente ao longo do tempo”.*

Partindo desta noção, a mesma autora refere que cada família é “obrigada” a transformar-se ao longo do tempo em três aspectos fundamentais: estrutural, interaccional e funcional.

A família, numa abordagem sistémica, é entendida como um todo irredutível que se caracteriza por um padrão de organização diferente do resultante da soma das partes, uma unidade com características que lhe são próprias, que ultrapassam as características de cada membro e que deverá ser alvo da atenção de Enfermagem.

Estas visões de família revelam-na como um sistema que, sendo autónomo é igualmente integrado, não desprezando a relação que tem relativamente aos restantes sistemas, tentando manter a estabilidade e o sentido de equilíbrio nos seus relacionamentos internos e externos. Pressupõem uma visão de família organizada, que enfrenta eventos stressores, mas encontra recursos em si mesma ou no seu ambiente para voltar a um estado de equilíbrio. No entanto, a família também pode ser ameaçada por essas mudanças e pelos períodos de desequilíbrio.

De todos os grupos sociais, a família é, provavelmente o mais controverso. Ao longo dos tempos, a família foi fragmentada e analisada por investigadores de várias áreas; pesada, medida, quantificada. Tal com refere Gameiro (1992), *“A família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados (...), a simples descrição dos elementos de uma família, não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional da sua estrutura.”*

São vários os elementos teóricos que proporcionam um corpo de conhecimentos indispensável para o estudo da família; esses elementos ou pontos de referência são

fundamentais para que se possa, segundo metodologia precisa, estudar cientificamente a família. A avaliação da família revela-se, deste modo, fundamental para a definição da intervenção a seguir.

1.2.2 Cuidados de enfermagem à família

Hanson (2005, p.8) define enfermagem de cuidados de saúde à família como

“...o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de acção da prática de enfermagem. A enfermagem de família pode ter como objectivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade”

O mesmo autor apresenta uma estrutura conceptual para a enfermagem de família, referindo que *“A enfermagem de família toma em consideração todas as quatro abordagens de observação da família e, ao mesmo tempo, perpassa o indivíduo, a família e a comunidade com o objectivo de promover, manter e restaurar a saúde das famílias, que é importante para a sobrevivência da sociedade.”* (2005, p.8)

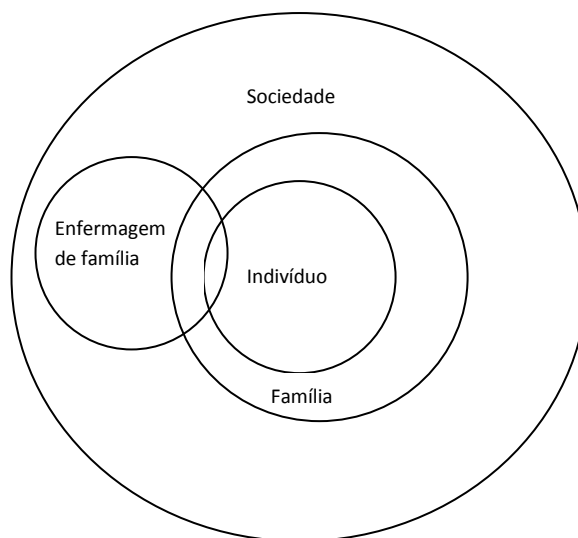


Fig.2 Estrutura conceptual da enfermagem de família segundo Hanson

Fonte: Hanson, S. (2005). *Enfermeiras de cuidados de saúde à família*. P.8

Até há algum tempo, a imagem e o conceito que os enfermeiros tinham da importância da relação a estabelecer com os familiares dos doentes, correspondia à imagem

generalizada, enraizada na sociedade, de não valorização dos mesmos. De igual modo, era frequente a aceitação do modelo biomédico como referência para os cuidados de enfermagem, implicando que, para além dos cuidados directos à pessoa doente, tudo o resto fosse deixado para segundo plano.

A família tornar-se, cada vez mais, parceira activa dos profissionais de saúde, nas interacções com os doentes. O relacionamento família/profissionais de saúde é agora dinâmico, ocorrendo num novo contexto de competências.

No âmbito dos cuidados de saúde à família pretende-se reforçar alguns aspectos, nomeadamente, a conceptualização e classificação de fenómenos de interesse para a Enfermagem de Família, a construção de uma ciência cada vez mais sólida e o desenvolvimento de teorias de base na prática que expliquem a interacção entre a enfermagem e a saúde/doença na família, mantendo presente que *“As famílias têm capacidade de solucionar os próprios problemas, e a nossa tarefa como enfermeiras é facilitar e ajudá-las a encontrar as próprias soluções”* Wright & Leahey (2009).

Segundo Hanson (2005, p.7), foi Otto em 1963, *“o primeiro investigador a desenvolver critérios psicossociais para avaliar os pontos fortes da família, que salientavam a necessidade de se centrar nos atributos positivos desta, em vez de na abordagem patológica, que realçava as fraquezas da família.”*

Taylor (1992) referia que, quer se adopte uma perspectiva sistémica ou não, *“é difícil negar que a enfermeira, para ser eficaz, precisa compreender a família”*.

Lopes (2001, p.57), ao abordar as várias escolas de pensamento em enfermagem, descreve a escola da promoção da saúde como a que confere maior preponderância à família, referindo que *“a família é apresentada, simultaneamente, como recurso e como entidade passível de ser intervencionada pela enfermeira”* (p.56) e os cuidados de enfermagem *“são perspectivados com o objectivo de promover, de reforçar e de desenvolver a saúde da família e de todos os seus membros, através da activação do seu processo de aprendizagem.”*

Recentemente, Wright & Leahey (2009, p.1), referem que os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde. *“A evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e o bem estar dos seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, impele e obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem”*.

Extensivo às várias áreas da saúde, também na enfermagem de saúde mental e psiquiatria foi frequente esta circunscrição ao paciente identificado. Na prática de cuidados em psiquiatria e saúde mental, existe uma tradição quase “cultural” de “negligenciar” a família dos que sofrem de patologia mental. No pior dos cenários, as famílias têm sido isoladas e estigmatizadas. Com o processo de desinstitucionalização, a realidade foi sentida intensivamente pelas famílias que foram “obrigadas” a preencher os “vazios” dos cuidados que, anteriormente, eram assegurados pelas instituições.

Os profissionais de saúde mental, reclamaram para si próprios autoridade exclusiva, mas não proveram continuidade dos cuidados na comunidade, ou aos que passavam a acompanhar os doentes. Com a evolução dos conhecimentos e cuidados, no âmbito da Psiquiatria e da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria desenvolveu-se, progressivamente, a passagem de uma função contentora, de restrição/isolamento e aplicação de tratamentos biológicos e/ou somáticos, para o desempenho de um papel psicoterapêutico de relação com o doente, privilegiando uma concepção integrada de cuidados ao indivíduo, família e comunidade.

A vivência diária da prestação de cuidados a doentes do foro psiquiátrico em situação de crise, tanto em serviços de internamento de hospitais psiquiátricos, como em serviços comunitários, permite-nos reconhecer a necessidade crescente da mudança de paradigmas. Simultaneamente à percepção do sofrimento do doente, assiste-se ao sofrimento dos familiares que, confrontados com a doença são, muitas vezes, abandonados à vivência solitária desse sofrimento e a consequentes crises emocionais profundas.

Cada família vista como um todo, é definitivamente una e única, tendo os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria o dever de cimentar esta mudança fundamental, promovendo o envolvimento da família no processo de cuidados.

1.2.3 Modelos Teóricos na Abordagem Familiar

Hanson, (2005), refere que as teorias consistem em conceitos e relações entre eles e que, na enfermagem, a relação entre a teoria e a prática constitui um circuito de resposta dinâmica, em que *“a teoria surge a partir de observações feitas durante a prática e é testada pela investigação (...) teoria, prática e investigação relacionadas com a enfermagem de família estão reciprocamente dependentes umas das outras.”*

O mesmo autor, citando Fawcett (1995) refere que um modelo conceptual é um *“conjunto de asserções gerais que integram dentro de uma configuração ou padrão significativo”*. A sua utilidade para a enfermagem assenta no seu contributo para o desenvolvimento desta disciplina e para o desenvolvimento de competências.

Assim o modelo teórico em Enfermagem:

- ✓ Identifica o Objectivo do Exercício de Enfermagem (O que é a enfermagem).
- ✓ Define o Campo de Acção da Enfermagem (O que os enfermeiros fazem).
- ✓ Proporciona referências para o Registo de Cuidados (Como fazem).

O quadro conceptual de um modelo teórico promove a competência e qualificação do profissional, incrementando por um lado o Conhecimento da Enfermagem e por outro a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, bem como o seu reconhecimento enquanto ciência. O modelo teórico é então um veículo para desenvolver o juízo profissional, para o profissional se questionar e para o profissional se aperfeiçoar. A sua utilidade reside no desenvolvimento de competências cognitivas como *Cuidar*; através da definição dos conceitos de:

- Homem
- Ambiente
- Saúde
- Enfermagem

A sistematização e organização fornecida pelos modelos facilita:

- A síntese e a fundamentação necessárias à avaliação de necessidades
- Aprendizagem do reconhecimento dos problemas e como classificá-los
- A análise e a reflexão
- O pensamento crítico
- O poder de decisão

As estruturas conceituais ou teóricas que fornecem os fundamentos para a enfermagem de família desenvolveram-se a partir de três grandes tradições e disciplinas:

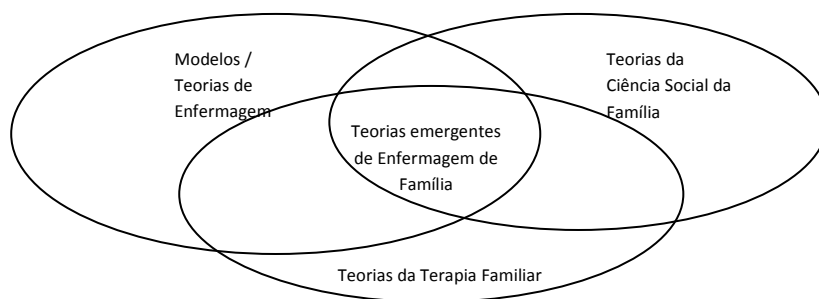


Figura 3: Abordagens à família segundo Hanson

Fonte: Hanson, S. (2001). *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. p. 45

No Quadro 1 são identificados fundamentos teóricos usados na prática de enfermagem de família.

Uma das referências, o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), foi reconhecido pelo International Council of Nurses como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar em todo mundo, pois este modelo descrito no livro *Enfermeiras e Famílias*, é abrangente no seu âmbito abarcando de forma inovadora as várias áreas de atenção do sistema familiar.

Este é, provavelmente, o modelo de enfermagem com enfoque na família mais conhecido entre nós.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS USADOS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Teorias da Ciência Social da Família

Teoria Estrutural-Funcional
Teoria de Sistemas
Teoria Familiar de Desenvolvimento
Teoria Familiar Interactiva
Teoria Familiar do Stress
Teoria da Mudança
Outras
 Teoria do Caos
 Teoria do Intercâmbio Social
 Teoria do Conflito
 Teoria Ecológica
 Teoria Antropológica / Multicultural
 Teoria da Fenomenologia

Teorias da Terapia Familiar

Teoria da Terapia Familiar Estrutural
Teoria da Terapia de Sistemas Familiar
Teoria da Terapia Familiar Interactiva
Outras
 Teoria da Terapia Psicodinâmica
 Teoria da Terapia Experiencial
 Teoria da Terapia Humanística
 Teoria da Terapia Estratégica
 Teoria da Terapia Comportamental / Cognitiva
 Teoria da Terapia Narrativa
 Teoria da Terapia Orientada para a Solução

Modelos e Teorias de Enfermagem

Teoria de Sistemas
King
Roy
Neuman
Orem
Rogers
Friedemann
Outros
 Leininger
 Watson
 Peplau
 Barnard
 Newman
Integradas
 Hanson e Mischke
 Friedman
 Wright e Leahey
 McCubbin e McCubbin

Quadro 1 – Fundamentos teóricos usados na prática de enfermagem de família

Fonte: Hanson, S. (2005). *Enfermeiras de cuidados de saúde à família*. P.44

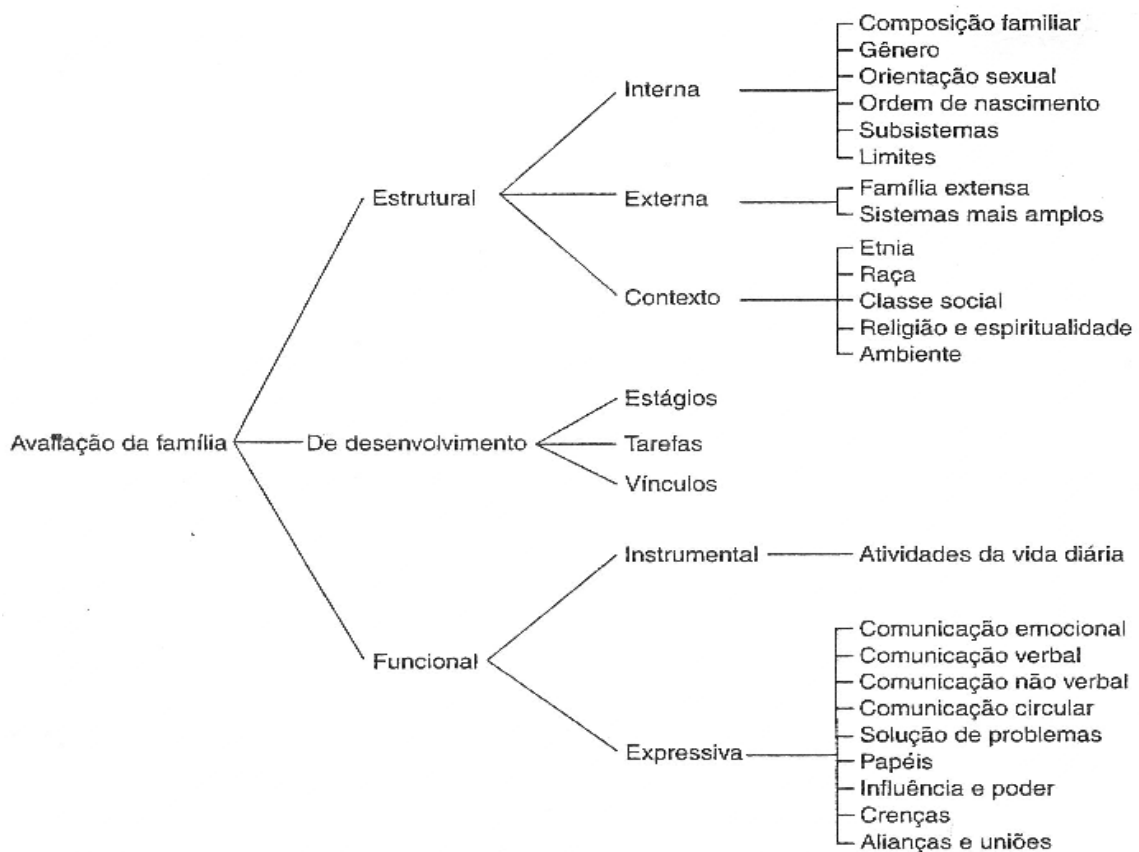


Figura 4: Diagrama Ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família

Fonte: Wright e Leahey (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. p. 46

No entanto, e no âmbito do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no que respeita ao modelo de enfermeiro de família, existem outros modelos com vista à saúde familiar.

Para Hanson (2001), a abordagem à família pode ser feita de acordo com os seguintes níveis de intervenção:

- a) A família como contexto do desenvolvimento individual;
- b) A família como cliente;
- c) A família como sistema;
- d) A família como componente da sociedade.

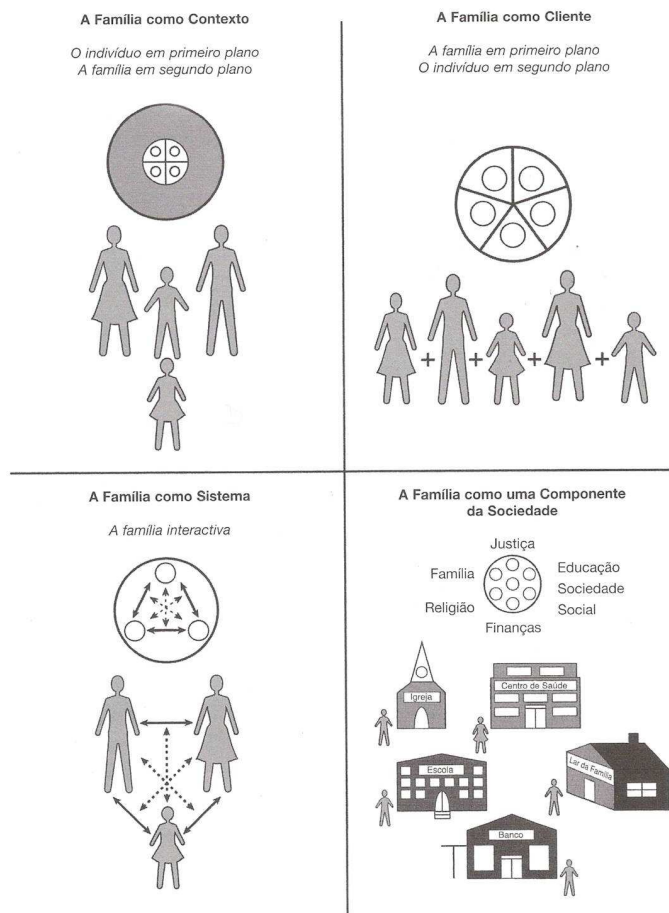


Figura 5: Abordagens à família segundo Hanson

Fonte: Hanson, S. (2001). *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. p. 11

Friedmann concebe a sua abordagem tendo em conta os seguintes níveis de intervenção do enfermeiro:

- A família como contexto do desenvolvimento individual;
- A família como soma das partes;
- Subsistema familiar como cliente;
- A família como cliente.

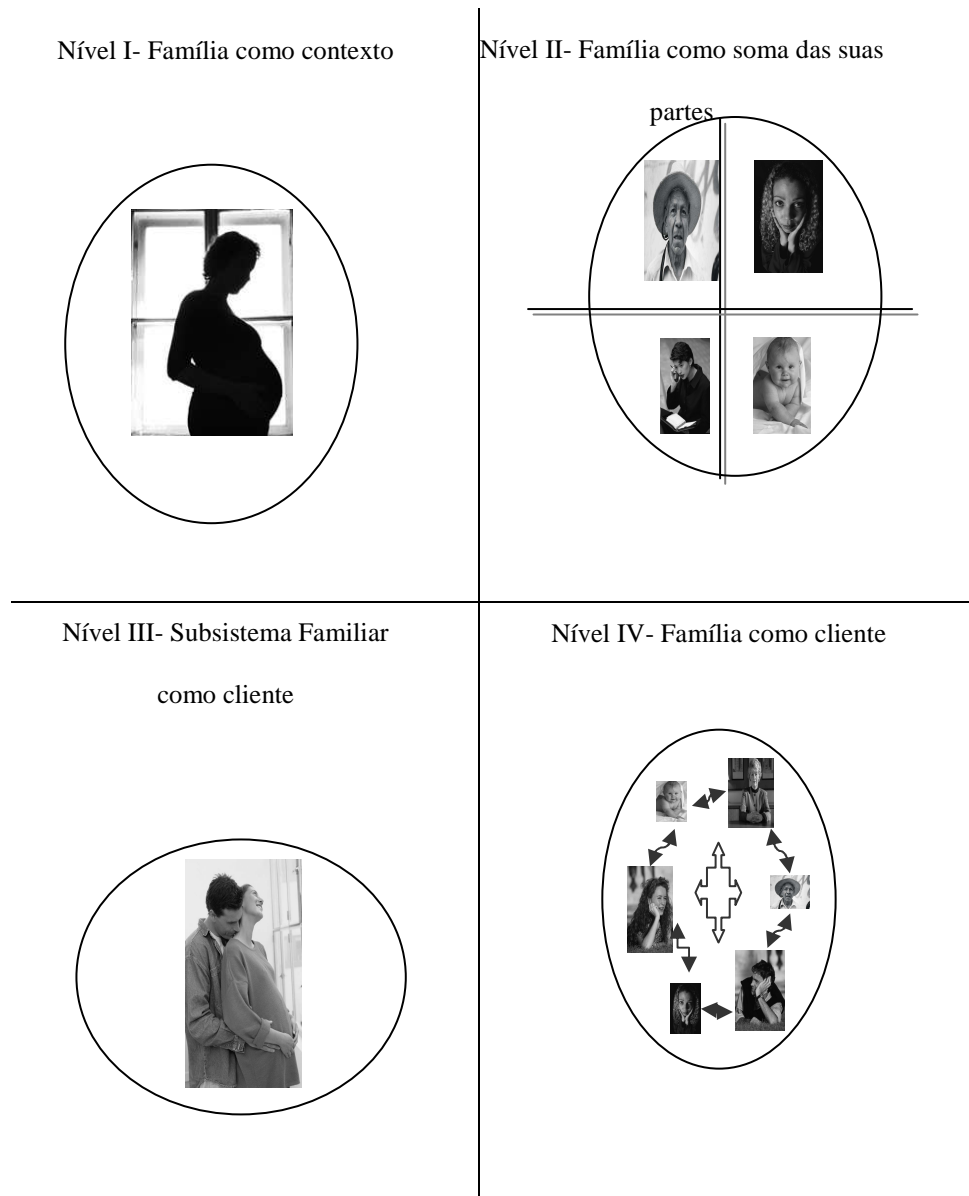


Figura 6: Abordagens à família segundo Friedmann

Fonte: Friedmann (2003). *Family Nursing*. p. 37

Estas autoras, embora utilizando terminologia diferente nas classificações efectuadas, divergem em muito pouco. Friedmann contempla os subsistemas familiares como unidade de cuidados e Hanson inclui a dimensão social da família. Apesar destes modelos de cuidados à família poderem ambos ser utilizados em contexto de saúde mental e psiquiatria, consideramos que o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar é o mais indicado, pois aborda a saúde da família numa perspectiva mais interactiva, mais vasta e mais próxima desta, como uma unidade de cuidados.

1.3 Visita Domiciliária

A Psiquiatria Comunitária é responsável pelo tratamento das pessoas com doença mental grave na comunidade. Referida por alguns como a “terceira revolução na Psiquiatria”, levando os cuidados aos doentes psiquiátricos para as suas casas ou cada vez mais próximo, “encorajando a continuidade do tratamento e cuidados” e proporcionando “um intercâmbio de informações e responsabilidades para com o paciente, quando diferentes terapeutas (...) tratam o paciente em vários ambientes.” Caplan (1980).

O mesmo autor refere ainda que a psiquiatria preventiva faz parte da psiquiatria comunitária, tendo como objectivo “diminuir o aparecimento (incidência), duração (prevalência) e incapacidade residual dos transtornos mentais.”

Contrariamente ao internamento, que quando mantido no tempo, afasta o indivíduo do seu mundo, institucionalizando-o, diminuindo as suas possibilidades de reintegração familiar e social; os cuidados assegurados a nível comunitário, investindo na reabilitação psicossocial e em estruturas extra-hospitalares e privilegiando o acompanhamento em ambulatório, facilitam o retorno à família e a reintegração social.

Segundo a OMS (2000) “...os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado ao tratamento”.

Assumindo como objectivo central, a promoção da saúde mental junto da população; a “abertura” da psiquiatria ao exterior e a integração dos cuidados de saúde mental num conjunto mais amplo de uma rede de cuidados integrados de saúde, torna-se o caminho inquestionável para o conseguir, tendo, a enfermagem, no seio das equipas comunitárias, papel fundamental aos níveis da observação, avaliação, detecção precoce, gestão/encaminhamento e intervenção específica nos casos identificados. Uma postura de interrelação e interdependência; uma postura, essencialmente, de parceria activa, tanto com os serviços de internamento como com as estruturas comunitárias; permite

contribuir para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental do indivíduo, no seu ambiente relacional.

Após a remissão/estabilização do quadro psicopatológico, da situação de crise; numa perspectiva de intervenção comunitária, a pessoa deve ser contemplada nas suas circunstâncias de vida. Desta forma, deve ser implementado um modelo sequencial e abrangente com vista à sua integração familiar, social e profissional, bem como o alcançar de uma efectiva melhoria na sua qualidade de vida.

Nos casos em que o quadro psicopatológico, pela sua gravidade, obriga a um internamento psiquiátrico, privando o doente das suas redes de suporte social, a intervenção precoce na comunidade será, seguramente, o início do seu processo de reabilitação.

Um dos melhores recursos para prestação de cuidados em ambulatório, são as visitas domiciliárias (VD). Desenvolvidas essencialmente ao nível dos cuidados de saúde primários e em estreita ligação com a história da enfermagem de saúde pública; os seus benefícios têm sido amplamente verificados em várias áreas dos cuidados de saúde pré e pós-hospitalares, nas mais diversas especialidades.

Os cuidados domiciliários a doentes, idosos e portadores de deficiências, são descritos ao longo de vários capítulos da história da humanidade. Datam de 400 A.C. alguns registos sobre as visitas domiciliárias praticadas pelos médicos gregos, incidindo essencialmente em questões de saúde pública, controlo do ambiente e condições de higiene. Mas é apenas na segunda metade do Século XIX e início do Século XX, com os crescentes movimentos orientados para a prevenção e promoção na área da saúde pública, que ressurge a assistência ao domicílio como modelo complementar e alternativo de cuidados de saúde. Tradicionalmente, a visita domiciliária reveste-se de um carácter de assistência mas, essencialmente, de educação às populações.

“Os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença (...)

é uma síntese da enfermagem comunitária e de aptidões técnicas seleccionadas de outras especialidades da enfermagem”

Stanhope e Lancaster (1999, p.882-3)

No nosso país, a visita domiciliária vê recentemente reconhecida a sua importância com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através do Decreto-Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho, que a define como

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”

contemplando, entre outras formas de assistência, equipas de prestação de cuidados ao domicílio, conforme graus de dependência, apoios familiares, condições sócio-económicas, entre outras e que permite um maior reconhecimento pelo trabalho desenvolvido por vários profissionais ao longo dos anos, no benefício da melhoria das condições de saúde das populações.

Desenvolvida no âmbito da saúde mental e psiquiatria, a visita domiciliária é uma das áreas de grande investimento na enfermagem desde o início da sua criação, tendo sofrido variadíssimas alterações/evoluções ao longo dos tempos, de acordo com os contextos sócio-económicos e políticas de cuidados de cada país; sendo vários os registos e estudos encontrados na literatura nacional e internacional que descrevem os chamados benefícios da visita domiciliária, embora não sejam assim tão expressivos os trabalhos encontrados quando se trata da especialidade de saúde mental e psiquiatria.

Egry & Fonseca (2000) referem que enquanto a visita domiciliária é um *instrumento*, a família será o *objecto* do processo de trabalho e abordam as várias possibilidades interventivas deste “instrumento” face a este “objecto”. Citando Bertolozzi, as autoras referem que a VD, *“enquanto área de actuação, constitui uma das actividades próprias da enfermagem, numa abordagem ampla que tem a finalidade de estender as acções de saúde à população, dentro de um contexto social”*.

Outra noção importante referida por estas autoras é a de que a preparação para a realização de visitas domiciliárias envolve um conjunto de teorias e de procedimentos, seguindo princípios e técnicas coerentes com esse suporte teórico de assistência de enfermagem ao domicílio; o que é completamente diferente da mera execução de um procedimento isolado, como a convocação de faltosos, por exemplo. Referem ainda que as vantagens da visita domiciliária são inúmeras, tornando-a insubstituível por procedimentos executados no interior de unidades de saúde *“contexto em que as desigualdades sociais que constituem o grande determinante das condições de saúde-doença, muitas vezes são de pouca visibilidade, ...”*

No âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, Reinaldo & Rocha (2002), por exemplo, numa revisão histórica sobre a visita domiciliária, realçam a sua importância defendendo que a VD se constitui como um instrumento facilitador da abordagem a utentes e famílias e referindo que,

“Por meio desse recurso podemos entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. Acreditamos que a VD, após a alta, fornece aos usuários dos serviços de psiquiatria suporte para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento, evitando assim a re-internação. Sua importância vai além do acompanhamento do usuário, engloba também a família deste, que é vista por nós como uma unidade epidemiológica, social e administrativa de trabalho.”

Os mesmos autores, fazem referência a um estudo realizado por Mechanic e McAlpine, sobre o cuidado dos pacientes psiquiátricos, acompanhados nas *Nursing Homes* nos Estados Unidos entre 1985 e 1995, que

“revelou que a procura por este tipo de serviço, onde o indivíduo é acompanhado diariamente em regime de semiinternação, hospital-dia e por VD, tem aumentado. (...) Jovens com diagnóstico recente de transtorno mental, e que não tenham co-morbidade associada, preferem o acompanhamento através de VD, que são realizadas em suas casas, locais de trabalho ou escola, em intervalos de tempo pré-determinado. As visitas de enfermagem são direcionadas a orientar o usuário quanto ao transtorno mental, autocuidado, identificação de situações de risco e uso da medicação”.

Da nossa experiência de prestação de cuidados em contexto domiciliário, em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, estes poderão ser alguns dos objectivos da mesma:

- ✓ Manutenção de cuidados aos utentes com pouca ou nenhuma adesão ao tratamento;
- ✓ Avaliação do estado de saúde e insight sobre a doença;
- ✓ Abordagem conjunta com a pessoa / família no sentido da resolução dos problemas identificados.
- ✓ Promoção da administração de terapêutica psicotrópica de manutenção;
- ✓ Apoio na resolução de conflitos (intra ou extra-familiares);
- ✓ Detecção dos motivos que determinam a falta de comparência nos programas de intervenção terapêutica acordados com os doentes e familiares, sempre que se detecte a sua ausência.

Quanto à abordagem a utilizar, vários autores são concordantes em que a visita domiciliária deve ser realizada recorrendo-se a três formas de abordagem: a entrevista, a observação sistematizada e a intervenção orientada/participativa.

Phaneuf (2005) refere os vários tipos de entrevista a serem realizados de acordo com objectivos previamente definidos, podendo existir para colheita de informação; transmissão de informação ou ensino; suporte psicológico; resolução de problemas e de crise ou modificação de certos comportamentos.

A observação constitui-se como uma ferramenta essencial na avaliação de enfermagem que deve ser utilizada na procura de aspectos significativos físicos, comportamentais e emocionais. A intervenção orientada/participativa refere-se a intervenção dirigida directamente aos processos de doença identificados nos indivíduos e famílias assim como às potencialidades de saúde verificadas.

2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Não sendo este um trabalho de investigação mas sim um relatório elaborado a partir de material clínico decorrente da prestação de cuidados; interessa, de igual modo, tecer algumas considerações sobre a metodologia utilizada na realização do mesmo.

Recorrendo a algumas similaridades do campo da investigação, um dos primeiros problemas que surgiram foi o da “selecção e gestão de informação disponível” tal como referido por Carmo (1998, p.40). Seguindo as orientações do mesmo autor, recorreu-se aos critérios de *familiaridade do objecto de estudo*, da *afectividade* e o dos *recursos*, tal como se um trabalho de investigação se tratasse, uma vez que também se considerou vantajoso que “*o trabalho a empreender se enraíze na experiência anterior*” (...) *que a selecção do campo e do tema (...) deva resultar de uma forte motivação pessoal*” e que exista a “*antevisão de facilidades na captura de meios necessários...*” (1998, p.45-46).

Por outro lado e tal como referido por COLLIÈRE (1999, p.20),

“clarificar a identidade dos cuidados de enfermagem, não só pelo perfil do que a enfermeira/o é, ou deve fazer, ou em que se deve tornar, nem em relação a um modelo teórico susceptível de a formar, mas a identificação da natureza, a razão de ser, a significação, a estimativa social e económica da prestação de cuidados oferecida aos utilizadores, parece ser a chave da evolução da profissão”.

Assim, no âmbito da intervenção comunitária de enfermagem do Sector D – Mafra, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, integrando o Projecto de Intervenção Comunitária definido em equipa multidisciplinar para esta área geográfica e, no intuito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados a utentes e famílias; foi definida como área de análise, a dimensão profissional da abordagem familiar em contexto domiciliário de prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, através da análise documental – registos de enfermagem das visitas domiciliárias, realizadas entre Outubro de 2009 e Junho de 2010. Neste âmbito foram propostos os seguintes objectivos:

- ✓ Compreender que modelos de abordagem familiar emergem dos registos de enfermagem das visitas domiciliárias;
- ✓ Identificar intervenções dirigidas a utentes e familiares numa perspectiva sistémica.

Pretende-se com este relatório obter conhecimentos que permitam compreender melhor a realidade, contribuindo para a optimização da qualidade dos cuidados a utentes e famílias desta área de abrangência, reconhecendo e identificando modelos de abordagem e intervenção dirigidas às famílias.

Definiu-se, no intuito da elaboração deste relatório, analisar os registos de enfermagem produzidos em contexto de visita domiciliária, recorrendo a estratégia descritiva decorrente da análise documental exploratória, dos registos de enfermagem das visitas domiciliárias de Mafra, utilizando uma perspectiva indutiva de análise de informação, no intuito de, tal como referido por Carmo (1998, p.179), desenvolver conceitos e chegar à compreensão dos fenómenos a partir de padrões provenientes da recolha de dados.

A pesquisa em enfermagem centra-se em gerar conhecimentos novos, descrevendo ou explicando fenómenos ou culturas; e os estudos exploratórios permitem recolher *“descrições detalhadas de variáveis existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde”* LoBiondo-Wood & Haber (2001, p.111). Os mesmos autores referem que o *“raciocínio indutivo envolve a observação de um conjunto específico de casos (...) move-se do particular para o geral e subjaz a abordagens qualitativas”* e que a abordagem indutiva *“começa com uma observação ou uma outra forma de obter informações e conduz a uma conclusão.”* (2001, p.77).

“População ou universo é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição (...) têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles” servindo a amostragem para *“obter informação acerca de uma dada população”* (Carmo, 1998, p.191).

Utilizando o conceito de amostra por conveniência que descreve “*o uso das pessoas ou objectos mais prontamente acessíveis como sujeitos de pesquisa num estudo*” LoBiondo-Wood & Haber (2001, p.143); foram incluídos para análise, todos os registos de visitas domiciliárias aos doentes seguidos em intervenção comunitária, na área de Mafra, circunscrevendo-se em termos temporais ao período de Outubro de 2009 a Junho de 2010.

“*Para que as indagações de uma pesquisa sejam respondidas de maneira significativa, os dados precisam ser processados e analisados de uma forma ordenada e coerente, de modo que possam ser discernidas as relações e os padrões*” Polit & Hungler (1995, p.36). O mesmo foi definido para a elaboração deste relatório, nomeadamente, no que concerne à análise dos dados disponíveis, utilizando:

- ✓ Fichas de colheita de dados demográficos
- ✓ Registos de enfermagem das visitas domiciliárias

Os enfermeiros têm uma grande responsabilidade em relação aos registos. Traduzindo observações criteriosas e descrições de comportamentos; contribuem para o entendimento que todos os elementos da equipe devem adquirir acerca de determinada pessoa. A forma como o conteúdo dos registos de enfermagem foi evoluindo ao longo dos tempos, em muito tem a ver com os modelos de enfermagem utilizados nos vários contextos de prestação de cuidados.

No Código Deontológico do Enfermeiro (2003, p.65), vem escrito que o enfermeiro assume o dever de “*assegurar a continuidade dos cuidados registando fielmente as observações e intervenções realizadas*” (Artº83, alínea d).

É solicitado aos enfermeiros, no âmbito da sua prática profissional, o registo documental de todas as informações, planos, intervenções e resultados, “*de uma forma compreensível e recuperável que possa ser utilizada à medida das necessidades por todos os membros da equipa de cuidados de saúde. Os comportamentos do paciente e dos seus familiares deverão ser descritos, não rotulados.*” O’Brien et al (2002, P.30)

Os registos de enfermagem constituem-se como instrumentos passíveis de análise, por representarem o registo escrito das observações, diagnósticos, intervenções e avaliações

da prestação de cuidados desenvolvida em contexto domiciliário. Logo, ao proceder à escolha dos documentos sujeitos a análise, a opção recaiu sobre os registos de enfermagem das visitas domiciliárias, por se constituírem como os de mais fácil acesso para atingir os objectivos propostos.

Para a análise de dados, privilegiou-se um tipo de análise exploratória, qualitativa, indirecta, na tentativa de interpretar o que se encontra expresso nos registos escritos, com o objectivo de clarificar as questões levantadas no âmbito deste relatório. *“Às vezes informações existentes podem ser examinadas de uma forma nova para estudar um problema (...) constituem uma rica fonte de dados para estudo”* LoBiondo-Wood & Haber (2001, p.182). Assim, recorreu-se à análise documental, definida por Bardin (2009), citando Chaumier (1989), como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência” (p.47). Ao sofrerem processos de transformação, as informações analisadas, passam a ser representadas de outro modo, de uma forma conveniente aos nossos objectivos. Com este intuito foram construídas grelhas de análise dos registos de enfermagem que se apresentam ao longo deste trabalho.

2.1 Considerações éticas

Na elaboração e execução de qualquer pesquisa, os aspectos éticos devem ser sempre considerados. Assim, efectua-se uma breve referência a alguns procedimentos utilizados. Previamente à realização deste relatório foi solicitada autorização à Direcção de Enfermagem do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Consequentemente foi apresentado projecto à Comissão de Ética que foi sujeito a parecer positivo e respectiva autorização. Foi igualmente pedida autorização ao Director do serviço e à Sr.^a Enf^a Chefe. Os dados e informações recolhidas foram apenas utilizados neste trabalho e a identidade dos intervenientes é preservada. Os registos foram transcritos exclusivamente pelos autores do trabalho, substituindo nomes (que eventualmente fossem citados) por iniciais aleatórias. Para assegurar a confidencialidade pretendida, os registos de enfermagem, foram identificados por código, não sendo utilizada nenhuma identificação pessoal. Todos os procedimentos tiveram subjacente o princípio de não causar quaisquer danos.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

ABEL SILVA (2001) citado por PETRONILHO (2003, p.19), refere que os sistemas de informação "(...) têm de ser alvo de investigação e reflexão, para que a natureza peculiar do cuidado de enfermagem não fique invisível nos Sistemas de Informação do futuro". O conjunto dos registos constituiu o “corpus” de análise. “... se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então geralmente, o corpus da análise é constituído por todo esse material”. Vala (1986, p. 109)

3.1 Caracterização da população e da intervenção

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa engloba vários sectores de assistência, no âmbito da saúde mental, definidos por áreas geográficas. Ao Sector D pertencem as áreas de Loures Oriental, Torres Vedras e Mafra. O concelho de Mafra está localizado na periferia da Área Metropolitana de Lisboa, em contacto com os concelhos de Torres Vedras, Sobral de Monte Agraço, Arruda dos Vinhos, Loures e Sintra. É constituído por 17 freguesias e abrange uma área territorial total de 291 Km². A população residente no Concelho de Mafra em 2001 era de 54.358 habitantes e em 2006 de 66453 (INE), existindo um Centro de Saúde em Mafra com 12 (doze) extensões, no qual estavam inscritos 65126 habitantes (Agosto 2006), sendo a sua maior expressão em Mafra com 11276 habitantes e Ericeira com 6597 habitantes.



Figura 7: Distribuição geográfica do concelho de Mafra

Existiam, em 2008, cerca de 300 utentes inscritos na consulta de psiquiatria realizada no Pólo Júlio de Matos do CHPL, tendo, no mesmo ano, ocorrido 77 internamentos de pessoas desta área, com patologia do foro psiquiátrico, na Clínica Psiquiátrica IV do Sector D. Sendo a única área do Sector, sem intervenção comunitária organizada, foi pensado e estruturado pela equipa multidisciplinar, para essa área, um Programa de Intervenção Comunitária e apresentado ao Conselho de Administração em Março 2009. Mantendo-se as consultas de psiquiatria localizadas a nível hospitalar, apenas a psicologia desenvolvia actividade no Centro de Saúde de Mafra. No âmbito do projecto a desenvolver, correspondia, entre outras actividades e numa 1ª fase, relativamente à enfermagem, a implementação de visitas domiciliárias aos utentes da área de assistência da Clínica Psiquiátrica IV, actividade que se iniciou em Outubro de 2009.

A população escolhida para este estudo emerge, assim, dessa prestação de cuidados, tendo sido acompanhados até Junho de 2010, 11 utentes e respectivas famílias, em frequência variável, num total de 46 visitas domiciliárias, de cujos registos se constitui o *corpus* desta análise. A caracterização desses utentes é apresentada em seguida:

São vários os quilómetros necessários a percorrer para chegar aos utentes referenciados para visita domiciliária. Idealmente, tentamos organizar visitas na mesma área para o mesmo dia. De salientar que, do **total de 11 utentes**, 4 residem na zona da **Malveira** e **3** em **Ribamar**. Foi incluído **1 utente** residente na **Lourinhã**, freguesia pertencente a Torres Vedras devido ao facto de, na altura em que foi solicitada a visita domiciliária, essa equipa ainda não ter intervenção domiciliária organizada. Posteriormente, essa situação foi encaminhada para a área correspondente, tendo sido realizada apenas a visita de avaliação.

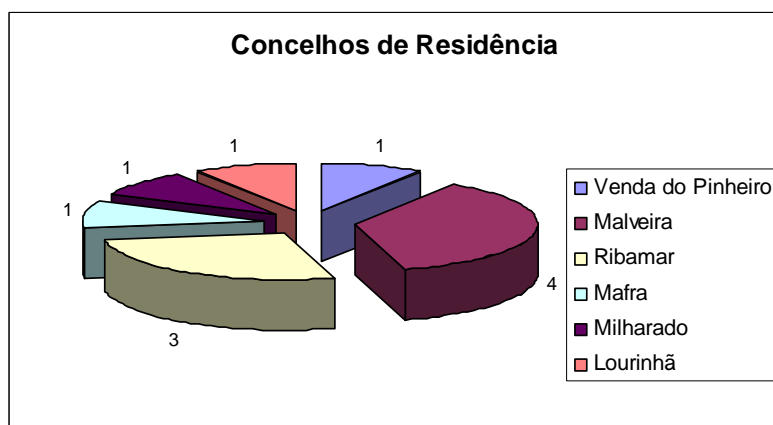


Gráfico 1 – Distribuição de utentes por concelhos de residência

Os utentes incluídos têm, maioritariamente, entre os 31 e os 50 anos; **8 utentes** são homens e apenas **3 utentes** são mulheres. Apenas **1 utente** reside **sozinho**, a maioria reside com figura(s) parental(ais), sendo a figura de referência de **3 utentes** a **mãe** e de **2 utentes** os **maridos**. Também as **irmãs** surgem como figura de referência em **2 utentes**, mas, nestes casos, não pertencentes ao agregado familiar.

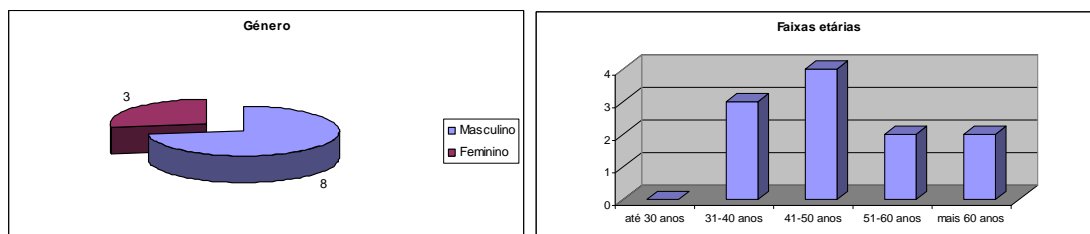


Gráfico 2 – Distribuição de utentes por género **Gráfico 3** – Distribuição etária dos utentes

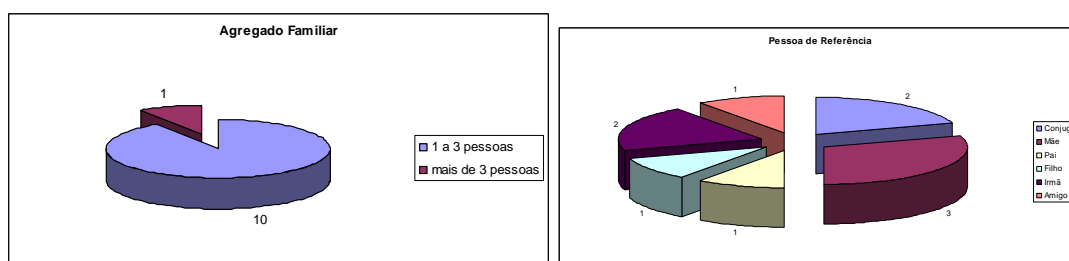


Gráfico 4 – Distribuição de utentes por composição de agregado familiar

Gráfico 5 – Distribuição de utentes por pessoa de referência

Foi realizada avaliação segundo a Classificação Social de Graffar, a todos os utentes e agregados familiares, apenas no âmbito deste relatório, não se constituindo como prática comum durante a realização de visitas domiciliárias. Maioritariamente, pertencem a **classe baixa (6 utentes)**, embora existam **4 utentes** incluídos nas **classes média e média alta** e apenas **1 utente** em **classe desfavorecida**.

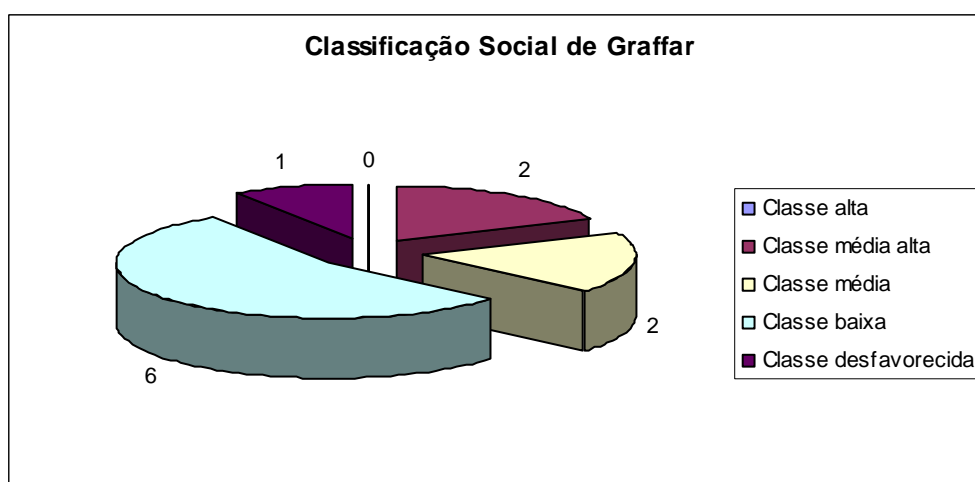


Gráfico 6 – Distribuição de utentes de acordo com Classificação Social de Graffar

A frequência das visitas foi variável, tendo o projecto de intervenção domiciliária na área de Mafra, tido um início algo lento e, por várias condicionantes, essencialmente organizacionais, não foi possível manter uma frequência de visita domiciliária semanal ou quinzenal, na maioria dos utentes. No gráfico seguinte explicita-se a distribuição das visitas domiciliárias, por utentes, no referido período:

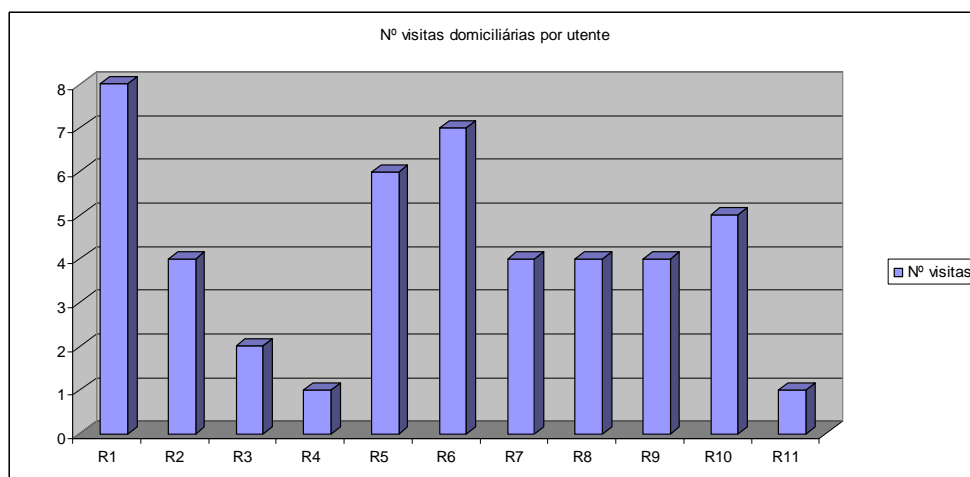


Gráfico 7 – N° de visitas domiciliárias por utente

Por um lado, os utentes foram referenciados a partir do internamento e após permanência no mesmo, não existindo equipa comunitária “no terreno” e não sendo aceites referências do exterior. Existe apenas uma excepção relatada num dos registos, que decorreu de um pedido realizado por uma técnica de saúde de outra instituição.

Por outro lado, apenas dois utentes têm prescrição de terapêutica injectável depot de frequência quinzenal e de 3/3 semanas, o que ainda impera como prioridade em Psiquiatria; sendo os únicos a quem se tornou “obrigatória” a visita, com a justificação dessa administração de terapêutica, o que também nem sempre foi possível, embora exista registo da articulação desenvolvida nessas situações.

No gráfico seguinte apresenta-se a distribuição das visitas domiciliárias e de utentes acompanhados, pelos meses em estudo. Novembro de 2009 foi o único mês em que não houve nenhuma visita domiciliária nem nenhum contacto comunitário, justificado mais

uma vez por questões organizacionais (gestão de recursos humanos, prioridade para o internamento).

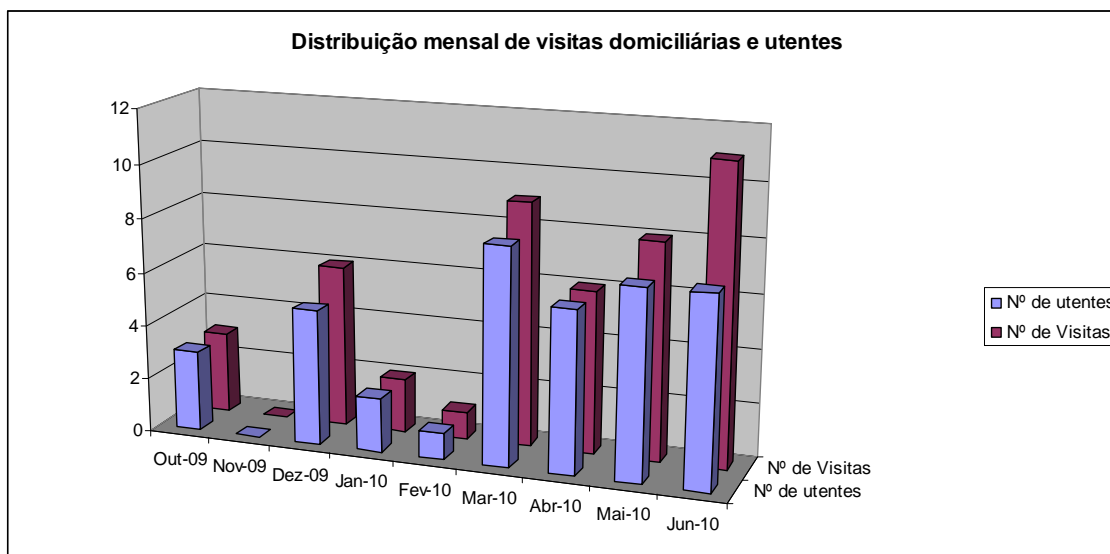


Gráfico 8 – Distribuição mensal de visitas domiciliárias e utentes

Seguidamente, passamos a descrever os resultados decorrentes da análise efectuada aos registos de enfermagem existentes.

3.2 Análise documental aos registos de enfermagem

Tal como referido anteriormente, foram acompanhados em **visita domiciliária na área de Mafra, entre Outubro de 2009 e Junho de 2010, 11 utentes, tendo sido analisados 46 registos de enfermagem**. Os registos foram codificados de acordo com as fichas de identificação: R1, R2, R3,... (Anexo I) e com a ordem de visitas para cada utente, por exemplo, R1a, R1b, R1c,...; tendo sido construída uma grelha com a transcrição integral dos registos, para facilitar selecção de informação e agrupamento por temas considerados de interesse de acordo com a fundamentação teórica inicial.

Após a transcrição integral dos registos de enfermagem, considerou-se importante uma primeira leitura para selecção/realce de texto considerado relevante no âmbito da pesquisa sobre a abordagem familiar em contexto de visita domiciliária, a par do agrupamento por temas e sub-temas de interesse, presentes nos registos. Surgiu de igual modo a necessidade de identificar o tipo de avaliação diagnóstica utilizado em cada

visita e anotar em todos os registos os dados relevantes respeitantes a avaliação, intervenção e planeamento, realizados. (Anexo II).

De seguida são relatados os resultados obtidos, abordando a preparação das visitas domiciliárias e a definição de objectivos, os tipos de avaliação diagnóstica e os grupos de temas e sub-temas identificados.

3.2.1 Definição de objectivos e preparação das visitas domiciliárias

Código da VD	Objectivos definidos
R1a	Gestão do regime terapêutico
	Avaliação diagnóstica do contexto domiciliário
	Manutenção de acompanhamento
R2a	Avaliação sócio-familiar
	Gestão do regime terapêutico
	Avaliação diagnóstica do contexto domiciliário
	Manutenção de acompanhamento ao utente
	Avaliação / Triagem de utentes
R3a	Gestão do regime terapêutico
	Avaliação sócio-familiar
	Manutenção de acompanhamento
R9a	Avaliação diagnóstica do contexto domiciliário
	Registo de evolução
	Manutenção de acompanhamento
	Apoio familiar
R10a	Avaliação diagnóstica do contexto domiciliário
	Gestão do regime terapêutico
	Manutenção de acompanhamento

Quadro 2 - Objectivos definidos por utente e visita domiciliária

No quadro anterior estão identificados os objectivos definidos em cada visita domiciliária. Apenas em cinco utentes se verificou esta definição prévia de objectivos e em todos, exclusivamente na primeira visita. O objectivo “Manutenção do acompanhamento” é comum a todos (5), seguido da “Gestão do regime terapêutico” (4) e da “Avaliação diagnóstica do contexto domiciliário” (4). Permitimos pensar que este último objectivo, não sendo específico da abordagem familiar, incidirá sobre várias questões que podem contribuir para a compreensão das dinâmicas familiares existentes. Especificamente no âmbito da abordagem à família, apenas em R9 está traçado um

objectivo de “Apoio familiar”, decorrente do levantamento de necessidades no internamento, nesse sentido.

Da análise dos registos, verificamos lacunas que acabam por dificultar a avaliação, salientando, por exemplo, a necessidade de traçar objectivos para todas as visitas e deixar esse registo escrito e não apenas em algumas, como surge nos exemplos apresentados. Não existe qualquer registo escrito que permita clarificar os objectivos traçados nas visitas subsequentes, o que teria interesse do ponto de vista da compreensão da continuidade dos cuidados e das intervenções planeadas / realizadas.

De realçar ainda que muitos dos objectivos descritos são cópias dos pedidos do médico assistente ou das decisões em equipa e não necessariamente objectivos específicos traçados pela equipa de enfermagem para aquela determinada visita, aquele determinado utente e situação.

Na página seguinte, o Quadro 3, além da distribuição dos objectivos por visita e utente, identifica os registos de enfermagem em que está patente a recolha de informação prévia às visitas, estando implícita a preparação da mesma de acordo com essas informações e os objectivos traçados e, aqui sim, competindo esta recolha de informação prévia, de forma exclusiva, à equipa de enfermagem. Esta recolha de informação é mais frequente (presente em 11 registos) do que a definição dos objectivos (presente em 5 registos) mas ocorre, de igual modo, maioritariamente em 1^{as} visitas (7 registos).

3.2.2 Tipos de avaliação clínica diagnóstica

Em cada registo de visita domiciliária, foi identificado o tipo de avaliação diagnóstica efectuada. Surgiram três tipos de avaliação diagnóstica realizados durante as visitas domiciliárias: **Entrevista, Observação e Genograma.**

Essencialmente foi utilizada a entrevista e a observação directa. Apesar de não existir registo específico sobre a realização das entrevistas no domicílio, pela nossa experiência, estamos convictos de que é na base da realização de entrevistas sistematizadas e com objectivos definidos, que são recolhidas as informações a que temos acesso pelos registos de enfermagem.

Quadro 3 - Grelha de identificação de recolha de informação prévia e de distribuição de objectivos definidos, presentes nos registos de enfermagem, por utentes e visitas domiciliárias

Registos	Nº visitas	Recolha de informação prévia	Definição de objectivos						
			Gestão do regime terapêutico	Avaliação diagnóstica do contexto domiciliár	Manutenção de acompanhamento	Avaliação sócio-familiar	Avaliação / Triagem de utentes	Registo de evolução	Apoio familiar
R1	8	a, e,	a	a	a				
R2	4	a,	a	a	a	a	a		
R3	2	a,	a		a	a			
R4	1								
R5	6	a, d, e,							
R6	7	a, d,							
R7	4								
R8	4								
R9	4	a,		a	a			a	a
R10	5		a	a	a				
R11	1	a,							
		Em 7 1 ^{as} visitas e em 4 visitas de seguimento (apenas em 3 utentes)	A definição explícita de objectivos para a visita domiciliária surge apenas em 1 ^{as} visitas a 5 dos utentes. A manutenção de acompanhamento é comum a todos estes utentes, seguindo-se a gestão do regime terapêutico e a avaliação diagnóstica do contexto domiciliár.						

Legenda: R1, R2, R3,... - Código de utentes
a, b, c, d,... - identificação de registos por utente

Pensamos que as entrevistas tentam dar resposta aos objectivos traçados para cada visita (existindo registo de definição prévia ou não...), assim como se vão desenvolvendo e dinamizando a par da situação/contexto encontrados.

Estas entrevistas são efectivamente desenvolvidas em *settings* particulares, longe do ambiente maioritariamente controlado do hospital; muitas vezes, decorrendo à soleira do portão ou num passeio pelas redondezas, por vezes desenvolvidas em ambiente extremamente acolhedor como a família que montou cadeiras no pátio e se predispôs a conversar ou, pelo contrário, em ambiente hostil como nas situações de descompensação e agressividade igualmente descritas.

Em psiquiatria, a entrevista de enfermagem deve ir muito mais longe do que a simples permuta. Ela serve para avaliar o doente e propor-lhe meios susceptíveis de o ajudar a melhorar a sua condição. *“A avaliação-recolha de dados é o primeiro passo (...) e a informação que produz é frequentemente qualitativa ou descritiva por natureza (...) envolve muitas vezes o uso de um guia qualitativo com linhas gerais para a entrevista”* Hanson (2001, p.182)

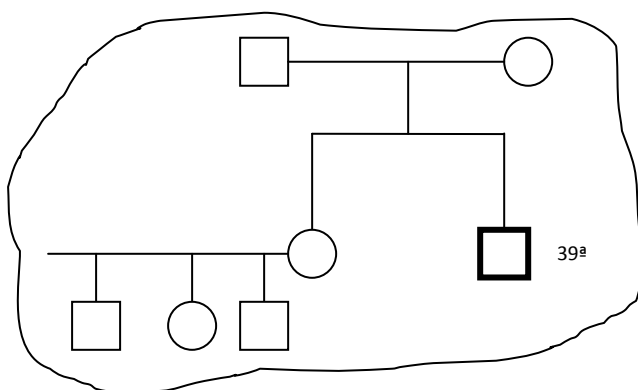
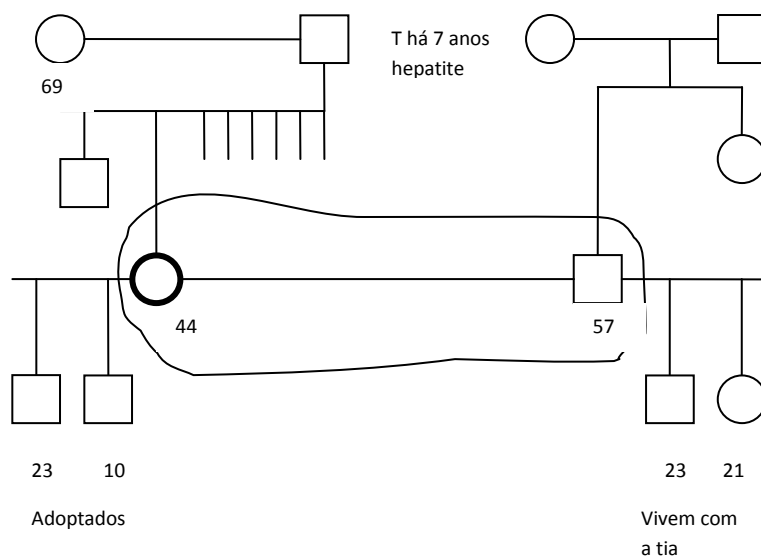
O mesmo autor refere que, a propósito da avaliação efectuada na prática clínica, esta “envolve a recolha de informação necessária para diagnosticar e tratar os problemas existentes”; assim como, a posterior avaliação de resultados será indicadora do sucesso das intervenções.

Phaneuf (2005) refere a propósito da entrevista em enfermagem que ela se constituiu como uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objectivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas.

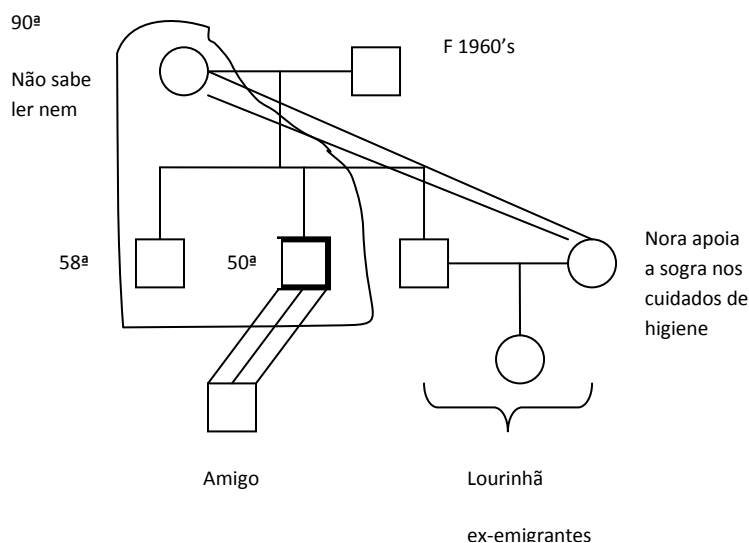
A utilização de várias técnicas de recolha de dados (entrevista e observação, por exemplo), em simultaneidade ou alternância, permite uma interacção dinâmica de avaliação / intervenção, conforme a necessidade. Além destes dois tipos verifica-se a utilização do genograma como ferramenta de avaliação familiar, essencial na compreensão da família, estrutura, relação, história e actualidade, indo ao encontro da abordagem familiar numa perspectiva sistémica.

Apesar de, nem sempre completos, existem registos de **sete genogramas** elaborados, maioritariamente nas primeiras visitas. **R2, 3 e 8 na primeira visita; R5, 6 e 7 na segunda visita; R1 à quarta visita.**

A realização do genograma é coincidente com a altura em que é abordada história e relações familiares o que, obviamente, facilita a sua construção. Maioritariamente, englobam **três gerações**, como nos casos de **R1, R3 e R6**:



Sendo o genograma de **R7** o que se apresenta mais completo, com recurso à definição de relacionamentos, assim como outras informações consideradas relevantes:



Definido como instrumento de avaliação estrutural familiar, o genograma é particularmente útil por permitir delinear estruturas internas da família, de uma forma simples e graficamente expressiva. Se acompanhado por um ecomapa, permitiria ainda um registo de informação de maior complexidade mas apenas este último exemplo se aproxima ligeiramente desse propósito.

“O genograma é um diagrama do grupo familiar. O ecomapa, por outro lado, é um diagrama do contacto da família com outros indivíduos fora da família imediata. Representa os vínculos entre a família e o mundo. (...) Esses instrumentos foram desenvolvidos como dispositivos de avaliação, planeamento e intervenção familiares.” Wright & Leahey (2009, p.65).

Habitualmente registam “informação acerca dos membros da família e das suas relações ao longo de pelo menos três gerações” Hanson (2001, p.189) citando McGoldrick e Gerson, (1985); McGoldrick et al, (1999). Desenvolvido a partir da teoria de sistemas da família de Murray Bowen, permite perceber o modo como a pessoa se encaixa nesta estrutura, como o seu funcionamento é influenciado, os padrões de relacionamento e até o tipo de família que se irá formar na próxima geração.

Os genogramas encontrados nos registos de enfermagem estão maioritariamente incompletos em termos de informação, salvo poucas excepções; no entanto, o facto de existirem é por nós entendido como uma prática a manter, necessitando de ser apenas aprimorada para melhor utilização face às possibilidades que apresenta.

3.2.3 Identificação de temas e sub-temas de interesse

Inicialmente identificados na generalidade, após várias leituras, passou a fazer maior sentido definir temas gerais e sub-temas dentro de cada grande grupo, que se foram explicitando e dos quais se elaborou grelha descritiva (Anexo III). Identificámos assim a **Avaliação**, a **Intervenção** e o **Planeamento** como grandes temas, progressivamente especificados, permitindo clarificar variados sub-temas de interesse ao longo dos registos.

No Quadro 4 apresenta-se a grelha síntese da análise realizada aos 46 registos de enfermagem, identificando os vários temas por visita e por utente. Foram assinalados os focos principais de análise:

- ✓ Recolha de informação prévia
- ✓ Presença durante a visita
 - Utente
 - Familiar
 - Utente e familiar
- ✓ Definição de objectivos
- ✓ Avaliação
 - Do utente
 - Familiar
 - Do domicílio
 - De recursos
- ✓ Intervenção
- ✓ Planeamento
- ✓ Recolha de informação pós-visita
- ✓ Projecto terapêutico

Quadro 4 - Grelha resumo da análise dos registos de enfermagem, por utentes e visitas domiciliárias

Utentes	Nº visitas	Recolha de informação prévia	Presença durante a visita			Definição de objetivos	Avaliação				Intervenção	Planeamento	Recolha de informação pós-visita	Projecto terapêutico
			Utente	Familiar	Utente e Familiar		do Utente	Familiar	do Domicílio	de Recursos				
R1	8	a, e,	c,e	b	a,d,f,g,h	a	a,c,d,e,f,g,h	a,c,d,f,h	a,c,g	a,c,	a,b,c,d,e,f,g,h	a,b,d,e,f,g,h		a,c,f
R2	4	a,			a,b,c,d	a	a,b,c,d	a,b,c,d	a		a,c,d	a,b		
R3	2	a,			a	a	a	a			a	a		
R4	1			a			a	a	a	a,	a	a		
R5	6	a, d, e,		a,f	b,c		a,b,c,f	a,b,c	a		a,b,f	a,d,e,f		
R6	7	a, d,			b,c,d,e,f,g		a,b,c,d,e,f,g	b,c,d,e,f,g			b,c,d,e,f,g	b,c,,f,g		
R7	4		d		a,b		a,b,d	a,b,			a,b	a	c	
R8	4				a,b,c,d		a,b,c,d	a,b,d,	a		a,b,c,d	a,b,d		
R9	4	a,			a,b,c	a	a,b,c,d	a,b,c,d,	a	c;	a,c,d	a,d		
R10	5		a,b,c,d,e			a	a,b,c,d	b,c,	a,d,		b,c	a		
R11	1	a,	a				a,	a,	a					
11 utentes	46 visitas (registos de enfermagem)	Em 7 1ªs visitas e em 4 visitas de seguimento (apenas em 3 utentes)	Apenas o utente em 9 registos	Apenas o familiar em 4 registos	Utente e familiar em 27 registos	Apenas em 1ªs visitas a 5 dos utentes	Realizada em 40 registos	Realizada em 32 registos	Presente em 11 registos, referentes a 8 utentes, sempre na 1ª visita	Apenas em 3 utentes	Realizada em 33 registos	Realizado em 26 registos	Apenas referência num utente que não se encontrou no domicílio	Apenas referência numa utente

Legenda: R1, R2, R3,... - Código de utentes
a, b, c, d,... - identificação de registos por utente

Salientamos que, a população da área de Mafra possui as características de uma população de meios rurais. Apesar de estarem mais distantes geograficamente das estruturas de cuidados de saúde, a população dos meios rurais parece ter mais apoio em recursos locais como a família e vizinhos, contrariamente à população urbana (da área de Loures, por exemplo) que possui maior facilidade de acesso às estruturas de cuidados de saúde, mas parece viver mais isolada e independente de apoios familiares ou de outras redes de suporte sociais.

Talvez por este motivo, as visitas domiciliárias aqui relatadas, foram realizadas, maioritariamente na presença tanto do utente como de familiares (25 visitas) e algumas vezes, na ausência do utente, foram realizadas apenas com o familiar, como são exemplos **R4** (visita de avaliação durante o internamento da utente, realizada no domicílio, com a irmã) e **R5** (visita pós-alta realizada no domicílio com esposa e irmã, tendo o utente saído ao exterior, situação que se repetiu numa visita posterior). Em **R1** a 3ª visita não foi realizada mas existe registo de um contacto telefónico para planeamento do acompanhamento, com o marido da utente.

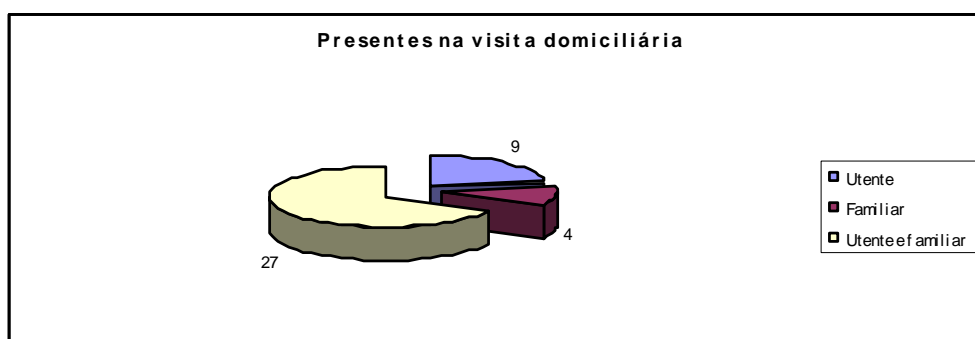


Gráfico 9 – N° de visitas domiciliárias realizadas apenas com utentes ou com familiares ou com ambos

Apenas no caso de R10 esteve sempre presente o utente e nunca qualquer familiar, existindo apenas registo de um contacto telefónico com o filho.

O facto de, maioritariamente, existirem familiares em co-habitação com o utente é, na generalidade dos casos, facilitador da colheita de dados e dos planeamentos e intervenções embora, ocasionalmente, a relação familiar estabelecida nem sempre seja terapêutica e fácil de gerir como veremos em exemplos apresentados mais à frente.

Apresentaremos, de seguida, os resultados da análise efectuada aos registos e a nossa apreciação dos mesmos, no que respeita ao identificado em termos de **Avaliação, Intervenção e Planeamento**; mas incidindo essencialmente, no âmbito deste trabalho, no que concerne à abordagem familiar em contexto de visita domiciliária de enfermagem.

3.2.3.1 Avaliação

3.1.3.1.1 *Avaliação do utente*

A avaliação do utente é um dos aspectos essenciais na visita domiciliária, existindo descrição da mesma em todos os registos de visita, e abordando vários aspectos, dos quais citamos como exemplos a avaliação do estado mental, as actividades de vida diárias, a história pessoal e da doença actual, o comportamento e as perspectivas individuais actuais e futuras (para descrição detalhada ver Anexo III).

A avaliação do utente tanto foi possível através da **entrevista e observação do próprio**, como por intermédio da **entrevista a familiares** que, mesmo na presença do utente, verbalizaram a sua opinião acerca da situação actual, algumas vezes de forma espontânea como em **R1**: *“Refere que quer voltar a trabalhar mas o marido mostra-se renitente nas suas capacidades, “aqui por casa já é o que é (...) sou eu que ajudo e faço a maioria das coisas (...) ela tem boa vontade mas não sei (...) ainda não.”*”; ou em outro exemplo no mesmo casal: *“O marido refere que “é por dias (...) tem alturas que anda por aqui bem disposta e ajuda-me em tudo, tem outros dias que está assim”*”; outras vezes quando questionados, como em **R5**, *“Questionada sobre o estado actual do irmão refere que, no último fim-de-semana, achou que ele tinha reagido mal a uma situação familiar, não querendo ir almoçar a casa da irmã,”*

Mesmo na ausência do próprio utente, existem nos registos várias apreciações sobre os utentes que permitem construir a sua avaliação, por intermédio dos familiares. Exemplo disso é a descrição em **R4**, visita domiciliária realizada enquanto a utente estava no internamento, que permitiu a avaliação de condições no domicílio, o contacto / colheita

de dados junto da irmã e uma maior adequação do projecto terapêutico, no âmbito do planeamento da alta, ao contexto sócio-familiar.

Alguns familiares ajudam-nos a perceber a evolução das situações, como é o caso da **esposa e irmã de R5**, que ao longo das várias visitas se constituem como recurso de extrema importância até porque, maioritariamente, não conseguimos encontrar o utente...

“A esposa refere que o regresso a casa correu bem “vinha bem disposto (...) já tinha saudades das coisas dele (...) dormiu bem, acordou foi muito cedo -6h (...) mas já era o habitual” (sic).” (...) “Questionada sobre o estado actual do irmão refere que, no último fim de semana, achou que ele tinha reagido mal a uma situação familiar,” (...) “A irmã tinha referido anteriormente que, em relação às suspeitas de relações com outras mulheres (desinibição sexual referida aquando do internamento), deve ser falso, uma vez que as pessoas que o conhecem na zona nunca observaram “nada fora do normal” (sic).” (...) “A esposa refere sentir-se melhor nas últimas semanas e que o marido “também vai benzinho” (sic).” (...) “Segundo a esposa foi ao café e “dar as voltas dele” (sic). Desde que regressou a casa (+- 15 dias) parece ter estado compensado, segundo a esposa, “dorme bem, anda bem disposto, está melhor” (sic). Tentamos procurar a irmã para discutir situação e plano mas não está no domicílio nem atende o telefone...”

O contributo dos familiares nesta avaliação do utente está ainda patente nos registos que concernem a percepções verbalizadas pelos familiares sobre o estado do utente (actual ou passado), assim como as expectativas em relação à situação e ao futuro.

Na primeira visita realizada a **R2 e R8**, temos registo do testemunho do Sr. C., no papel de **pai e marido**:

“O pai relembra o dia em que o I. foi internado e refere que “em relação a essa altura está melhor” (sic), “vai fazendo as coisinhas dele mas ainda não está bem” (sic). Não consigo apurar claramente se manterá actividade delirante e/ou alucinatória embora pela descrição do pai aparente manter.” (...) “Sobre a esposa refere que, há muitos anos “ainda a consegui levar lá ao hospital, a uma consulta” (sic), nunca foi internada, “já me habituei a ela e às coisas dela, são muitos anos sabe” (sic), estão casados à quase 60 anos.”

Registos que vão sendo actualizados nas **visitas posteriores** e estando maioritariamente o Sr. C. presente é sempre uma boa fonte de informação, tanto relativamente ao filho, como nestes exemplos: *“Refere que o I. tem estado melhor, “agora é que o médico acertou com as injeções, eu bem andava a dizer...” (sic).” (...)* *“Também não foi à consulta “porque é longe e ele estava bem (...) e como vocês passam por cá de vez em quando...” (sic).”*; embora acabe por influenciar os cuidados muito de acordo com a sua avaliação da situação; como em relação à esposa: *“Também o marido mostra alguma protecção como faz com o filho e reforça “ela é assim há tantos anos, já estamos habituados” (sic).”*

Verifica-se igualmente, nos registos, a inclusão de apreciações dos próprios utentes que, habitualmente, são completadas com as apreciações dos familiares a respeito do mesmo assunto, como o exemplo de **R1**, na **primeira visita**: *“Refere que quer voltar a trabalhar mas o marido mostra-se renitente nas suas capacidades, “aqui por casa já é o que é (...) sou eu que ajudo e faço a maioria das coisas (...) ela tem boa vontade mas não sei (...) ainda não.” (sic)*; com referências feitas em **visitas posteriores** pelo marido: *“O marido refere que “é por dias (...) tem alturas que anda por aqui bem disposta e ajuda-me em tudo, tem outros dias que está assim” (sic).” (...)* *“Refere que a D. E. tem estado melhor e que lá vão fazendo a vida deles “como é costume” (sic).” (...)* *“Tem-se alimentado razoavelmente e, segundo o Sr. A. “o apetite nunca lhe falta” (sic).”*

3.2.3.1.2 Avaliação do domicílio

Integrando parâmetros como o local de residência e tipo de habitação, estado de conservação e higiene do domicílio, e divisão de espaços, por exemplo; as condições habitacionais dos utentes visitados, foram avaliadas em 8 utentes logo na **primeira visita**, existindo registos diferentes em parâmetros de avaliação, conforme cada situação.

Em determinadas situações essa avaliação era praticamente obrigatória, uma vez que, a situação a que as pessoas tinham chegado em termos de higiene, arrumação e habitabilidade; tinha sido não só um dos motivos de internamento, justificando a condição patológica actual assim como as eventuais dificuldades de reabilitação;

tornando-se assim um dos principais objectivos da visita domiciliária, como se verifica no registo de **R4**:

“As condições são de difícil descrição (as fotos anexas ao processo não fazem juz à realidade), embora já se note alguma tentativa de limpeza e arrumação. (...) A casa é uma moradia com terreno, pertença da família (...) O interior da habitação revela níveis de sujidade e acumulação de lixo enormes. Tectos e paredes imundas, no chão já há áreas limpas onde se pode circular (...) A casa tem 4 assoalhadas, cozinha e wc equipados. Electricidade e água que nos últimos meses foram cortadas por falta de pagamento. (...) “O interior da habitação revela níveis de sujidade e acumulação de lixo enormes. Tectos e paredes imundas,”

e, condicionando o tipo de intervenção a ter com a utente, ainda no internamento e prévia à alta, assim como a conjugação de esforços, familiares e sociais, simultânea para resolução destas situações.

Em outro exemplo:

“Habitam num terreno à beira da estrada, uma construção feita pelo marido com tijolo, cimento e madeira (tipo barraca), com electricidade, água de furo mas, sem gás, fogão ou wc. Parcas condições de habitabilidade (paredes, portas e janelas) mas razoavelmente conservadas em arrumação e limpeza. Cozinham numa fogueira, num barracão construído para o efeito.” (R1),

Na grande maioria das situações as pessoas são receptivas e facilitam esta avaliação, como no caso do pai e esposo de **R2 e R8**, respectivamente:

“Convida-nos a entrar em casa, “é humilde e não está muito arranjada mas é o que se pode (...) com eles os dois... (...) isto aqui é o meu quarto” (sic). Sorridente, abre os braços e mostra um espaço pequeno com apenas uma cama e uma cadeira mas arranjado e limpo. O resto da casa está dividido para a esposa e o filho. O quarto do filho está fechado à chave, “porque ele não quer que a gente lá vá (...) tenho ali uma chave para quando é preciso. Habitação própria, com parcas condições de habitabilidade, espaços pequenos e algo mal conservados. Tem saneamento básico, gás e electricidade”;

permitindo avaliar não só as condições habitacionais, como o próprio funcionamento individual e familiar, tal como são também exemplos a irmã e esposa de **R5** que *“Mostram-nos a casa e vão referindo os hábitos do Sr. R. e a forma como tem as suas coisas arrumadas”*.

Em outros registos, não ficam explícitas avaliações tão completas mas permitem ter uma ideia das reais condições de habitabilidade de cada utente, como em **R9**: “*O P. estava ainda deitado, foi a mãe que nos recebeu ao portão. Vivem os dois, numa casa pequena, a precisar de alguns arranjos e em condições de higiene algo deficitárias. A mãe é idosa e é ela quem arruma a maior parte das coisas em casa, quem cozinha e limpa.*”; **R10** “*Vive sozinho, em habitação pequena, à beira da estrada principal, mantida em más condições de higiene. Cozinha cheia de lixo, com electrodomésticos estragados e, maioritariamente, avariados.*”; e **R11**: “*Habitação própria, em bom estado de conservação, limpa e arrumada, espaçosa e arejada.*”

Em relação a este tema, foi reavaliado ou complementado, embora sumariamente, em dois utentes à **quarta visita**, em termos das condições de higiene e arrumação: “*A casa está muito suja e desarrumada. A irmã combinou com ele passar uma vez por semana para ajudar a limpar e arrumar*” (**R9**) e “*A habitação aparenta ligeira arrumação*” (**R10**)

Em três dos utentes visitados, não existe registo desta avaliação ou observação. Mais correcto será dizer que não foi registada a avaliação feita uma vez que, e para a aplicação da Classificação Social de Graffar essa avaliação tem de ser obrigatoriamente realizada, como foi para todos os utentes. O que se verifica é que em termos de registos de enfermagem não foi contemplada esta apreciação em três dos utentes, embora estejam situados na Classificação Social de Graffar; em classe baixa, **R3** e **R7** e em classe média, **R6**.

3.2.3.1.3 Avaliação de recursos

Presente apenas em 4 registos, de 3 utentes, incide sobretudo nos aspectos financeiros, como em **R4**, em que “*Electricidade e água que nos últimos meses foram cortadas por falta de pagamento. Mostra-nos as várias contas (800€, 200€,...).*”; e em **R9**, por ser um agregado familiar apenas composto pelo utente e mãe idosa e por avaliação de formas de subsistência “*Apesar de viverem modestamente têm posses e terrenos que estão alugados para serem cultivados, conseguem outras formas de rendimento além*

das pensões.” A mãe é uma senhora idosa e o filho está reformado por invalidez. Face às despesas diárias observadas foi necessário clarificar as fontes de subsistência.

Mas também permitiu avaliar os recursos necessários para fazer face às necessidades de conservação da terapêutica, “*verifica-se funcionamento do frigorífico (além da televisão são os dois electrodomésticos que existem)*”; que, neste caso, se revelava essencial face ao necessário acondicionamento da terapêutica injectável (Risperdal Consta), obrigatoriamente à guarda da utente (e com a responsabilidade do marido na sua aquisição) e às dificuldades de deslocação ao hospital ou Centro de Saúde, para administração; e da realização de cuidados de higiene, “*Faz higiene numa bacia, no barracão, com água que aquece na fogueira, mas “tem estado frio...” (sic).*”, exemplos retirados dos registos de **R1**.

A questão do emprego, pensões e rendimentos dos próprios ou da família, constitui-se de alguma relevância em termos de avaliação e planeamento de cuidados, embora nem sempre exista uma descrição da mesma, nos registos analisados. Relativamente a estes parâmetros é muitas vezes necessária a intervenção da Assistente Social, facto do qual existe registo em algumas situações.

3.2.3.1.4 Avaliação familiar

No que concerne a esta avaliação existem, nos registos, referências a vários parâmetros. O gráfico seguinte apresenta, para cada parâmetro identificado, o total de registos onde se encontrou referência assim como o número de utentes em que foi realizada essa correspondente avaliação:

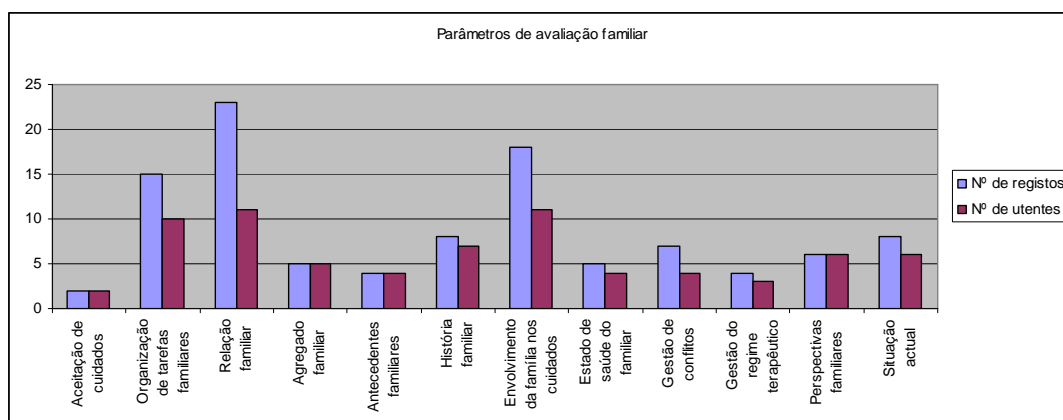


Gráfico 10 – Parâmetros de avaliação familiar identificados por registo e por utente

Quadro 5 - Grelha resumo dos parâmetros da avaliação familiar

Utentes	Nº visitas	AVALIAÇÃO FAMILIAR											
		Aceitação de cuidados	Organização de tarefas familiares	Relação familiar (família nuclear, famílias de origem / família alargada)	Agregado familiar	Antecedentes familiares	História familiar	Envolvimento da família nos cuidados	Estado de saúde do familiar	Gestão de conflitos	Gestão do regime terapêutico	Perspectivas familiares	Situação actual
R1	8		a; f;	c; d; f;	d;	d;	a; d;	a; h;				a;	
R2	4	a;	a; d;	a; d;			a;	a; b; c; d;		a;	a; b;	a;	a; c;
R3	2			a;	a;			a;			a;	a;	a;
R4	1		a;	a;		a;	a;	a;				a;	a;
R5	6		b;	a;	b;	b;	b;	a;	a; c;	a;			
R6	7		g;	b; c; d; e; f; g;	b;			b; f;	f;	b; c; f;		d;	f;
R7	4		b; d;	a; b;	b;	b;	b;	a; b;	a;				
R8	4	a;	a; d;	a; b; c; d;			a;	a; d;		a; b;		a;	a;
R9	4		a; b; c; d;	c; d;			c;	a;	a;		d;		a; c;
R10	5		b;	a; b; d;				c;					
R11	1			a;				a;					
11 utentes	46 registos	2 registos	16 registos de 10 utentes	26 registos em todos os utentes (7 na 1ª visita)	5 registos	4 registos	8 registos em 7 utentes	18 registos em todos os utentes (9 na 1ª visita)	5 registos	7 registos	4 registos	6 registos (5 na 1ª visita)	8 registos (5 na 1ª visita)

Legenda: R1, R2, R3,... - Código de utentes
a, b, c, d,... - identificação de registos por utente

O Quadro 5 apresenta um resumo desses parâmetros e da sua identificação por registos e por utente.

Verificamos que os parâmetros mais avaliados são a **Relação familiar** e o **Envolvimento da família nos cuidados**, com **26 e 18 registos**, respectivamente, e com referências em todos os **11 utentes**.

São **também estes**, os parâmetros mais avaliados em **1^{as} visitas**, seguidos da **Organização de tarefas familiares**, **Agregado familiar** e **Perspectivas familiares**.

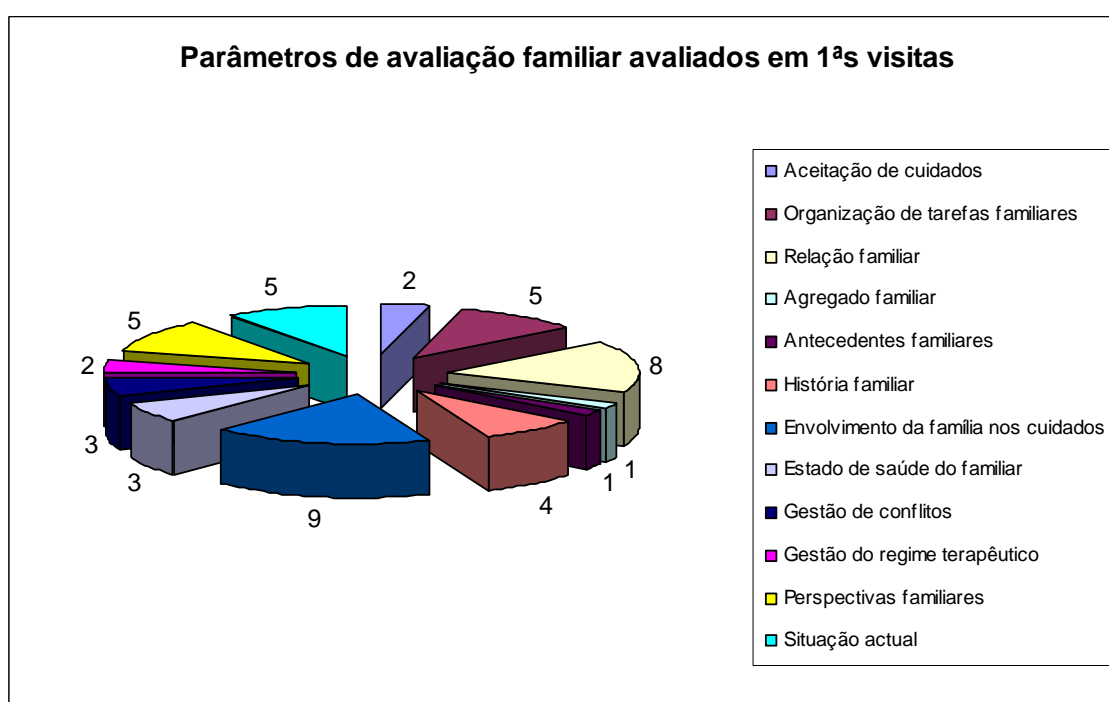


Gráfico 11 – Parâmetros de avaliação familiar avaliados em 1^{as} visitas

No que respeita à **Relação familiar**, verificámos que em alguns utentes a relação avaliação da relação familiar/visita é de 5/7; 3/4 ou 2/4 o que significa que essa avaliação é realizada ou actualizada na maioria das visitas. Relativamente a este parâmetro verificámos vários aspectos: a relação familiar com a família de origem, com a família do cônjuge e a relação familiar actual (família nuclear), havendo registos destas apreciações em todos os utentes e em várias visitas (em **sete utentes** logo na **primeira visita**, com reavaliação posterior, **presente em 23 dos 46 registos**).

Relativamente à relação com as famílias de origem, ela foi abordada especificamente em **R1**, ao longo de várias visitas e à medida que foi possível à utente e ao marido sentirem maior motivação para o fazer. Embora na **terceira visita** ainda se tenha verificado alguma resistência: *“Questionada quanto a eventual apoio da família do marido é evasiva e foge ao assunto.”* Por se entender importante, foi contemplada em plano para visitas futuras: *“Plano: (...) “Avaliar relação familiar com família do Sr. A. e possibilidades de apoio (proximidade)”*; tendo sido efectivamente conseguida a recolha de informações à **quarta visita**, para as famílias de ambos os membros do casal:

“Abordadas as relações familiares com as respectivas famílias de origem.”

(...) “A mãe (69 anos) vive na margem Sul, perto de alguns dos filhos e terá ido vê-la aquando do internamento, “soube por uma amiga e foi lá ver-me” (sic). Gostei de a ver (...) não quero que ela saiba onde eu moro (...) tenho vergonha (...) prefiro que eles não venham cá” (sic).” (...) “Da família do Sr. A., os pais ainda são vivos e habitam alguns metros abaixo (apontam-nos a casa que se avista do terreno). Este terreno é dos pais, a irmã também vive próximo. O Sr. A. tem dois filhos, 1 rapaz de 23 anos e 1 rapariga da 21, que vivem com a tia (esta irmã). Fica algo constrangido ao abordar este assunto. De vez em quando vai vê-los mas a E. não; porque “não sou lá muito bem aceite pela família dele” (sic).”

Tendo sido mantida avaliação nas **visitas seguintes** apesar de *“Continua a referir não querer nada com a família e não se apuram outras relações sociais.”*

Em alguns casos foi possível fazer esta avaliação logo na **primeira visita**, como em **R4**:

“Nos últimos anos a D. O. e o pai habitavam esta casa (desde o falecimento da mãe há 9 anos), vivendo os dois isolados dos restantes familiares.” (...) “Quanto ao relacionamento actual entre irmãos diz que “só fui ver a minha irmã uma vez, ao hospital, mas ela insultou-me e quis arranhar-me com as unhas e aqueles olhos esbugalhados (...) foi num sábado da semana passada, perguntem à sra que lá estava que viu tudo” (sic).”

R5: *“Vive sozinho com a esposa mas a irmã mora no prédio em frente, referindo disponibilidade para apoiar no que for necessário.”*

E em **R2 e R8**:

“Acompanha-nos a pé até ao terreno que a família tem e trabalha, fica junto à casa do outro filho, “esse é muito certinho (...) nunca teve

problemas como o irmão (...) trabalha, tem uma esposa que é uma maravilha, a minha nora (...) tenho três netos” (sic). (...) “A mãe está no meio do terreno, fica com um ar irritado quando nos vê, pragueja com o marido, insulta-o, pergunta o que fazemos ali, quem somos, não fica mais calma quando lhe explico. Claramente desconfiada, delirante, discurso centrado em questões de carácter persecutório, com o marido,...” (...) “parece divertir-se com a situação, protege o filho. Já era perceptível pelo discurso do pai que a díade mãe-filho era muito forte, embora o I. também seja próximo do pai...”

Igualmente reavaliada em visitas posteriores, como em **R8**:

“Continua a referir que o marido é o culpado. Ele ri-se e ela acaba por o fazer também! Parecem estar habituados a este registo de funcionamento.” (...) “aparente ligeira melhoria na relação com o marido ??” (...) “A família mantém o padrão habitual de funcionamento, hoje o pai já cozinhou coelho para ele, a mãe ainda vai fazer o almoço dela e do filho. Funcionantes como habitual sem grandes questões... O casal chega mesmo a brincar com algumas expressões e expressam afecto um pelo outro. Ambiente muito agradável.”

E em **R5**:

“não querendo ir almoçar a casa da irmã, “não pode ser tudo como ele quer (...) também tenho a minha vida” (sic). (...) “mas o R. que sempre gostou dos sobrinhos (...) neste domingo se fosse para vir cá para casa só comigo, vinha; mas quando soube que os meus filhos vinham, amou e já não quis vir” (sic). (...) “Saiu com irmã e esposa. Aparentemente há alguma reactividade / conflito com a irmã??”

Por vezes, existe percepção prévia à visita face aos contactos realizados, como em **R3**:

“Conseguido contacto com o pai que nos informou que o Sr. J. agora (desde a passada semana) vive com eles em casa da irmã...”

O tipo de relacionamento é percebido pelo discurso assim como pela interacção mantida na nossa presença, como em **R6**, ao longo de várias visitas, como é exemplo a **segunda visita**:

“Aparentemente tira dinheiro à mãe... A D. I. mantém uma atitude protectora em relação ao filho e desdramatiza estes supostos roubos. Se a mãe fala, de algum modo, tipo queixa, o P. é reactivo, eleva o tom de voz e

desmente a mãe. Tem pouca critica quando confrontado com este comportamento, e parece estar muito próximo da mãe. (...) A D. I. mantém uma atitude protectora em relação ao filho e desdramatiza estes supostos roubos. (...) A mãe mantém permissividade e protecção, “eu depois é que arrumo tudo (...) mas o que é que se há-de fazer?...” (sic). O Natal foi passado em família, tem boa relação com o irmão e os 4 sobrinhos. A mãe vai buscar as fotos dos 4 netos para mostrar e também as do P. “quando ele era bom” (sic). “

E nas **visitas seguintes:**

“Ambiente familiar aparentemente estável e apoiante para o P.” (...) “O pai está a trabalhar e apuro que muitas vezes se refugiará no trabalho por “não conseguir lidar com o P.” (sic).” (...) “Os sobrinhos também têm vindo e especialmente com o mais novo (por quem parece ter maior afinidade), tem desenvolvido algumas actividades.” (...)

Com apontamentos sobre dificuldades encontradas: *“Esta díade mãe-filho é extremamente complicada de gerir!!”*

E esclarecimentos sobre o tipo de apoios e por quem é prestado, como em **R7**: *“A sra apenas conta com o apoio da nora que vive na Lourinhã e, semanalmente, passa lá para lhe dar banho...”*; **R9** *“A irmã tem passado pouco lá por casa. “Somos só nós os dois (...) quando eu morrer o que é que vai ser dele?...” (sic).”* e **R10** *“Tem um filho que ocasionalmente o visita mas refere “ele tem vergonha de mim, vem cá poucas vezes” (sic). Não tem outros familiares próximos.”*

Com reavaliação em visitas posteriores: *“A casa está muito suja e desarrumada.” (R9)* e *“O filho tem passado ocasionalmente...” (R10).*

Os familiares dos utentes acompanhados em visita domiciliária são muitas vezes responsáveis pelos cuidados aos utentes, parcial ou totalmente, seja em relação a cuidados directos, cuidados com terapêutica ou outros; constituindo-se como um recurso extremamente valioso e uma parceria a privilegiar e manter.

A par da relação familiar, o **Envolvimento da família nos cuidados** foi o parâmetro que encontrámos com avaliação em maior número de **registos – 18**, com referência em

todos os utentes e registos em várias visitas, tanto **primeiras** como **seguintes**, independentemente da referência ser positiva ou negativa, revelando envolvimento ou ausência dele.

R11 *“tem o apoio da mãe.”*; **R10** apenas tem o filho de referência e *“Situação sem quaisquer alterações. Já falámos com o filho mas refere ser incapaz de ajudar.”*

Em **R1**, por exemplo, existe o registo do dia em que, face ao adiantado da hora, o casal decidiu encaminhar-se para o Centro de Saúde: *“como já estava a ficar tarde e não apareciam resolvemos ir para o C.S. de Negrais, porque só chegando antes da 1h é que posso fazer a injeção”* (sic). *Estava um calor insuportável, no pico das 12h e iam fazer 6 Kms a pé para não falhar a administração do depot!!!!”*

Temos igualmente o exemplo de **R8 e R2**, em que o Sr. C. é o familiar de referência: *“A D. M.L. não se encontrava no domicílio. O marido aguardava a nossa visita referindo que o filho e a esposa estavam na fazenda e que podíamos lá ir em seguida.”*; acabando por controlar a maioria das questões com terapêutica e consultas, influenciando a sua apreciação na própria manutenção do tratamento:

“Refere que “não acho que o meu filho esteja bem” (sic), cheguei a vê-lo melhor no dia 30 quando lá fui à entrevista, do que no dia 3, quando o fui lá buscar” (sic). (...) “A terapêutica está a cargo do próprio mas o pai vai contando os comprimidos que faltam no blister, referindo “parece que os tem estado a tomar mais ou menos bem” (sic). O pai mantém reactividade à terapêutica injectável, sabe que o filho terá de fazer uma injeção mensal mas fala do passado referindo que “quando ele fazia o haldol ficava hirto (...), não era capaz de falar, andava dias inteiros que nem parecia ele (...)”

E na ausência de familiares, também os amigos ou os vizinhos assumem determinadas responsabilidades, por vezes difíceis de controlar, como neste registo de **R9**: *“A vizinha dá-lhe “uns comprimidos para eu conseguir dormir bem” (sic). Não sabe quais são...”* ou no de **R7** também que fala num amigo que até aparenta ter algumas responsabilidades: *“Quanto à medicação diz que é um amigo que toma conta, parece ser uma pessoa em quem confia mas dá poucas informações a seu respeito, não permite que o contactemos mas a mãe confirma este relacionamento.”*

Não é apenas na medicação que é exercido um certo controlo pelas pessoas de referência: *“É a mãe que lhe controla os cigarros, ...” (R2)*

No caso de **R5** que reside com a esposa, a irmã que reside no prédio em frente é a pessoa de referência e um recurso de extrema validade no planeamento dos cuidados:

“Contacto telefónico com a irmã do Sr. R., que combina encontrar-se connosco em casa do utente. Recebe-nos conjuntamente com a esposa do Sr. R., mas o próprio saiu para tratar de assuntos no centro de Saúde.” (...)
“...medicação que ficará maioritariamente a cargo do Sr. R., que a irmã refere ser “certinho” (sic). A esposa refere “também sou muito doente (...) tomo tantos comprimidos, que para me orientar com os meus já é difícil, quanto mais com os dele” (sic).”

E, efectivamente, a própria esposa do Sr. R. reconhece na cunhada essa importância: *“Tem uma dúvida com a medicação do marido mas “eu não sei bem o que é, acho que está esgotado um medicamento, a minha cunhada é que sabe” (sic).*

Mas nem sempre os utentes permitem contacto com familiares com quem coabitam, como é o exemplo de **R7**, na **primeira visita**: *“A mãe surge no pátio mas rapidamente a manda para casa, não conseguimos falar com a sra.”*; situação que acaba por se resolver em **visita posterior**: *“Está em casa com a mãe, ficamos à porta mas permite que a mãe participe da conversa.”*

E por vezes esta resistência deve-se ao facto de esse contacto permitir apurar alguns factos que seria melhor, na perspectiva do utente, não termos conhecimento; como aconteceu com **R6**, após uma situação de heteroagressividade: *“Pergunto pela mãe, diz que está em casa mas não a quer chamar. (...) parece querer que vamos embora mas insisto em falar com a mãe e vai chamá-la cabisbaixo.”*

A família também solicita auxílio explicitamente, como em **R6**: *“A mãe solicita ajuda, no sentido do P. tratar o problema do álcool.”*

Por outro lado, em determinadas situações, os utentes até permitem a intervenção de familiares mas são os próprios familiares que o recusam, como no caso dos familiares de **R3**:

“Quanto a terapêutica nada tem sido cumprido, o Sr. J. refere “até agora não tomei nada” (sic), a mãe diz “ele estava à espera de receber para depois ir à farmácia” (sic), a irmã encolhe os ombros...” (...) “O Sr. J. tem todos os documentos que trouxe do internamento na sua posse, a família refere não ter conhecimento de nada.”;

Verificámos situações em que as percepções da família, mantidas ao longo do tempo, aparenta ter um peso negativo, como em **R3** em que *“a irmã é quem vai falando mais, conta a história da mudança de emprego mas diz que o irmão “não é certo, agora está aqui mas daqui a um ou dois dias desaparece (...) os bombeiros já o conhecem (...) às vezes voltamos a saber dele quando nos ligam do hospital” (sic). Encolhe os ombros, mãe e irmã aparentam alguma indiferença.”*; condicionando inclusivamente a atenção dada em caso de desaparecimento, por exemplo. Relembramos especialmente esta situação em que, mais do que expresso no registo, efectivamente, o discurso realizado em presença do utente denotava indiferença e até alguma desconsideração.

Por outro lado também temos exemplos de familiares interessados e preocupados, como **R4** que *“Questionada sobre situação actual da irmã, parece preocupada e interessada em ajudar. Vai manter investimento na limpeza e arrumação deste espaço,...”*

Pelo que se percebe, pelos registos, existe algum cuidado em descrever as rotinas familiares, a forma como é organizada a limpeza e arrumação da habitação, quem é responsável e por quais tarefas, etc... Surge assim a **Organização de tarefas familiares** como um dos parâmetros de avaliação familiar mais avaliados, presente em **16 registos** e avaliado em **10 utentes**.

Neste caso, temos o exemplo de **R1**, com registos em três visitas diferentes: *“Continua a tratar da casa mas é o marido que sai para fazer compras e é quem trata da horta.” (...); “A D.E. encontrava-se a fazer o almoço, “estou a adiantar, O Augusto foi ao pão, deve estar a chegar” (sic).” (...) e “O Sr. A. chegou de Negrais, de bicicleta, com o pão e o leite.”.*

De **R2 e R8**, na **primeira visita**:

“Tal como os quartos, também os espaços de comida estão separados para cada um dos três. É a D. M.L. que cuida da casa “no essencial” (sic),

apesar do aparente deficit de capacidades que já apresentará (pelo discurso do marido), cuida dos seus espaços e dos do filho. O Sr. C. trata dos seus espaços e da sua comida, é ele que faz as compras.”

e em visita posterior: *“A família mantém o padrão habitual de funcionamento, hoje o pai já cozinhou coelho para ele, a mãe ainda vai fazer o almoço dela e do filho.”*

Ou o caso de **R4** em que a **irmã** tem planeada a forma como pensa reorganizar a família e a habitação:

“foi para o lar agora por causa da Tila ter ido para o hospital mas se ela viesse mais calma e aceitasse aquilo que eu digo, eu estava disposta a tomar conta deles os dois (...) podemos fazer isso, pomos esta casa em condições e vimos para aqui morar, mas ela tem de fazer o que eu digo...” (sic).” (...)
“Parece ter-se já organizado (com marido e filho de 17 anos) nesse sentido, “tenho algum receio pelo meu filho mas ele é meu pai e ela minha irmã (...) o meu marido não está muito de acordo (...) mas se ela viesse calminha e fizesse o que a gente dissesse...”

Em **R5** foi avaliada a forma como o Sr. R. ocupa os seus dias, depreendendo-se que quem tratará das coisas em casa será a esposa, com algum auxílio da cunhada: *“Quanto ao tempo que passa fora de casa, a esposa refere que é o habitual, “ele foi sempre assim (...) vai ver os amigos (...) agora anda na ginástica e na fisioterapia” (sic). Aguarda-o para almoçar.”*

O mesmo utente já teve a seu cuidado a mãe e, nesse aspecto, é a irmã que comenta: *“enquanto ela foi viva, entreadjudaram-se nesse cuidado. Vai descrevendo a forma como se reorganizaram após a morte da mãe e refere algum cansaço em ter de estar, agora, sempre disponível para o irmão.”*

Também existem situações em que os utentes (homens) dependem das mães com quem vivem para o desempenho destas tarefas do dia-a-dia, como se verifica em **R7**, onde *“É a mãe que vai às compras de táxi (tem 90 anos e várias dificuldades), é ela quem faz tudo em casa, nem o F., nem o irmão ajudam. O irmão é pintor (?) e raramente está em casa. Ausência completa de crítica para situação da mãe, mantendo exigências e queixando-se...Não aceita dividir tarefas nem auxiliar a mãe...”*; situação que se

verifica mantida em visitas posteriores: *“Está em casa sozinho, a mãe foi às compras...”*

E em **R9**, onde, na primeira visita se percebe que a mãe garante os cuidados com a casa e compras, estando registado que *“refere não se sentir capaz de ajudar a mãe...”*; embora em visitas posteriores esse registo se altere aos poucos, a par da melhoria de estado do Sr. P., como verificamos na **segunda e terceira visitas** respectivamente:

“Tem estado aparentemente melhor, auxilia mais a mãe nas tarefas caseiras, consegue ir de bicicleta ao pão e outras pequenas compras. Tem uma irmã que vive relativamente perto e que, ocasionalmente, leva outras compras.” (...) *“A mãe refere que ele tem estado melhor, “até ajudou a pintar a casa” (sic).”*;

situação que se altera completamente com o falecimento da mãe, passando a obrigar a uma reorganização completa de rotinas e cuidados:

“A irmã combinou com ele passar uma vez por semana para ajudar a limpar e arrumar e terá dito que iria falar com uma instituição para lhe trazerem comida diariamente. Agora tem sido a madrinha (?) e uma vizinha que lhe dão comida. Tem várias panelas com restos espalhadas pela cozinha.”

Encontramos ainda o exemplo de outro utente (**R10**) que, vivendo sozinho, “depende” do apoio do filho, como verificámos à **segunda e quarta visitas**, respectivamente: *“O filho (...) ter-se-á oferecido para o ajudar a arrumar” (...)* *“...está ligeiramente mais arranjado. O filho terá passado e ajudado.”*

A **Organização de tarefas familiares**, aliada à **Relação familiar**, pode permitir avaliar o funcionamento da família, muito no âmbito do preconizado no Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, no que respeita ao capítulo da Avaliação Funcional.

Wright & Leahey (2009, p.105), referem que *“o aspecto instrumental do funcionamento da família refere-se às actividades de vida diária”*, e que a *“interacção entre os processos instrumentais e psicossociais nas vidas dos clientes é uma importante consideração para as enfermeiras.”* Estas autoras fazem ainda referência a outros autores que defendem que tanto os rituais como as rotinas familiares *“protegem os*

membros da família contra os stressores associados à doença crónica e podem ser incorporados ao planeamento deliberado do tratamento da doença”.

Se, relativamente à forma como se processa o relacionamento familiar existem mais dados em vários registos; em termos de **História familiar**, os registos nem sempre existem ou estão completos. Relativamente a este parâmetro, nem sempre é, efectivamente, realizada avaliação e quando existe nem sempre é feito registo da colheita de dados sobre história familiar.

Nos registos avaliados existe, por exemplo, a situação em que foi feita tentativa de abordagem logo na **primeira visita** mas *“Alguma labilidade emocional quando recorda vida anterior ao conhecimento do Sr. A., situação que, para já, não quer abordar.”* (R1) e, á posteriori, à **quarta visita**, já foi mais fácil colher história, havendo maior receptividade e espontaneidade no discurso:

“Da parte da D. E., é a 2ª de uma fratria de 7 irmãos. Diz que há vários anos que não tem contacto com eles.” (...) “O pai faleceu há +-7 anos com hepatite (?). (...) Tem dois filhos rapazes, de uma relação anterior, ambos foram adoptados, “o de 23 anos não vejo há 12 anos, mas a minha mãe diz que ele está bem (...) o mais pequeno tem agora 10 anos mas desse não sei mesmo nada (sic). Fica mais triste quando fala dos filhos mas acaba por referir “estão melhor assim” (sic). Saiu de casa dos pais aos 18 anos para viver com o pai dos filhos. Depois “já estava muito mal e o Augusto é que me salvou” (sic).”

A história familiar nem sempre é fácil de abordar, sendo necessário dar tempo e condições às pessoas; no entanto, revela-se sempre de extrema importância em termos de história da própria doença, como no caso do relato da irmã de **R4**:

“A D. L. foi ficando progressivamente mais calma à medida que a fomos ouvindo nesta história e é agora possível colher outros dados... (...) A O. é a irmã mais nova, desde cedo refere abusos do pai a ambas, diz que não merece a pena abordar mais este assunto, “está encerrado e apesar do que ele fez, é meu pai (...)” (...) “Quanto ao relacionamento familiar refere que “a Tila sempre foi a mais calada e mais próxima do meu pai” (...) “tinha ciúmes meus (...) e depois eu casei e saí de casa com tudo certinho e ela ficou aqui com eles (...) ela não casou, juntou-se com um moço dali de baixo, mas ao fim de dois meses ele saiu para trabalhar e morreu desfeito pelo tractor (...) coitadinha, ligaram-lhe e disseram-lhe pelo telefone – o teu

marido morreu debaixo do tractor” (sic). Identifica este acontecimento em conjunto com a queda na infância (aos 13 anos), como factores desencadeantes da desestabilização da irmã. Depois da morte do companheiro, a D.O. voltou a viver em casa dos pais e assim foi até há 9 anos, quando faleceu a mãe (subitamente?). Desde a morte da mãe que cortou completamente relações com a irmã, terá igualmente proibido o pai de o fazer.”

Ou da mãe e do próprio em **R9**, em que, à **quarta visita**, podemos eventualmente perceber, que algumas das referências delirantes do P., existem num contexto muito próprio criado ao longo dos anos essencialmente pela mãe:

“Receptivos a contar histórias passadas... Referem que a mãe teria sido “uma mulher com poderes milagrosos” (sic). A sra descreve alguns “feitos”, na altura que o marido era vivo e o P. confirma que vinham pessoas de todo o lado para serem recebidas pela mãe. Delirante?? Cultural?? “Não tenho poderes especiais, só peço a nosso sr. que faça o bem recair sobre vós” (sic) e exemplifica colocando as mãos sobre as nossas cabeças. O P. sorri e diz “oh, mãe, não faça isso, que ainda pensam que é maluca” (sic). Falam do tempo em que o pai era vivo (já faleceu há vários anos – morte súbita?).”

Em algumas situações teve de existir alguma insistência sobre determinado assunto, como em **R6** e, apenas à **quinta visita**, por ser essencial clarificar a questão da agressividade: *“Insisto com a mãe sobre história de agressividade, acaba por contar vários outros episódios ao longo dos anos.”*

Maioritariamente as histórias sobre a família são contadas por terceiros, familiares próximos e nem sempre na presença do utente, como aconteceu em **R5**, pela irmã: *“Refere que o irmão era muito próximo da mãe” (...) “O Sr. R. e a esposa nunca tiveram filhos (motivo desconhecido).”*

3.2.3.2 Intervenção familiar

A par da avaliação realizada, foi possível identificar intervenções dirigidas tanto ao utente como à família. No âmbito deste trabalho abordamos agora a intervenção familiar

percebida através da análise dos registos e da qual se apresenta grelha resumo no Quadro 6, identificando em cada utente e em cada registo, a intervenção realizada.

O Gráfico 11, explicita o número de registos em que existe referência a cada parâmetro de intervenção, assim como o número de utentes / famílias a quem foram efectuadas.

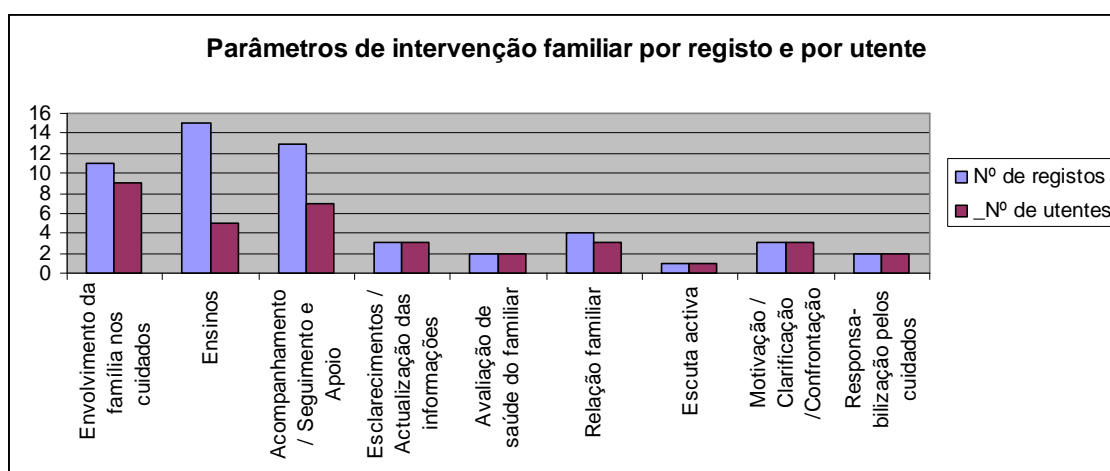


Gráfico 12 – Parâmetros de intervenção familiar identificados por registo e por utente

Verificamos que os **Ensinos** surgem em **15 registos** de **5 utentes**, com a seguinte distribuição:

- ✓ Gestão do regime terapêutico – 8 registos em 5 utentes / famílias
- ✓ Vigilância médica – 2 registos em 2 utentes
- ✓ Prevenção de riscos / acidentes – 2 registos em 2 utentes
- ✓ Gestão de situações de agressividade – 1 registo
- ✓ Hábitos de vida saudáveis – 1 registo
- ✓ Arrumação e higiene – 1 registo

Enquanto que em **R5**, apenas se verificou necessidade de ensino sobre gestão de regime terapêutico, em 1 visita das 6 realizadas: *“Revisto esquema terapêutico e reforçado ensino sobre medicação que ficará maioritariamente a cargo do Sr. R., que a irmã refere ser “certinho” (sic).;* em **R6** há registos de 4 ensinos diferentes em diferentes visitas das 7 realizadas e em **R1** foi necessário repetir ensino sobre gestão de regime terapêutico em 4 das 8 visitas realizadas.

Quadro 6 - Grelha resumo dos parâmetros da intervenção familiar

Utentes	Nº visitas	Envolvimento da família nos cuidados	Ensinos						Acompanha-mento / Seguimento e Apoio	Esclarecimentos / Actualização das informações	Avaliação de saúde do familiar	Relação familiar	Escuta activa	Motivação Clarificação Confrontação	Responsabilização pelos cuidados
			Gestão de situações de agressividade	Hábitos de vida saudáveis	Gestão do regime terapêutico	Vigilância médica	Arrumação e higiene	Prevenção de riscos / acidentes							
R1	8	b;		g;	a; b; d;g;				a; b; d;	g;	g;			d;	a;
R2	4				a;	d;			a; d;						
R3	2	a;							a;	a;		a;			
R4	1	a;							a;	a;			a;	a;	
R5	6	f;			b;										
R6	7	c; f; g;	g;		d;		b;	b;	c; f; g;		f;	f; g;		f;	c;
R7	4	b;													
R8	4	d;							a; b;			d;			
R9	4	a;			a;	a;		c;	a;						
R10	5	c;													
R11	1														
11 utentes	46 registos	11 registos em 9 utentes	Apenas 1 registos	Apenas 1 registo	8 registos	Apenas 2 registos	Apenas 1 registo	Apenas 2 registos	13 registos em 7 utentes	3 registos	Apenas 2 registos	4 registos	Apenas 1 registo	3 registos	Apenas 2 registos

Legenda: R1, R2, R3,... - Código de utentes
a, b, c, d,... - identificação de registos por utente

O **Envolvimento da família nos cuidados**, tal como se verificou em termos de avaliação familiar é, em termos de intervenção familiar, o parâmetro com maior número de registos – 11, efectuado na maioria dos utentes – 9.

Em **R1**, por exemplo, dependemos muito do marido para organizar os cuidados, privilegiando a sua presença nas visitas e planeando conjuntamente intervenções e cuidados. Tem a aceitação da utente que o reconhece como recurso válido de apoio e ajuda. Neste sentido, são vários os exemplos, em vários registos destas visitas:

“Faz-se monitorização de terapêutica. Sabe esquema, terapêutica e cuidados, tem o apoio do marido. Aparentam responsabilidade nestes cuidados. Planeia-se esquema de consultas e visitas futuras, cuidados com a terapêutica injectável” (...) “Plano: (...) “Manter envolvimento do marido no plano e acompanhamento” (...) “Plano: (...) Contactar marido para estar na próxima visita”

Neste caso, esta é uma das utentes com prescrição quinzenal de terapêutica I.M. depot, o que nos obriga a uma maior responsabilidade na frequência destas visitas e no seu planeamento caso não sejam possíveis. É disso exemplo, este registo: *“Por motivos institucionais não foi realizada VD. Contactado o marido que se comprometeu em levar a D. E. ao C. Saúde mais próximo para administração do depot.”;*

Neste exemplo de **R2**, somos “obrigados” a ter muita atenção e negociar com o pai, mantendo a importância das suas apreciações:

“Acordo que vou falar com o médico e verificar alternativas terapêuticas, combinando que o próprio Sr. C. o fará na próxima consulta.” (...) “O Sr. C. parece mais receptivo a receber-nos regularmente (tendencialmente e ao longo dos anos foi perceptível que as decisões finais são dele, embora a família tenha um funcionamento muito próprio, em que é difícil a aceitação dos processos de doença, em que se protegem uns aos outros apesar dos diferentes registos de organização e funcionamento).”

A situação anterior acabou por ter um desfecho que consideramos satisfatório, uma vez que *“Fez alteração do depot na última consulta, está a fazer o Risperdal Consta 50mg IM, o pai leva-o ao C. Saúde...”*; embora tenha sido igualmente transitório, como verificamos numa **visita posterior**, de acordo com o seguinte registo:

“Os injectáveis já não faz. Parece que a decisão foi do pai que diz “já era uma dose muito forte e então eu faço assim: tenho-a aqui no frigorífico, à

mínima coisa levo-o ao posto...” (sic). É difícil fazê-los entender a importância da manutenção do tratamento e, neste aspecto, unem-se os três!!!!” (...) o pai reafirma que “agora ele está muito bem” (sic).

Em **R9**, por exemplo, temos alguma dificuldade em modificar determinado tipo de cuidados prestados pela mãe do utente, especialmente quando existem determinadas queixas prévias que em parte o justificam:

“A mãe confirma estes “ataques”, referindo “tenho de lhe pôr um pau na boca para ele não morder a língua” (sic).” (...) “A mãe administra-lhe injeções de Akineton. Não estão prescritas mas pede-as ao médico (particular, de família???). Argumentação sem efeito contra esta administração indiscriminada. O regime terapêutico per os também está confuso... Entre medicamentos da mãe e do P., tentamos colocar alguma ordem no assunto. Parecem compreender.”

Conseguimos apenas pequenos ajustes parciais no regime terapêutico: *“cumpra mais correctamente o esquema terapêutico mas continua a fazer as injeções de Akineton, dadas pela mãe.”*

Em **R6** a mãe do Sr. P. está sempre presente, emitindo parecer sobre estado do filho: *“A mãe refere que tem andado “melhorzinho” (sic).”*; embora a relação estabelecida com este filho nem sempre nos pareça terapêutica, verificamos no seguinte registo:

“Clarifico com a mãe que refere que o P. fica acordado até tarde na noite a fumar e ver televisão.” (...) “A mãe fala de tratamento anterior que fez para a questão do álcool com pouco efeito. Volta a falar no outro filho e nos netos, a mostrar fotos de família, aparenta algum ressentimento (?) pela situação do P. mas continua a protegê-lo e quando abordo a questão de eventual agressividade, responde “a sra enfª também é mãe, não é?, sabe como é... aos filhos a gente põe-os debaixo da roda da saia” (sic).”

Este relacionamento acaba por se constituir como um dos focos de maior problemática e atenção, como verificamos em registos de visitas posteriores:

“apresenta equimose periorbital esquerda, o P. imediatamente refere que foi um acidente e a mãe confirma: ele estaria na casa de banho e terá dado um pontapé na porta que atingiu a mãe na face. Questiono sobre outros acidentes, o P. é evasivo e a mãe desdramatiza, continua numa atitude protectora.”

surgindo também a maior necessidade de ensino sobre gestão de situações de agressividade, por exemplo, de clarificação e confrontação e de encaminhamento, como no exemplo seguinte:

“Avalio possibilidade de ida ao hospital para consulta caso se mantenha instabilidade, o P. é receptivo, parece até envergonhado quando confrontado com a situação mas a crítica é diminuta. Insisto com a mãe sobre história de agressividade, acaba por contar vários outros episódios ao longo dos anos. Avalio situação de saúde da mãe (patologia cardíaca). Questiono sobre o pai e intervenções nestas alturas mas a mãe refere “o meu marido está velho e muito doente ... não tem mão nele” (sic). Abordo questão do irmão e relação com o P., não parece ser solução. Volto a insistir no contacto com a médica mas para já a mãe recusa, dizendo “isto são dias, depois passa” (sic). Voltamos a relembrar contactos telefónicos e procedimentos em caso de urgências. O P. parece mais receptivo a internamento acabando por referir “não me sinto bem...” (sic).

O **Acompanhamento/Seguimento e Apoio** surge como intervenção familiar e maioritariamente sob a forma de planeamento, em 13 registos de 7 utentes e por variadas circunstâncias. Tanto pode ser a marcação de consultas, contactos com médico assistente na presença da família ou programação de internamento como o exemplo de **R9**:

“Proponho internamento para tentar organizar apoios. Aceita referindo que “já tinha ido à urgência no dia depois da morte da minha mãe mas não me quiseram internar” (sic). A vizinha dá-lhe “uns comprimidos para eu conseguir dormir bem” (sic). Não sabe quais são... Combinamos falar com vizinha e irmã e programar internamento para breve!”

Ocasionalmente é feito **encaminhamento** dos próprios **familiares** a partir do internamento, como aconteceu com **R6**: *“Mãe encaminhada para grupo de famílias de doentes psicóticos”,* embora não tenha existido posterior adesão: *“A mãe refere que não vai ao grupo de famílias “não tenho vida para andar para cá e para lá” (sic).”*

Ou avaliado nas visitas a necessidade de outros encaminhamentos e solicitada colaboração nesse sentido: *“Reforço importância de ida ao médico de família, recomendo vigilância de TA e eventual rastreio cardiovascular (idade+peso+hábitos) ?? A mãe fica de tratar disso.”*

Em **R3** verificamos uma ausência de **envolvimento familiar** que obriga à nossa intervenção, envolvendo e responsabilizando o próprio e a família:

“discutida situação envolvendo e responsabilizando família neste apoio e acompanhamento (parecem algo distantes e desresponsabilizados). Acabamos por aferir plano de acompanhamento em que o pai irá com ele à farmácia tratar da terapêutica (aceitam após esclarecimento sobre gratuitidade da maioria dos fármacos prescritos), a irmã tratará do transporte para ida hoje ao CRAS e do contacto com médico de família. O Sr. J. concorda mas não se apura motivação para cumprimento de consultas e esquema terapêutico de forma autónoma.”

A situação de **R1** tem mais a ver com **resolução de situação laboral e financeira**, originando intervenção em parceria com a Assistente Social: “A D. E. está desempregada há +2 anos (último emprego num restaurante da Malveira)”. Com consequente planeamento de intervenções a este nível: “Acertam com a Dra C. procedimentos quanto ao RMG e fundo de desemprego. Refere que quer voltar a trabalhar...”. Apesar dos planeamentos e motivações, as situações arrastam-se no tempo e são mantidas como discussão ao longo de visitas subsequentes: “Discute possibilidades de resolução financeira e de ocupação/ emprego.”

Também no que respeita a **Motivação** temos o exemplo de **R6**, uma vez que, para o projecto terapêutico do P., interessa motivar para algum tipo de ocupação útil e adequada às suas capacidades, situação várias vezes abordada com o utente e a mãe: “Com o pai, trabalha de vez em quando. “O meu marido tem a fábrica ali em cima e o P. vai para lá aos bocadinhos ajudar o pai” (sic). (..) Sem grande motivação aparente para se ocupar/trabalhar,” Este exemplo fica registado e é posteriormente avaliado em visitas futuras: “Refere que tem ido mais vezes trabalhar par o pé do pai.” Neste caso, foram várias as intervenções no sentido de motivar para ocupação, ou mesmo, definir planos diários de actividades, mas dessas intervenções já não encontramos registo correspondente.

Alguns utentes não apresentam motivação para ocupação ou actividade laboral mas voluntariamente solicitam apoios sociais, como **R7**, que “Solicita apoio social.”, ou **R10** que quer aumentar o que já tem:

“Recebe alimentação do Centro de Dia e coloca várias questões relacionadas com subsídios e apoios à A. Social.” (...)“Quer ficar no hospital, solicita internamento. Clarificamos motivos e, aparentemente, sente-se bem no internamento, tem amigos, comida e roupa, sente-se melhor.” (...) “Propomos novas hipóteses de actividades mas só quer internamento permanente. Não tem critérios nem idade para Lar...” (...) “O filho (...) ter-se-á oferecido para o ajudar a arrumar, tentamos motivá-lo para o mesmo dando exemplos. Não quer!”

Em algumas situações família e vizinhos estão incluídos e até responsabilizados, pelo carácter do apoio prestado, como no caso de **R4**: *“no chão já há áreas limpas onde se pode circular, devido a limpeza feita pela D. L. e umas vizinhas assim que a D. O. foi internada.”* Nesta situação tentou-se junto da Câmara e outras entidades mas acabou por ter de ser suportada toda a limpeza pelos próprios familiares, embora fosse uma situação para a Saúde Pública.

No caso de **R1**, propomos auxílio de família mas preferiam que fosse dado em materiais para construção: *“A hipótese de recorrerem aos familiares para, por exemplo, tomar banho, não é do agrado comum, “a gente cá se arranja (...) se me ajudassem eu fazia uma casa de banho” (sic).”* Previamente foram tentados apoios da Câmara e conseguidos materiais mas actualmente já não há essa possibilidade.

Existe apenas um registo em **R5** com referência a possibilidades futuras de intervenção familiar: *“PLANO: Discussão de caso em equipa para preparação de alta. Intervenção familiar?”*

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo optado por realizar alguma discussão sobre a análise efectuada, no capítulo anterior, a par da apresentação dos resultados, uma vez que à medida que foram sendo assinalados alguns excertos dos registos assim se tornava imperativo comentá-los, justificando ou relacionando à luz dos objectivos deste trabalho; gostaríamos agora de tecer alguns comentários adicionais sobre a análise realizada.

Assim, começamos por referir algumas limitações encontradas. O facto de termos escolhido apenas este período de tempo (9 meses) e esta área (Mafra) é algo limitador; permitindo retirar algum tipo de conclusões mas perdendo a relevância uma vez que não o fazemos comparativamente com outras áreas de assistência, por exemplo.

De igual modo, a inexistência de comparação com outros estudos existentes no mesmo âmbito, sejam nacionais ou internacionais, impede uma perspectiva mais criteriosa e fundamentada. Tendo o universo em análise algumas especificidades descritas, seria interessante conhecer que modelos de avaliação familiar são efectivamente praticados no nosso país em contextos semelhantes e de que forma são registados.

A utilização do processo de enfermagem, constitui uma forma de organização dos cuidados de enfermagem, sendo um instrumento de extrema importância para a resolução de problemas de enfermagem. Muitas vezes utilizado mentalmente, por vezes acaba por ter pouca expressão em termos documentais. Por norma, utilizamos as "Notas de Enfermagem/Registos", para descrever de forma narrativa e em texto livre os cuidados de enfermagem prestados aos utentes, registando as várias etapas desenvolvidas ao longo do processo de enfermagem.

Relativamente ao conteúdo dos registos analisados gostaríamos de referir que entendemos ser uma condicionante o facto de ser sempre o mesmo enfermeiro a efectuá-los, podendo justificar a não existência de preocupação com a continuidade dos cuidados uma vez que estaria implicitamente assegurada. Se por um lado essa permanência permite estabilidade e construção de relações de confiança, favorecendo os

processos interrelacionais terapêuticos, também permite uma maior “descontracção” nesta responsabilidade profissional de documentação do processo de enfermagem.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (2003, p.67), “*a ausência de registo pode ser assumida como ausência de realização*”, estando igualmente definido pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem que é função do enfermeiro “*avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados*”, só sendo possível dar visibilidade aos cuidados prestados se deles houver registo fidedigno.

Neste trabalho descrevemos, essencialmente, a análise realizada aos registos no âmbito da avaliação/intervenção familiar, mas reconhecemos de igual interesse aprofundar esta análise no que diz respeito à avaliação e intervenção específicas do utente. Numa perspectiva sistémica, ideal seria conjugar todas as perspectivas de avaliação/intervenção para possibilitar uma visão mais clara do tipo de abordagem realizada.

No entanto e avançando com o que encontrámos nesta pesquisa, relativamente aos registos em análise, especificamente no que concerne a avaliação e intervenção familiar, neste contexto e com esta população específicos, e sem qualquer pretensão de generalizar achados, este trabalho serve o propósito prioritário de permitir uma base de reflexão para a melhoria das práticas de cuidados, possibilitando um acréscimo de conhecimento e permitindo vislumbrar a implementação de processos de mudança futuros tanto na prestação de cuidados a que se reporta como na forma de a documentar.

A avaliação familiar está presente em todos os registos de visita domiciliária analisados e, embora incidindo mais especificamente em alguns parâmetros, permitiu-nos perceber que o espectro de avaliação é relativamente alargado, abrangendo colheita de dados sobre história da família, passada e presente e permitindo vislumbrar na situação actual, um retrato familiar que entendemos fidedigno dos padrões de relacionamento actuais e que permite definir os critérios de intervenção necessários. Claro que este “retrato” é tanto mais completo quanto maior o número de visitas realizadas ao mesmo utente, o que advém do evoluir da relação e da proximidade/confiança desenvolvidas ao longo

das visitas, com o consequente aumento de conhecimento dos intervenientes, da situação e contexto específicos.

Nos registos analisados não se identifica claramente a classe social a que utentes e famílias pertencem, tendo essa classificação sido realizada, à posteriori, através da Classificação Social de Graffar. No entanto foram identificados dois parâmetros que permitem, maioritariamente, inferir sobre este aspecto: a avaliação do domicílio e a avaliação de recursos.

Wright & Leahey (2009, p.61), referem que “*A classe social tem sido referida como o principal modelador dos valores e sistemas de crenças da família*”, devendo, o tratamento, ter em conta

*“os contextos cultural, social e económico das pessoas que buscam ajuda”
(...) “A avaliação da classe social ajuda a enfermeira a entender de modo novo os factores de estresse e recursos da família. Se as enfermeiras reconhecerem as diferenças nas crenças da classe social (...), isso poderá estimular novas estratégias de promoção e intervenção de saúde.”*

Assim, consideramos ser este um aspecto de especial interesse na avaliação realizada e, se por um lado, no que concerne à avaliação de recursos existem poucos registos específicos, a avaliação do domicílio é mais criteriosa acabando por co-existirem estes dois parâmetros, muitas vezes, de forma complementar.

Verificámos que as famílias são um recurso extremamente importante para o conhecimento do utente, constatando, em várias situações, que a presença de familiares (marido, mãe, irmã), como pessoas significativas, as suas percepções e expectativas e o seu envolvimento nos cuidados, parecem promover sentimentos de segurança e/ ou potenciar a confiança na recepção dos técnicos de saúde e na adesão aos projectos terapêuticos.

Hanson (2005, p.340) refere alguns estudos que suportam que o envolvimento da família nos cuidados aos utentes permite melhores resultados, citando como exemplos o facto do apoio familiar melhorar a aceitação da medicação e aumentar os níveis de

satisfação nas relações familiares, ou a interacção alargada da família se relacionar com uma melhoria na qualidade de vida.

Verificámos o mesmo na nossa realidade, o que fundamenta que a maioria das intervenções identificadas também estejam dirigidas para a prestação de apoio e esclarecimentos e para potenciar esse mesmo envolvimento familiar na prestação de cuidados aos utentes.

Da análise realizada verificamos que algum deste investimento existe sob a forma de ensino sobre vários temas que vão surgindo da avaliação prévia realizada, muito na linha do preconizado para a psicoeducação. Hanson também refere que “*o conteúdo das intervenções psico-educativas varia com a filosofia do tratamento, bem como com as necessidades próprias do cliente e da família*” (2005, p.340).

Pensamos ser ainda necessário um investimento mais focalizado e estruturado ao nível da psicoeducação familiar o que nem sempre se verifica no contexto actual de visita domiciliária. Fica assim a referência e a identificação desta necessidade para reflexão e abordagem futura, aprimorando aquilo que até agora foram ensinamentos maioritariamente pontuais e pouco estruturados e permitindo planear abordagens mais específicas adaptadas às necessidades identificadas.

Também no âmbito da promoção da saúde se verifica algum investimento tanto em avaliação como em intervenção. Hanson (2005) refere que, “*na enfermagem de saúde mental da família, a promoção da saúde cai no domínio dos cuidados primários de saúde mental*” e, citando Burgess, 1997), define os mesmos como “serviços contínuos e completos, necessários para a promoção de uma excelente saúde mental, prevenção de uma doença mental, tratamento e/ou encaminhamento de problemas de saúde mental e físicos, diagnóstico e tratamento de perturbações mentais e das suas sequelas e reabilitação” (p.330).

O investimento nesta área está registado tanto em relação aos utentes como em algumas situações dos próprios familiares, suportando também a importância dada à avaliação da situação de saúde dos familiares. Os familiares que cuidam de pessoas com doenças crónicas correm o risco de sofrerem de problemas emocionais ou mesmo de doenças

psiquiátricas, mas também podem apresentar outras questões de saúde decorrentes do processo normal de envelhecimento ou mesmos de processos patológicos, de doença, merecedores de atenção, cuidado e eventual encaminhamento, conforme verificámos em algumas situações.

O desenvolvimento dos sistemas de informação na área da saúde, tem originado uma crescente necessidade de classificação de fenómenos e intervenções, originando uma maior adequação e uniformização de linguagem e registos.

Ainda encontramos registos, como os apreciados neste relatório, em que a informação por vezes é insuficiente; algumas vezes duplicada, noutras inexistente; nem sempre abrangendo todas as áreas de acção/intervenção; podendo conter muita informação, mas não necessariamente identificando claramente etapas do processo de cuidados em enfermagem, nem a definição clara e específica dos diagnósticos e intervenções de enfermagem identificados e realizados.

Sabemos (porque estamos no papel de actores directos do processo descrito), que a definição tanto de objectivos, como de diagnósticos e intervenções é realizada de forma frequente e até sistematizada mas que, muitas vezes, não abandona a esfera mental ou meramente verbal, não sendo referenciada em qualquer formato de registo documental que permita apreciação de outros ou avaliação e controlo posterior, conforme se demonstra como possibilidade neste tipo de trabalhos.

Verificámos, assim, que parece existir alguma dificuldade em enunciar os diagnósticos de enfermagem, assim como algumas intervenções que resultam exclusivamente desta esfera autónoma. Podemos percebê-los pelas observações realizadas e consequentes intervenções mas não existe qualquer definição escrita nesse sentido. Não podemos afirmar categoricamente que não existam e sabemos que isso não é de todo verdade, mas se não existe registo, como se prova?

Seria uma análise possível e interessante, verificar que diagnósticos de enfermagem foram levantados ao utente e à família, mas ficamos pelo desejo de que esta seja uma das melhorias a implementar em registos futuros.

Segundo Alfaro (1996) citado por Petronilho (2003, p.21) a tomada de decisão em enfermagem encontra-se associada ao pensamento crítico, que está baseado “*na reflexão sobre a acção, devendo ser contextual, objectivo, fundamentado em princípios da ciência e do método científico (na evidência), requerendo estratégias que maximizem o potencial humano e compensem os problemas causados pela natureza humana*”.

Ora se, na prática, especialmente em contexto comunitário, domiciliário, a tomada de decisão, se torna num aspecto extremamente importante do trabalho do enfermeiro, deveria estar expressa nos registos que o documentam, o que nem sempre se verifica.

CONCLUSÃO

A ideia de cuidados em saúde mental baseada na comunidade constitui, essencialmente, o distanciamento de soluções organizacionais e a consequente aproximação de abordagens mais globais, que possibilitem que a grande maioria dos doentes que necessitam de cuidados em saúde mental tenha a possibilidade de ser tratada a nível comunitário. Os cuidados em saúde mental devem estar em condições de atender às múltiplas necessidades dos indivíduos e das suas famílias.

Os cuidados baseados na comunidade (ao contrário dos cuidados baseados no hospital) podem identificar recursos e criar alianças saudáveis que, noutras circunstâncias, ficariam ocultas e inactivas. O uso desses recursos pode evitar a ocorrência de situações em que os doentes que recebem alta são abandonados, pelos serviços de saúde, aos cuidados das suas famílias que, por não se encontrarem preparadas, sofrem elas próprias consequências negativas. Em última análise, eles devem visar a emancipação e usar técnicas de tratamento eficientes, que permitam às pessoas com perturbações mentais aumentar as suas aptidões de autocuidados, incorporando o ambiente social informal da família bem como mecanismos de apoio formais.

As famílias têm uma influência relevante no conceito individual de saúde e doença. É dentro da família que se desenvolve o sentimento pessoal de auto-estima e de competência, por exemplo. Logo, factores sociais, ambientais, económicos e culturais, bem como os recursos que os próprios e a comunidade dispõem para fazer face às necessidades de saúde, influenciam os riscos e comportamentos de saúde familiares.

É mandatório, para os enfermeiros que trabalham com famílias, o desenvolvimento de uma abordagem lógica e sistematizada, naquilo que é denominado o processo de enfermagem e que, tal como para os indivíduos, se compõe pelas etapas de colheita de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção ou tratamento e avaliação.

A intervenção do enfermeiro de saúde mental na família, na qual ela própria, é identificada como foco do cuidado, tem existido como uma nova abordagem, discutida

no sentido de proporcionar melhor compreensão e suporte às famílias assistidas, devendo os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, recorrer a uma série de teorias de sistemas da família para orientar as suas avaliações e intervenções dirigidas às famílias e sendo possível, à medida que aumenta a experiência e a formação específica, seguir tanto uma linha de orientação específica como utilizar múltiplas estruturas teóricas.

Da realização deste trabalho não emerge claramente um modelo de abordagem familiar específico e, embora ficando aquém da identificação clara de modelos de avaliação e intervenção familiar aplicados no âmbito da visita domiciliária a utentes do sub-sector de Mafra, permitiu perceber que existe, sem dúvida, atenção dada aos familiares, sendo realizada frequentemente avaliação de relacionamentos, padrões de interacção, apoios e recursos, com consequentes intervenções e permitiu clarificar a necessidade de ser realizada de uma forma sistematizada, criteriosa, fundamentada e, de igual modo importante, claramente documentada.

Por outro lado, a análise da nossa prática clínica a partir dos registos de enfermagem e com um objectivo específico e direccionado de pesquisa, permitiu desenvolver competências clínicas de natureza conceptual e instrumental, assim como de elaboração e execução de relatórios de prática clínica.

Relembrando os objectivos inicialmente traçados com a realização deste trabalho, consideramos que, ao utilizar um pensamento sistémico que encara o indivíduo como um ser de uma complexidade inegável, em constante interacção com outros, como a família, os círculos sociais e laborais, o ambiente que o rodeia e a forma como tudo interage de forma permanente; melhoramos a compreensão da saúde mental e das alterações comportamentais no contexto da experiência humana de saúde. Para a implementação de processos de mudança que levem à melhoria da qualidade dos cuidados é essencial conhecer quais os modelos de cuidados utilizados. Assim, este trabalho revelou-se de extrema importância no sentido em que permitiu conhecer e reflectir sobre a prestação de cuidados em contexto domiciliário e a forma como é documentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Collière, M. (1999) – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses,. 385 p.

Benner, Patricia (2005). *De iniciado a perito*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto.

Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro (1996) – *REPE: regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Documento cedido pela Ordem dos Enfermeiros online em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional - *Classificação Nacional das Profissões*. Acedido online em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2003) – *Código Deontológico do Enfermeiro*

Ordem dos Enfermeiros (2009) - *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Caderno temático*. Acedido online em www.ordemenfermeiros.pt

Fortin, M. (1996). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência: Edições técnicas e científicas. ISBN 972-8383-10-X

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. 13ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001 – Saúde Mental: Nova compreensão, Nova Esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde

Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editores

Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª edição. Brasil: Roca

Hanson, S. (2005). *Enfermeiras de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*. 2ª edição. Lisboa: Lusociência

Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 324p.

Andolfi, M. (1981). *La terapia con la famiglia*. Col. Vega Universidade, Casa Editrice Astrolábio. Ubal dini editora.

Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, 238 p.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *CIPE. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: Perspectiva Sistémica*. 2ª edição. Porto: Edições Afrontamento

Lopes, M (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações*. 2ª edição. Lisboa: Gráfica 2000. ISBN 972-98149-0-2

Friedman, M. *et al* (2003). *Family nursing- research theory and practice*. 5ª edição. New Jersey: Prentice Hall Ed.

OMS (2002). *Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Direcção geral de Saúde. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência

Decreto-Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em http://www.ers.pt/legislação_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/cuidados-continuados

EGRY, E.; FONSECA, R. (2000). *A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva*. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n.3, p. 233-9, set. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n3a02.pdf>

Reinaldo, A.; ROCHA, R. (2002). *Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã*. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol. 4, nº 2, p. 36 – 41. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para a Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 972-674-231-5
ISBN 972-757-190-3.

Lo-Biondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª edição. Brasil: Editora Guanabara Koogan, S.A.

Quivy, R.; Champenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas

Bardin, L. ((2009) *Análise de Conteúdo*. 5ª edição. Lisboa: Edições 70, Lda. ISBN 978-972-44-1506-2

Petronilho, F. (Maio 2003) – *Sinais Vitais: S.I.E. – reformulação/ implementação que contributos para a reflexão e melhoria das práticas*. Coimbra. ISSN 0872-8844 48 19-22.

Vala, J. (1986). *Análise de conteúdo* in Silva, A.; Pinto, J. *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Ed. Apontamento. Págs. 101-128.

ANEXOS

Anexo I – Fichas de identificação de utente - Códigos

<p>Código: R1</p> <p>Nome: E.M.S.M.</p> <p>Residência: Malveira</p> <p>Agregado familiar: 2</p> <p>Idade: 43</p> <p>Gênero: Feminino</p> <p>Pessoa de referência: Marido</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe desfavorecida</p>
<p>Código: R2</p> <p>Nome: I.H.C.S.</p> <p>Residência: Ribamar</p> <p>Agregado familiar: 3</p> <p>Idade: 44</p> <p>Gênero: Masculino</p> <p>Pessoa de referência: Pai</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe baixa</p>
<p>Código: R3</p> <p>Nome: J.A.S.L.</p> <p>Residência: Malveira</p> <p>Agregado familiar: 6</p> <p>Idade: 43</p> <p>Gênero: Malveira</p> <p>Pessoa de referência: Irmã</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe baixa</p>

<p>Código: R4</p> <p>Nome: O. S.</p> <p>Residência: Lourinhã</p> <p>Agregado familiar: 2</p> <p>Idade: 40</p> <p>Gênero: Feminino</p> <p>Pessoa de referência: Irmã</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe média alta</p>
<p>Código: R5</p> <p>Nome: R.C.F.S.</p> <p>Residência: Malveira</p> <p>Agregado familiar: 2</p> <p>Idade: 68</p> <p>Gênero: Masculino</p> <p>Pessoa de referência: Irmã</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe média</p>
<p>Código: R6</p> <p>Nome:P. J. M. M.</p> <p>Residência: Milharado</p> <p>Agregado familiar: 3</p> <p>Idade: 37</p> <p>Gênero: Masculino</p> <p>Pessoa de referência: Mãe</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe média</p>

<p>Código: R7</p> <p>Nome: F.M.L.</p> <p>Residência: Venda do Pinheiro</p> <p>Agregado familiar: 3</p> <p>Idade: 59</p> <p>Gênero: Masculino</p> <p>Pessoa de referência: Mãe</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe baixa</p>
<p>Código: R8</p> <p>Nome: M.L.S.C.S.</p> <p>Residência: Ribamar</p> <p>Agregado familiar: 3</p> <p>Idade: 75</p> <p>Gênero: Feminino</p> <p>Pessoa de referência: Marido</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe baixa</p>
<p>Código: R9</p> <p>Nome: P.R.M.</p> <p>Residência: Ribamar</p> <p>Agregado familiar: 2</p> <p>Idade: 36</p> <p>Gênero: Masculino</p> <p>Pessoa de referência: Mãe</p> <p>Classificação Social de Graffar: Classe baixa</p>

Código: R10

Nome: E.M.B.T.

Residência: Malveira

Agregado familiar: 1

Idade: 52

Gênero: Masculino

Pessoa de referência: Filho

Classificação Social de Graffar: Classe baixa

Código: R11

Nome: S.D.

Residência: Mafra

Agregado familiar: 3

Idade: 30

Gênero: Feminino

Pessoa de referência: Mãe

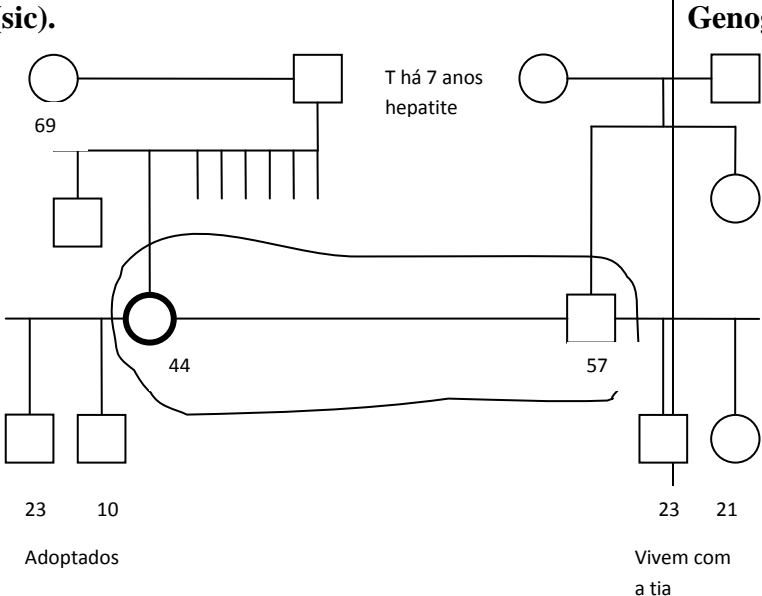
Classificação Social de Graffar: Classe média alta

Anexo II – Registos de enfermagem das visitas domiciliárias

Código	Registos de Enfermagem	Tipo de Aval. D.	Notas
R1a 26012 010	<p>Solicitada por: Dra. M.J.A. (no internamento de Set a Dez10)</p> <p>OBJECTIVOS: Assegurar administração de terapêutica depot / Avaliação da adesão à terapêutica per os / Acompanhamento e apoio / Avaliação de condições no domicílio.</p> <p>DESCRIÇÃO: Visita realizada pela Enfª B.P. e Dra. C.L.</p> <p>Internada na CP IV a 3/10/2009 (1º internamento), compulsivamente, por agitação psicomotora, heteroagressividade e insónia total. História de consumo de tóxicos (?).</p> <p>Teve alta a 18/12/09 com indicação para seguimento em consulta (Dra M.J.A.) e acompanhamento em visita domiciliária.</p> <p>À chegada ao domicílio, o marido aguardava-nos à beira da estrada. Habitam num terreno à beira da estrada, uma construção feita pelo marido com tijolo, cimento e madeira (tipo barraca), com electricidade, água de furo mas, sem gás, fogão ou wc. Parcas condições de habitabilidade (paredes, portas e janelas) mas razoavelmente conservadas em arrumação e limpeza. Cozinham numa fogueira, num barracão construído para o efeito.</p> <p>A D. E. também nos aguardava, sorridente e aparentemente bem disposta. Refere sentir-se melhor agora que está em casa e, embora aceite indicações dadas na preparação da alta, parece manter diminuição de critica para motivos de</p>	<p>Observ. Entrev.</p> <p>Observ. Entrev.</p>	<p>Objectivos: Gestão do regime terapêutico Avaliação diagnóstica do contexto domicili Manutenção de acompanhamento</p> <p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p>Recepção feita pelo familiar Avaliação do domicílio Local de residência Tipo de habitação Condições habitacionais Estado de conservação da habitação</p> <p>Avaliação da utente Estado geral Apreciação pessoal Humor Critica</p>

<p>renitente nas suas capacidades, “aquí por casa já é o que é (...) sou eu que ajudo e faço a maioria das coisas (...) ela tem boa vontade mas não sei (...) ainda não.” (sic). Nesta altura, mais triste, quase chorosa, refere “queria sentir-me bem para ir trabalhar (...) ia de autocarro de manhã e voltava (...) mas até agora não apareceu nada.” (sic).</p> <p>Não se apuram alterações do pensamento ou percepção, nega delírios ou alucinações. Alguma lentificação no discurso, que associa à terapêutica.</p> <p>Orientação mantida em todas as referências.</p> <p>Atenção captável e fixável.</p> <p>Foi administrado Risperdal Consta 37,5mg, sem intercorrências.</p> <p>Tem consulta no HJM a 9 Fev. (repete injectável nessa altura). Próxima visita a 22 Fev.</p> <p>PLANO:</p> <p style="padding-left: 40px;">Manter visita domiciliária mensal, nesta fase em alternância com consulta também mensal (assegurada terap. Depot / acompanhamento quinzenal), estreita articulação de equipa</p> <p style="padding-left: 40px;">Articulação com estruturas locais para eventual ocupação</p> <p style="text-align: center;">Manter envolvimento do marido no plano e acompanhamento</p>	<div>Entrev.</div> <div>Entrev. Observ.</div>	<p>medicamentos</p> <p>Contactos</p> <p>Avaliação da utente</p> <p>Situação laboral</p> <p>Intervenção/Planeamento (A.Social)</p> <p>Avaliação da utente</p> <p>Perspectivas futuras individuais</p> <p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Avaliação familiar</p> <p>Perspectivas futuras</p> <p>Organização de tarefas</p> <p>Avaliação da utente</p> <p>Humor</p> <p>Motivação</p> <p>Pensamento, percepção, discurso, orientação, atenção</p> <p>Intervenção</p> <p>Administração de terapêutica IM</p> <p>Planeamento</p> <p>Administração de terapêutica / Articulação com consultas</p> <p>Próxima VD</p> <p>Projecto terapêutico:</p> <p>Manutenção de acompanhamento em VD</p> <p>Gestão do regime terapêutico</p> <p>Articulação com outras estruturas de apoio sociais</p> <p>Manutenção e acompanhamento do envolvimento do familiar nos cuidados</p>
---	---	---

	<p>Contactar marido para estar na próxima visita</p> <p>Comunicar à Dra M.J.A. observação actual e rever esquema do Risperdal (é preciso acertar)</p> <p>Avaliar relação familiar com família do Sr. A. e possibilidades de apoio (proximidade)</p>		<p>terapêutica IM</p> <p>Projecto terapêutico</p> <p>Contacto com familiar para envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Avaliação familiar</p> <p>(relação com família do conjugue)</p>
<p>R1d</p> <p>16032</p> <p>010</p>	<p>VD realizada pela Enfª e A. Social. O Sr. A. e a D. E. encontravam-se à nossa espera. Continua triste, não se apuram alterações do pensamento ou da percepção, dorme melhor.</p> <p>O marido refere que “é por dias (...) tem alturas que anda por aqui bem disposta e ajuda-me em tudo, tem outros dias que está assim” (sic).</p> <p>Abordadas as relações familiares com as respectivas famílias de origem.</p> <p>Da parte da D. E., é a 2ª de uma fratria de 7 irmãos. Diz que há vários anos que não tem contacto com eles. A mãe (69 anos) vive na margem Sul, perto de alguns dos filhos e terá ido vê-la aquando do internamento, “soube por uma amiga e foi lá ver-me” (sic). Gostei de a ver (...) não quero que ela saiba onde eu moro (...) tenho vergonha (...) prefiro que eles não venham cá” (sic).</p> <p>O pai faleceu há +-7 anos com hepatite (?).</p> <p>Tem dois filhos rapazes, de uma relação anterior, ambos foram adoptados, “o de 23 anos não vejo há 12 anos, mas a minha mãe diz que ele está bem (...) o mais pequeno tem agora 10 anos mas desse não sei mesmo nada (sic).</p> <p>Fica mais triste quando fala dos filhos mas acaba por referir “estão melhor assim” (sic).</p> <p>Saiu de casa dos pais aos 18 anos para viver com o pai dos filhos. Depois “já estava muito mal e o</p>	<p>Entrev.</p>	<p>Recepção realizada pelo casal</p> <p>Avaliação da utente</p> <p>Humor, pensamento, percepção, sono</p> <p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Avaliação familiar</p> <p>Relação com famílias de origem</p> <p>Avaliação da utente</p> <p>Colheita de dados/História passada</p> <p>Antecedentes familiares</p> <p>Relação com família de origem</p> <p>Reacção emocional</p> <p>Antecedentes pessoais</p>
		<p>Observ.</p> <p>Entrev.</p>	

	<p>Augusto é que me salvou” (sic).</p> <p>Não são explícitos quanto aos consumos de tóxicos mas quando abordados a esse respeito ambos negam qualquer consumo actual, por parte da D. E.</p> <p>Da família do Sr. A., os pais ainda são vivos e habitam alguns metros abaixo (apontam-nos a casa que se avista do terreno). Este terreno é dos pais, a irmã também vive próximo. O Sr. A. tem dois filhos, 1 rapaz de 23 anos e 1 rapariga da 21, que vivem com a tia (esta irmã). Fica algo constrangido ao abordar este assunto. De vez em quando vai vê-los mas a E. não; porque “não sou lá muito bem aceite pela família dele” (sic).</p>  <p>A hipótese de recorrerem aos familiares para, por exemplo, tomar banho, não é do agrado comum, “a gente cá se arranja (...) se me ajudassem eu fazia uma casa de banho” (sic). A Dra C. combina falar com a câmara para ver da possibilidade de se arranjar material.</p> <p>Avaliada a possibilidade de ocupar os dias de forma mais satisfatória para a própria. Refere que tem ido</p>	<p>Genog.</p> <p>Entrev.</p>	<p>Consumos substâncias tóxicas</p> <p>Avaliação familiar Antecedentes pessoais História passada Relação com família de origem</p> <p>Avaliação da utente Relação com família do conjugue Avaliação familiar Agregado familiar Antecedentes familiares História familiar</p> <p>Intervenção Proposta de apoio/resolução de problemas Mobilização de recursos Apoios sociais Intervenção (A.Social)</p>
--	--	--	---

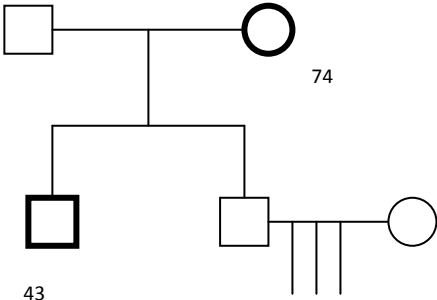
	<p>andar a pé “quando o tempo está melhor” (sic), “faz-me bem e já me sinto melhor para o fazer” (sic).</p> <p>Fez Risperdal Consta 37,5mg IM. Revisto esquema terapêutico, esclarecimento de dúvidas, actualização de datas e consultas. Tem consulta a 30/3/2010.</p>		<p>Avaliação/Intervenção /Planeamento</p> <p>Ocupação</p> <p>Intervenção</p> <p>Administração terapêutica IM</p> <p>Gestão do regime terapêutico</p> <p>Planeamento</p> <p>Seguimento (consulta)</p>
<p>R1e</p> <p>30042</p> <p>010</p>	<p>Nota: Fez Risperdal Consta 37,5mg IM a 6 e a 20/4 (em Negrais). Por indicação da Dra M.J.A., passa a fazer 50mg Risperdal Consta IM, quinzeal.</p> <p>A D.E. encontrava-se a fazer o almoço, “estou a adiantar, O Augusto foi ao pão, deve estar a chegar” (sic).</p> <p>Hoje refere que se tem sentido melhor, “vou estando por aqui mas já me sinto com mais forças (...) continuo a dar os meus passeios a pé (...) e cá vou andando (sic). Sorridente, discurso fluente, coerente, orientação mantida em todas as referências, sem alterações do pensamento ou percepção, sem ideias de ruína, discurso mais positivo, centrado na forma como acha que tem melhorado.</p> <p>Humor eutímico, mais dinâmica no discurso, melhoria nos movimentos e actividade geral.</p> <p>Discute possibilidades de resolução financeira e de ocupação / emprego.</p> <p>Mais cuidada no vestuário / higiene, “o tempo está melhor (...) ainda ontem tomámos banho” (sic).</p> <p>Administrado Risperdal Consta 50mg IM sem intercorrências. Refere ligeira dor no local da punção, nos 1ºs dias, que reverte espontaneamente.</p> <p>Algo emagrecida, mantém pele integra. Refere alimentar-se bem.</p>	<p>Observ.</p> <p>Entrev.</p>	<p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p>Avaliação da utente</p> <p>Organização de tarefas no domicílio</p> <p>AVD's</p> <p>Estado geral</p> <p>Apreciação pessoal</p> <p>Situação actual</p> <p>Humor, discurso, orientação, pensamento, percepção, actividade, postura, motivação</p> <p>Intervenção/Planeamento</p> <p>Resolução de problemas</p> <p>Ocupação / Actividade laboral</p> <p>Avaliação da utente</p> <p>Higiene e vestuário</p> <p>Intervenção</p> <p>Administração terapêutica IM</p> <p>Avaliação da utente</p> <p>Integridade cutânea, local de punção,</p>

			alimentação, estado geral
R1f 11052 010	<p>VD realizada com a enfª e a A. Social.</p> <p>Quadro clínico aparentemente estabilizado.</p> <p>Também sem qualquer novidade em relação a emprego ou ocupação, embora já refira “agora já começo a tratar das flores” (sic).</p> <p>Continua a referir não querer nada com a família e não se apuram outras relações sociais. Quanto à amiga referida em visitas anteriores também é evasiva e não consigo clarificar.</p> <p>Humor eutímico, sem alterações do pensamento ou percepção. Discurso coerente, sem outras alterações.</p> <p>Administrado Risperdal Consta 50mg IM, conforme prescrição.</p> <p>O Sr. A. chegou de Negrais, de bicicleta, com o pão e o leite.</p> <p>Refere que a D. E. tem estado melhor e que lá vão fazendo a vida deles “como é costume” (sic).</p> <p>Tem consulta na HJM a 25/5. Faz lá o injectável. Actualizado cartão de registo. Esclarecidas dúvidas sobre terapêutica, uma vez que “agora que me sinto melhor, para que é que preciso da injeção” (sic).</p> <p>PLANO:</p> <p>Manutenção de acompanhamento para observação / monitorização e administração de terapêutica</p> <p>Discussão de caso em equipa – projecto terapêutico (?)</p>	<p>Observ. Entrev.</p> <p>Avaliação da utente Situação actual Situação laboral Ocupação</p> <p>Outros relacionamentos Avaliação familiar Relação familiar</p> <p>Avaliação da utente Humor, pensamento, percepção, discurso</p> <p>Intervenção Administração terapêutica IM Avaliação da utente/familiar Organização de tarefas Avaliação actual do familiar</p> <p>Planeamento Seguimento em VD e consulta. Gestão do regime terapêutico Avaliação/Intervenção Gestão do regime terapêutico Projecto terapêutico Manutenção de acompanhamento em VD Gestão do regime terapêutico Discussão de caso em equipa</p> <p>Observ. Entrev.</p>	
R1g 08062 010	<p>Visita domiciliária realizada pela Enfª e A. Social.</p> <p>A D. E. encontra-se em casa com o marido. Não temos novidades nem outras propostas de apoio ou</p>	<p>Observ. Entrev.</p>	<p>Intervenção Esclarecimentos/Actualização das informações</p>

	<p>intervenção, da parte deles também não há qualquer novidade. Na consulta não houve alteração no esquema terapêutico. Refere sentir-se bem, vai tratando das plantas. Aparentemente mais descuidada na higiene e vestuário “é do calor” (sic). Continuam a tomar banho na rua, numa tina de água. Tem-se alimentado razoavelmente e, segundo o Sr. A. “o apetite nunca lhe falta” (sic). Humor eutímico, nega consumos de álcool ou tabaco, embora o marido continue a fumar “1 maço por dia” (...) “ele é que devia parar por causa dos pulmões que tem” (sic). O Sr. A. teve problemas respiratórios decorrentes do trabalho realizado durante anos na indústria dos mármore. Feito ensino sobre cuidados a ter mas não aparenta receptividade para redução de consumos.</p> <p>Administrada terapêutica IM conforme prescrição (mais receptiva), reforçados ensinamentos. Próxima VD a 22/6/10.</p>		<p>Avaliação da utente Gestão do regime terapêutico Estado geral Apreciação pessoal Higiene Vestuário Alimentação Avaliação do domicílio Condições habitacionais Avaliação familiar Avaliação da saúde do familiar Avaliação da utente Humor Consumos de tóxicos Avaliação do familiar Estado saúde do familiar</p> <p>Intervenção Ensino sobre hábitos de vida saudáveis ao familiar Administração de terapêutica IM Ensino sobre gestão do regime terapêutico</p>
R1h 22062 010	<p>Visita domiciliária realizada pela Enfª e A. Social. A D. E. não se encontrava em casa. Esperámos um pouco e, na sequência dos cães ladrarem fortemente vimos surgir, a correr, a D. E. e esposo, vindos da estrada de Negrais. Chegou ofegante e com algumas dificuldades respiratórias e após se acalmar explicou que “como já estava a ficar tarde e não apareciam resolvemos ir para o C.S. de Negrais, porque só chegando antes da 1h é que posso fazer a injeção” (sic). Estava um calor insuportável, no pico das 12h e iam fazer 6 Kms a pé para não falhar a administração do depot!!!!</p>	Observ. Entrev.	<p>Avaliação da utente Adesão e cumprimento do regime terapêutico Resolução de problemas Avaliação familiar Envolvimento da família nos cuidados Avaliação/Planeamento</p>

	<p>Sem alterações relevantes nas rotinas e estado geral, revemos esquemas de consulta e terapêutica.</p> <p>Feita administração de Risperdal Consta 50mg IM sem intercorrências. Já não sente dor no local de punção.</p>		<p>Situação actual</p> <p>Gestão do regime terapêutico</p> <p>Seguimento em consultas</p> <p>Intervenção/Avaliação</p> <p>Administração de terapêutica IM</p> <p>Integridade cutânea</p> <p>Local de punção</p>
<p>R2a</p> <p>13102</p> <p>009</p>	<p>Solicitada por: Dra A.L. (no internamento de 22/9 a 3/10/09)</p> <p>OBJECTIVOS: Avaliação sócio-familiar; avaliação da adesão à terapêutica</p> <p>Visita de avaliação / triagem à Sra. D. M.L. (mãe)</p> <p>DESCRIÇÃO: Visita realizada pela Enfª B.P., Dra. C.L. e Enfª A.D. (estágio da especialidade).</p> <p>O Sr. I. não se encontrava no domicílio. O pai aguardava a nossa visita referindo que o filho e a esposa estavam na fazenda e que podíamos lá ir em seguida.</p> <p>Refere que “não acho que o meu filho esteja bem” (sic), cheguei a vê-lo melhor no dia 30 quando lá fui à entrevista, do que no dia 3, quando o fui lá buscar” (sic). Fala do regresso a casa aquando da alta (3/10), referindo que o I. terá feito todo o caminho com comportamentos desadequados, não acompanhando o pai no passeio (indo pelo meio da estrada), querendo ir para casa de táxi “andava pela rua fora sem fazer atenção a nada” (sic).</p> <p>O pai relembra o dia em que o I. foi internado e refere que “em relação a essa altura está melhor” (sic), “vai fazendo as coisinhas dele mas ainda não está bem” (sic). Não consigo apurar</p>	<p>Observ. Entrev.</p>	<p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p><u>Objectivos:</u></p> <p>Avaliação sócio-familiar</p> <p>Gestão do regime terapêutico</p> <p>Avaliação diagnóstica do contexto domiciliário</p> <p>Manutenção de acompanhamento ao utente e avaliação /triagem à mãe</p> <p>Recepção pelo familiar</p> <p>Avaliação familiar e do utente (colheita de dados através do familiar)</p> <p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Situação actual</p> <p>Envolvimento da família nos cuidados</p>

	<p>claramente se manterá actividade delirante e/ou alucinatória embora pela descrição do pai aparente manter. No entanto, parece funcional e autónomo na maioria das AVD's.</p> <p>A terapêutica está a cargo do próprio mas o pai vai contando os comprimidos que faltam no blister, referindo “parece que os tem estado a tomar mais ou menos bem” (sic).</p> <p>O pai mantém reactividade à terapêutica injectável, sabe que o filho terá de fazer uma injeção mensal mas fala do passado referindo que “quando ele fazia o haldol ficava hirto (...), não era capaz de falar, andava dias inteiros que nem parecia ele (...) desta vez disseram-me que só fez Akineton, mas acho que ele está mais ou menos na mesma que quando fazia Haldol”. Fez Haldol Dec. 100mg + 1f. Akineton IM a 2/10.</p> <p>Acordo que vou falar com o médico e verificar alternativas terapêuticas, combinando que o próprio Sr. Custódio o fará na próxima consulta.</p> <p>Recebeu carta para pagar o internamento mas tem isenção tratada desde o ano passado. (Verificar situação!!!!)</p> <p>Convida-nos a entrar em casa, “é humilde e não está muito arranjada mas é o que se pode (...) com eles os dois... (...) isto aqui é o meu quarto” (sic). Sorridente, abre os braços e mostra um espaço pequeno com apenas uma cama e uma cadeira mas arranjado e limpo. O resto da casa está dividida para a esposa e o filho. O quarto do filho está fechado à chave, “porque ele não quer que a gente lá vá (...) tenho ali uma chave para quando é preciso. Habitação própria, com</p>	<p>Observ. Entrev.</p>	<p>Estado mental</p> <p>AVD's</p> <p>Gestão do regime terapêutico Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Perspectivas familiares</p> <p>Intervenção/Planeamento Gestão do regime terapêutico Seguimento em consultas</p> <p>Avaliação do domicílio Condições habitacionais gerais Divisão de espaços Avaliação familiar Organização de tarefas familiares</p> <p>Avaliação do domicílio Tipo de habitação</p>
--	--	----------------------------	--

	<p>parcas condições de habitabilidade, espaços pequenos e algo mal conservados. Tem saneamento básico, gás e electricidade. Tal como os quartos, também os espaços de comida estão separados para cada um dos três. É a D. M.L. que cuida da casa “no essencial” (sic), apesar do aparente deficit de capacidades que já apresentará (pelo discurso do marido), cuida dos seus espaços e dos do filho. O Sr. C. trata dos seus espaços e da sua comida, é ele que faz as compras.</p> <p>Sobre a esposa refere que, há muitos anos “ainda a consegui levar lá ao hospital, a uma consulta” (sic), nunca foi internada, “já me habituei a ela e às coisas dela, são muitos anos sabe” (sic), estão casados à quase 60 anos.</p> <p>Eles estão os dois na fazenda, “vamos lá ver se a deixam falar com eles” (sic).</p> <p>Acompanha-nos a pé até ao terreno que a família tem e trabalha, fica junto à casa do outro filho, “esse é muito certinho (...) nunca teve problemas como o irmão (...) trabalha, tem uma esposa que é uma maravilha, a minha nora (...) tenho três netos” (sic).</p>  <p>A mãe está no meio do terreno, fica com um ar</p>	<p>Genog.</p>	<p>Estado de conservação da habitação</p> <p>Avaliação familiar Organização de tarefas familiares</p> <p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Relação com família alargada Local de residência Recursos</p> <p>História familiar</p>
--	--	----------------------	--

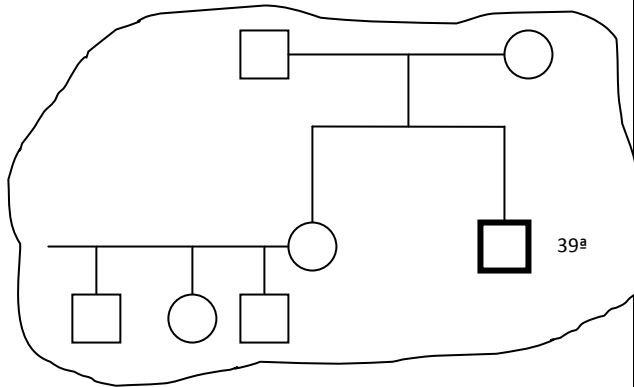
	<p>irritado quando nos vê, pragueja com o marido, insulta-o, pergunta o que fazemos ali, quem somos, não fica mais calma quando lhe explico. Claramente desconfiada, delirante, discurso centrado em questões de carácter persecutório, com o marido, connosco, com as mulheres da terra. Quando abordada especificamente foge ao assunto, muda de tema, é difícil acompanhar o discurso. Diz que o Ildefonso está no barracão a descansar. A porta está fechada à chave e a mãe diz que ele é que a tem, sorri... parece divertir-se com a situação, protege o filho. Já era perceptível pelo discurso do pai que a díade mãe-filho era muito forte, embora o I. também seja próximo do pai... É difícil a comunicação com a D. M.L., a comunicação verbal difere da não verbal e o discurso é por vezes desconexo, difícil de acompanhar.</p> <p>Observamos um vulto deitado mas pode ser só roupa, chamamos, insistimos mas sem sucesso. Combinamos passar noutra altura.</p> <p>O Sr. C. parece mais receptivo a receber-nos regularmente (tendencialmente e ao longo dos anos foi perceptível que as decisões finais são dele, embora a família tenha um funcionamento muito próprio, em que é difícil a aceitação dos processos de doença, em que se protegem uns aos outros apesar dos diferentes registos de organização e funcionamento).</p>	<p>Observ. Entrev.</p> <p>Observ.</p> <p>Observ.</p>	<p>Relação familiar Gestão de conflitos Aceitação de cuidados Intervenção Esclarecimentos/Actualização das informações Avaliação da utente Humor, pensamento, discurso, percepção, crítica</p> <p>Avaliação familiar Relação família nuclear</p> <p>Discurso, pensamento</p> <p>Intervenção/Planeamento Visitas futuras Seguimento</p> <p>Avaliação familiar Perspectivas familiares Envolvimento nos cuidados Relação familiar</p>
<p>R2b 20102 009</p>	<p>Visita realizada pela Enf^a B.P., Dra. C.L. e Enf^a A.D. (estágio da especialidade).</p> <p>Desta vez estão os três em casa... O I. reconhece-nos e, imediatamente, fica “fascinado” com a Enf^a</p>	<p>Observ.</p>	<p>Recepção pelo utente e família</p>

	<p>A.; educado, vai buscar uma cadeira para ela se sentar, quer saber coisas a seu respeito...</p> <p>O I. parece bem, aparentemente compensado, descreve com entusiasmo o que vai fazendo durante os dias. Diz que cumpre a medicação, sabe o esquema, mostra as caixas e explica como faz, não verbaliza actividade delirante ou alucinatória mas aparenta manter (residual?). É a mãe que lhe controla os cigarros, o pai reafirma que “agora ele está muito bem” (sic). Fez alteração do depot na última consulta, está a fazer o Risperdal Consta 50mg IM, o pai leva-o ao C. Saúde...</p> <p>Acabam por estar connosco, no pátio, os três, de uma forma mais receptiva. Aceitam novas visitas. O Ildefonso tem consulta no final de Janeiro, voltaremos depois...</p>	<p>Observ. Entrev.</p>	<p>Avaliação do utente Situacção actual Estado geral Humor Pensamento Percepção AVD's Gestão do regime terapêutico Avaliação actual do familiar</p> <p>Avaliação familiar Gestão do regime terapêutico Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Planeamento Próxima VD</p>
<p>R2c 09032 010</p>	<p>VD realizada pela enfª B.P. e Enfª A.M. (estágio da especialidade).</p> <p>O I. está sozinho, a dormir. Acorda, arranja-se e vem para o pátio ter connosco. Sorridente, comunicativo e bem disposto. Refere que os pais “devem estar na fazenda” (sic). São 11 horas, tem por hábito dormir até tarde, diz que “é dos comprimidos” (sic). Tem cumprido terapêutica per os e injectável (é o pai que o leva ao C. Saúde para fazer o depot).</p> <p>Mantém actividade delirante residual. Mantém autonomia nas AVD's mas passa o tempo ou com os pais em casa ou na fazenda, ou em curtas idas ao café e à praia. Pergunta se nos pode mostrar “a minha praia” (sic). Fica do outro lado da estrada. Vamos com ele. Fala dos tempos em que não era doente, do que fazia e do que faz agora, tem alguma</p>	<p>Observ. Entrev.</p> <p>Entrev.</p>	<p>Recepção pelo utente Avaliação do utente Humor, postura Discurso Sono</p> <p>Adesão à terapêutica Gestão do regime terapêutico Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Pensamento AVD's Ocupação Avaliação/Intervenção História passada Critica Antecedente pessoais Motivação / Ocupação / Actividade</p>

	<p>critica. Apuro que, ocasionalmente, tem consumos de haxixe, que arranja “com os surfistas” (sic). Desdramatiza e relativiza a questão, “é como fumar cigarros” (sic). Voltamos para casa. Está a chegar o Sr. C.. Fica contente de ver o filho connosco, “a dar uma volta” (sic). Refere que o I. tem estado melhor, “agora é que o médico acertou com as injeções, eu bem andava a dizer...” (sic).</p> <p>A D. M.L. ficou na fazenda, vamos lá ter (ver registo correspondente).</p>		<p>Consumos de tóxicos</p> <p>Avaliação familiar Situação actual Envolvimento da família nos cuidados</p>
<p>R2d</p> <p>08062</p> <p>010</p>	<p>DATA: 08/6/10</p> <p>VD realizada pela Enf^a e A. Social. Estão todos em casa. Somos bem recebidos. O I. aumentou de peso. Referem que deixou de fumar e tem conseguido manter-se assim. Está contente e os reforços sobre a melhoria de aspecto são bem recebidos.</p> <p>A família mantém o padrão habitual de funcionamento, hoje o pai já cozinhou coelho para ele, a mãe ainda vai fazer o almoço dela e do filho. Funcionantes como habitual sem grandes questões... O casal chega mesmo a brincar com algumas expressões e expressam afecto um pelo outro. Ambiente muito agradável.</p> <p>O I. refere sentir-se bem, tem cumprido a medicação per os. Os injectáveis já não faz. Parece que a decisão foi do pai que diz “já era uma dose muito forte e então eu faço assim: tenho-a aqui no frigorífico, à mínima coisa levo-o ao posto...” (sic). É difícil fazê-los entender a importância da manutenção do tratamento e,</p>	<p>Observ.</p> <p>Entrev.</p>	<p>Avaliação do utente Estado geral Alimentação e avaliação ponderal Hábitos tabágicos Intervenção Reforço comportamento Motivação Avaliação familiar Organização de tarefas familiares Relação familiar Dinâmica familiar</p> <p>Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Avaliação/Intervenção Ensinos sobre gestão do regime terapêutico e</p>

	<p>neste aspecto, unem-se os três!!!! Também não foi à consulta “porque é longe e ele estava bem (...) e como vocês passam por cá de vez em quando...” (sic). Não apuro sintomatologia produtiva relevante, apenas a residual, habitual.</p>	<p>Observ. Entrev.</p>	<p>vigilância médica Resolução de problemas</p> <p>Avaliação do utente Pensamento e percepção</p>
<p>R3a 25052 010</p>	<p>Solicitada por: Dr. B.R. (no internamento de 16 a 28/04/2010)</p> <p>OBJECTIVOS: Avaliação sócio-familiar; avaliação da adesão à terapêutica</p> <p>Acompanhamento / apoio</p> <p>DESCRIÇÃO: Visita realizada pela Enfª B.P., Dra. C.L. e Enfª J.F. (estágio da especialidade).</p> <p>Conseguido contacto com o pai que nos informou que o Sr. J. agora (desde a passada semana) vive com eles em casa da irmã e que seria possível lá passar, deu-nos informações para conseguirmos lá chegar...</p> <p>O Sr. J. encontrava-se na rua, à nossa espera. Começou hoje um novo trabalho, para um senhor conhecido da zona, em biscates da construção civil “estou a trabalhar ali em baixo, vou fazendo algumas coisas que me pedem” (sic).</p> <p>A irmã tinha ido lá chamá-lo quando o pai lhe ligou a avisar que vínhamos. Questionado sobre interferência desta visita no trabalho, referiu que não havia problema “o patrão sabe dos meus problemas, é conhecido (...) já lá volto” (sic).</p> <p>Refere que se sente bem mas que “o problema continua a ser o álcool” (sic), a última vez que bebeu excessivamente foi no sábado, “não tenho</p>	<p>Entrev. Observ.</p>	<p>Objectivos: Gestão do regime terapêutico Avaliação sócio-familiar Manutenção de acompanhamento</p> <p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita) Intervenção/Avaliação Envolvimento da família nos cuidados Relação familiar Recepção pelo utente Avaliação do utente Situação laboral</p> <p>Situação actual Consumos de tóxicos</p>

	<p>nada para fazer, vou sozinho para o café e vou bebendo... até cair” (sic).</p> <p>À observação relativamente calmo, adequado no discurso e comportamento, orientado em todas as referências, humor aparentemente eutímico embora, por breves momentos, com expressão facial triste (é sorridente mas o olhar é triste e por vezes também a expressão), no decorrer da interacção.</p> <p>Terá largado o patrão anterior porque não lhe pagava e o pai e irmã acolheram-no para poder estar mais perto deste trabalho (vivia sozinho numa outra povoação).</p> <p>Abordada a questão da consulta hoje às 18h no CRAS, refere que não se lembrava. Solicito contacto com a família para podermos esclarecer algumas questões em conjunto e levamos a casa. Encontramos a mãe, a irmã e um sobrinho de 2 anos. Estavam à nossa espera, a irmã é quem vai falando mais, conta a história da mudança de emprego mas diz que o irmão “não é certo, agora está aqui mas daqui a um ou dois dias desaparece (...) os bombeiros já o conhecem (...) às vezes voltamos a saber dele quando nos ligam do hospital” (sic). Encolhe os ombros, mãe e irmã aparentam alguma indiferença.</p> <p>Quanto a terapêutica nada tem sido cumprido, o Sr. J. refere “até agora não tomei nada” (sic), a mãe diz “ele estava à espera de receber para depois ir à farmácia” (sic), a irmã encolhe os ombros...</p>	<p>Genograma</p>	<p>Orientação, discurso, humor, atitude</p> <p>Situação laboral e financeira Relação familiar</p> <p>Intervenção/Planeamento/Avaliação Envolvimento da família nos cuidados Esclarecimentos / Actualização de informações Recepção pelos familiares Avaliação familiar Situação actual Perspectivas familiares</p> <p>Relação familiar Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Avaliação do utente e familiares Gestão do regime terapêutico / Adesão Situação financeira</p> <p>Avaliação familiar Agregado familiar Fratria</p>
--	--	-------------------------	--



Também nada foi encaminhado... consultas para médica de família, neurologista (epilepsia sem acompanhamento). O Sr. J. tem todos os documentos que trouxe do internamento na sua posse, a família refere não ter conhecimento de nada.

Avaliada sintomatologia, pela descrição aparenta ter ausências mas não se apura ocorrência de crises convulsivas, discutida situação envolvendo e responsabilizando família neste apoio e acompanhamento (parecem algo distantes e desresponsabilizados). Acabamos por aferir plano de acompanhamento em que o pai irá com ele à farmácia tratar da terapêutica (aceitam após esclarecimento sobre gratuitidade da maioria dos fármacos prescritos), a irmã tratará do transporte para ida hoje ao CRAS e do contacto com médico de família. O Sr. J. concorda mas não apura motivação para cumprimento de consultas e esquema terapêutico de forma autónoma. Concordam com as visitas domiciliárias e combino reavaliação na próxima semana.

Seguimento em consultas
Vigilância de saúde
Envolvimento da família nos cuidados

Avaliação do utente
Situação actual
Sintomatologia

Avaliação/Intervenção
Envolvimento da família nos cuidados
Relação familiar

Intervenção/Planeamento
Acompanhamento/Seguimento/Apoio

Avaliação do utente
Perspectivas futuras
Motivação
Recursos

Planeamento
Seguimento em VD
Próxima VD

R3b 08062	O Sr. J.L. encontra-se internado.		
----------------------------	-----------------------------------	--	--

010			
R4a 15122 009	<p>Solicitada por: Dr. M.B. (no internamento)</p> <p>DESCRIÇÃO: Visita realizada pela Enfª B.P., Dra. C.L. e Enfª A.D. (estágio da especialidade).</p> <p>À chegada ao domicílio o 1º contacto ocorreu no exterior com a irmã da D. O. e com uma vizinha que a mesma chamou para que nos contasse o que se passou.</p> <p>A D. L. estava numa agitação enorme ao receber-nos e acabou por ser a vizinha que calmamente referiu que a D. O. “não podia continuar naquelas condições” (sic). Referiu que só agora que entraram em casa é que familiares e vizinhos se aperceberam da situação na realidade...</p> <p>A D. O. era vista pelos vizinhos diariamente, saindo de casa ao fim da manhã, relativamente “bem arranjada (...) sabemos agora que ia para Torres Vedras almoçar (...) mas ninguém podia imaginar uma coisa destas (...) e coitado do pai...” (sic). A vizinha despediu-se e a irmã agora mais calma, recebeu-nos.</p> <p>Feitas as respectivas apresentações e relembrados objectivos da visita fomos entrando no domicílio.</p> <p>As condições são de difícil descrição (as fotos anexas ao processo não fazem juz à realidade), embora já se note alguma tentativa de limpeza e arrumação.</p> <p>A casa é uma moradia com terreno, pertença da família, onde todos viveram enquanto família (casal e as duas irmãs), sendo O. a irmã mais nova. Nos últimos anos a D. O. e o pai habitavam esta casa (desde o falecimento da mãe</p>	Observ. Entrev.	<p>Recepção pelo familiar Avaliação familiar (colheita de dados na 3ª pessoa)</p> <p>História passada História da doença actual</p> <p>Avaliação do domicílio Condições habitacionais gerais Estado de conservação e higiene da habitação</p> <p>Tipo de habitação Avaliação familiar História familiar Relação familiar</p>

	<p>há 9 anos), vivendo os dois isolados dos restantes familiares.</p> <p>O interior da habitação revela níveis de sujidade e acumulação de lixo enormes. Tectos e paredes imundas, no chão já há áreas limpas onde se pode circular, devido a limpeza feita pela D. L. e umas vizinhas assim que a D. O. foi internada.</p> <p>Pela observação da habitação e descrição desta irmã, a D. O. adquiria todo o tipo de artigos, roupas, sapatos, utensílios de cozinha, que agora se empilham em várias zonas da casa. Segundo a irmã estavam espalhadas por toda a habitação. São inúmeros os artigos ainda com etiqueta, “parece um armazém duma loja” (sic).</p> <p>Não aparenta ter havido qualquer cuidado em termos de limpeza ou arrumação, inclusive fezes e urina eram amontoadas numa arrecadação (o cheiro é ainda intensíssimo!), “tivemos de abrir a fossa do quintal e despejar tudo para lá (...) e os litros de lixívia que já gastei aqui (...) há umas semana as meninas não conseguiam cá entrar” (sic).</p> <p>A casa tem 4 assoalhadas, cozinha e wc equipados. Electricidade e água que nos últimos meses foram cortadas por falta de pagamento. Mostra-nos as várias contas (800€, 200€,...).</p> <p>A irmã conta que a D. O. tinha 11 gatos, sendo visível o acumular de latas de comida empilhadas numa despensa, “agora estão no quintal, mas viviam todos aqui em casa” (sic). São visíveis as marcas deixadas pelos animais (fezes, urina, unhas e pêlos), por toda a casa, especialmente na cozinha. Há várias caixas de pílulas e preservativos espalhados pelo chão. Aparentemente existe um</p>		<p>Estado de conservação e higiene da habitação</p> <p>Avaliação da utente Apoios sociais / Outros relacionamentos</p> <p>História da doença actual</p> <p>AVD's Cuidados de higiene</p> <p>Avaliação do domicílio Condições habitacionais Divisão de espaços Avaliação de recursos Despesas</p> <p>Avaliação familiar e da utente Colheita de dados História da doença actual Relacionamentos sociais / afectivos / sexuais</p>
--	--	--	--

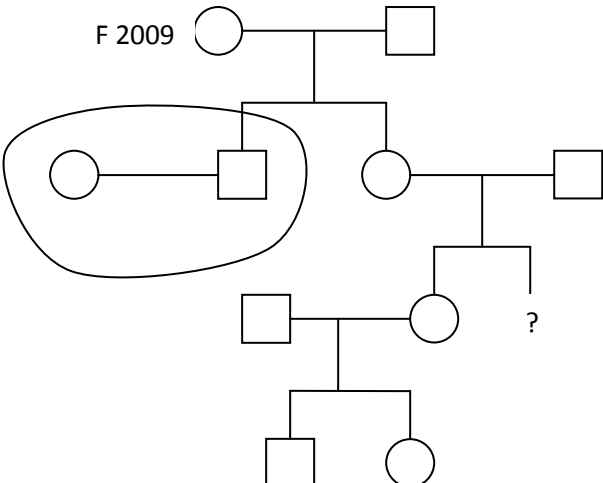
<p>senhor que se intitula pastor e que frequentará a casa...</p> <p>Terá vindo à procura da D. O. e foi expulso pela irmã “o parvo do homem disse que gostava dela e que lhe queria fazer um filho (...) também deve ser maluco” (sic).</p> <p>Questionada sobre o pai e a sua relação com ambas as filhas, leva-nos para o quintal. Nas traseiras da casa há uma carrinha estacionada “era aqui que o meu pai dormia desde que a minha irmã o expulsou de casa” (sic).</p> <p>Os animais (os vários gatos e dois cães) circulam pelo espaço, estão visivelmente muito bem cuidados.</p> <p>Existe um anexo que está fechado mas que a irmã refere “aquí era onde o meu pai guardava o que comprava ele” (sic). Neste anexo, em semelhante quantidade à que vimos no interior da casa, empilham-se ferramentas várias, moto-serras, martelos, alicates, utensílios e maquinaria vária. A questão das compras e gastos excessivos parece ser comum a pai e filha.</p> <p>A D. L. foi ficando progressivamente mais calma à medida que a fomos ouvindo nesta história e é agora possível colher outros dados...</p> <p>A O. é a irmã mais nova, desde cedo refere abusos do pai a ambas, diz que não merece a pena abordar mais este assunto, “está encerrado e apesar do que ele fez, é meu pai (...) foi para o lar agora por causa da Tila ter ido para o hospital mas se ela viesse mais calma e aceitasse aquilo que eu digo, eu estava disposta a tomar conta deles os dois (...) podemos fazer isso,</p>		<div>História familiar Relação familiar</div> <div>Antecedentes familiares</div> <div>Avaliação/Intervenção Escuta activa Motivação</div> <div>Avaliação familiar História familiar</div> <div>Relação familiar</div> <div>Organização de tarefas familiares</div> <div>Envolvimento da família nos cuidados</div>
--	--	--

	<p>pomos esta casa em condições e vimos para aqui morar, mas ela tem de fazer o que eu digo...” (sic).</p> <p>Este é o 1º internamento da irmã mas sobre a situação de doença tem algumas opiniões:</p> <p>Do que recorda da infância identifica uma altura em que a irmã terá caído no quintal e bateu com a cabeça, “ficou assim caidinha, sem sentidos, e o meu pai levou-a lá para dentro para o quarto (...) não quiseram levá-la ao hospital” (sic). A descrição que faz do ocorrido é precisa em pormenores mas não se consegue clarificar porque não recorreram a ajuda médica.</p> <p>Quanto ao relacionamento familiar refere que “a Tila sempre foi a mais calada e mais próxima do meu pai (...) tinha ciúmes meus (...) e depois eu casei e saí de casa com tudo certinho e ela ficou aqui com eles (...) ela não casou, juntou-se com um moço dali de baixo, mas ao fim de dois meses ele saiu para trabalhar e morreu desfeito pelo tractor (...) coitadinha, ligaram-lhe e disseram-lhe pelo telefone – o teu marido morreu debaixo do tractor” (sic). Identifica este acontecimento em conjunto com a queda na infância (aos 13 anos), como factores desencadeantes da desestabilização da irmã.</p> <p>Depois da morte do companheiro, a D.O. voltou a viver em casa dos pais e assim foi até há 9 anos, quando faleceu a mãe (subitamente?). Desde a morte da mãe que cortou completamente relações com a irmã, terá igualmente proibido o pai de o fazer.</p> <p>E assim foi até há algumas semanas quando o</p>		<p>História familiar Antecedentes pessoais/Avaliação do familiar</p> <p>Relação familiar História passada</p> <p>Factores precipitantes da doença actual</p>
--	---	--	--

<p>pai bateu à porta desta irmã a dizer “ajuda-me, a tua irmã quer-me matar!” como reproduz a D. L.</p> <p>Quanto ao pai está agora num lar próximo de casa mas esta filha diz ser transitório, referindo que, se puder, irá buscá-lo para tomar conta dele em casa. Parece ter-se já organizado (com marido e filho de 17 anos) nesse sentido, “tenho algum receio pelo meu filho mas ele é meu pai e ela minha irmã (...) o meu marido não está muito de acordo (...) mas se ela viesse calminha e fizesse o que a gente dissesse...” (...) “ainda bem que ela nunca teve filhos... graças a Deus” (sic).</p> <p>A mãe é muito ocasionalmente referenciada, em breves passagens de discurso e se questionada directamente é algo evasiva...</p> <p>Quanto ao relacionamento actual entre irmãs diz que “só fui ver a minha irmã uma vez, ao hospital, mas ela insultou-me e quis arranhar-me com as unhas e aqueles olhos esbugalhados (...) foi num sábado da semana passada, perguntem à sra que lá estava que viu tudo” (sic). Foi uma tia que mora perto que terá falado com o delegado de saúde e com a polícia para internar a D. O. mas a mesma pensa que foi a irmã que desencadeou o internamento.</p> <p>Questionada sobre situação actual da irmã, parece preocupada e interessada em ajudar. Vai manter investimento na limpeza e arrumação deste espaço, “temos uma casa em Massamá (eu e o meu marido) mas também temos uma aqui em baixo e agora estamos mais por cá (...), o</p>		<p>Relação familiar</p> <p>Avaliação actual do familiar Perspectivas futuras Envolvimento da família nos cuidados</p>
---	--	--

	<p>rapaz já se orienta e como o meu marido vai todos os dias para Lisboa, leva-o para a escola ou fica lá com uns amigos nossos” (sic).</p> <p>Abordada a possibilidade de ida ao hospital para contacto com o médico assistente; mostra alguma renitência mas após esclarecimento das propostas terapêuticas e necessidade de discussão das mesmas depois desta visita acabamos por acordar um contacto posterior para marcação de entrevista.</p>		<p>Intervenção/Planeamento</p> <p>Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Acompanhamento</p> <p>Esclarecimentos / Actualização de informações</p> <p>Contactos</p>
<p>R5a</p> <p>16032</p> <p>010</p>	<p>Visita domiciliária realizada pela Enfª B. P., Dra. C. L., após referenciação no internamento (alta ontem após internamento de 18 dias na CP IV por descompensação maniforme de doença bipolar.</p> <p>Contacto telefónico com a irmã do Sr. R., que combina encontrar-se connosco em casa do utente. Recebe-nos conjuntamente com a esposa do Sr. R., mas o próprio saiu para tratar de assuntos no centro de Saúde.</p> <p>Vive sozinho com a esposa mas a irmã mora no prédio em frente, referindo disponibilidade para apoiar no que for necessário.</p> <p>A esposa refere que o regresso a casa correu bem “vinha bem disposto (...) já tinha saudades das coisas dele (...) dormiu bem, acordou foi muito cedo -6h (...) mas já era o habitual” (sic).</p> <p>Mostram-nos a casa e vão referindo os hábitos do Sr. R. e a forma como tem as suas coisas arrumadas, “ele gosta muito de música e de ler, tem aqui tudo bem arrumado” (sic).</p> <p>Revisto esquema terapêutico e reforçado ensino sobre medicação que ficará maioritariamente a</p>	<p>Entrev.</p> <p>Observ.</p> <p>Entrev.</p>	<p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p>Recepção pelos familiares</p> <p>Avaliação familiar e do utente (colheita de dados na 3ª pessoa)</p> <p>Recursos e apoios</p> <p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Humor</p> <p>Sono</p> <p>AVD's</p> <p>Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Avaliação do domicílio</p> <p>Avaliação do utente</p> <p>Ocupação</p> <p>Avaliação/Intervenção</p>

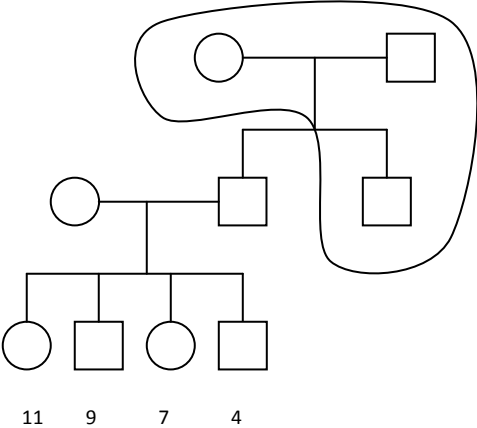
	<p>cargo do Sr. R., que a irmã refere ser “certinho” (sic). A esposa refere “também sou muito doente (...) tomo tantos comprimidos, que para me orientar com os meus já é difícil, quanto mais com os dele” (sic).</p> <p>Confirmamos contactos, esclarecidos objectivos das V.D.’s, segundo a irmã, a melhor hora para visita será por volta das 12h, “quando ele vem para casa almoçar” (sic). Próxima VD daqui a 15 dias, qualquer questão ou alteração de ambas as partes será combinada telefonicamente.</p>		<p>/Planeamento Ensino sobre gestão do regime terapêutico Envolvimento da família nos cuidados Avaliação familiar Relação familiar Avaliação da saúde do familiar</p> <p>Planeamento Próxima VD</p>
<p>R5b 06042 010</p>	<p>Visita domiciliária realizada pela enfermeira e A. Social, às 12h como combinado. O Sr. R. não se encontrava em casa. A esposa refere que o acha bem disposto, que continua a dormir pouco mas, acabo por clarificar, que se deitam por volta das 20h e acorda às 5h/6h (dorme pelo menos 8h!!)</p> <p>Quanto ao tempo que passa fora de casa, a esposa refere que é o habitual, “ele foi sempre assim (...) vai ver os amigos (...) agora anda na ginástica e na fisioterapia” (sic). Aguarda-o para almoçar.</p> <p>A esposa refere sentir-se melhor dos seus problemas de saúde (hipertensão, diabetes, “nervos”). Tem uma dúvida com a medicação do marido mas “eu não sei bem o que é, acho que está esgotado um medicamento, a minha cunhada é que sabe” (sic).</p> <p>Estabelecido contacto com a cunhada que acede em vir ter connosco ao jardim. Esclarecida questão com a terapêutica (esgotado Serenal 50mg, fará 3cp de 15mg enquanto não houver dosagem correcta). Também esclarecidas questões sobre genéricos e “medicamentos com marca” (sic).</p>	Entrev.	<p>Recepção pelo familiar</p> <p>Avaliação do utente Colheita de dados na 3ª pessoa Avaliação actual do familiar</p> <p>Padrão de sono Ocupação</p> <p>Avaliação da saúde do familiar</p> <p>Intervenção Ensino sobre gestão do regime terapêutico</p> <p>Contacto com familiar Envolvimento da família nos cuidados Ensino sobre gestão do regime terapêutico</p> <p>Avaliação familiar e</p>

	<p>Questionada sobre o estado actual do irmão refere que, no último fim de semana, achou que ele tinha reagido mal a uma situação familiar, não querendo ir almoçar a casa da irmã, “não pode ser tudo como ele quer (...) também tenho a minha vida” (sic).</p>  <p>Refere que o irmão era muito próximo da mãe e que, enquanto ela foi viva, se entreadujaram nesse cuidado. Vai descrevendo a forma como se reorganizaram após a morte da mãe e refere algum cansaço em ter de estar, agora, sempre disponível para o irmão.</p> <p>“A M. A. (esposa) também já não pode sozinha, coitada (...) mas o R. que sempre gostou dos sobrinhos (...) neste domingo se fosse para vir cá para casa só comigo, vinha; mas quando soube que os meus filhos vinham, amou e já não quis vir” (sic).</p> <p>O Sr. R. e a esposa nunca tiveram filhos (motivo desconhecido).</p> <p>Entretanto, chega o Sr. R.. Bem disposto, sorridente, comunicativo, reconhece-nos, refere que agora anda a fazer ginástica no gimnodesportivo “aqui ao pé de casa” (sic), e vai à fisioterapia a</p>	<p>Genograma</p> <p>Entrev.</p> <p>Entrev. Observ.</p>	<p>do utente (colheita de dados na 3ª pessoa) Avaliação actual do familiar Relação familiar Gestão de conflitos</p> <p>Avaliação familiar Agregado familiar Antecedentes familiares</p> <p>Relação familiar História familiar Organização de tarefas familiares</p> <p>Relação familiar</p> <p>História familiar</p> <p>Avaliação do utente Discurso Humor AVD's Pensamento</p>
--	---	---	--

	<p>Maфра “por causa dos joelhos” (sic).</p> <p>Humor algo expansivo, discurso coerente, sem alterações aparentes do pensamento ou percepção. Refere sentir-se bem.</p> <p>Ligeira desinibição no contacto. A irmã tinha referido anteriormente que, em relação às suspeitas de relações com outras mulheres (desinibição sexual referida aquando do internamento), deve ser falso, uma vez que as pessoas que o conhecem na zona nunca observaram “nada fora do normal” (sic). Volto a esclarecer questões com terapêutica.</p>		<p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Intervenção Ensino sobre gestão do regime terapêutico</p>
R5c 18052 010	<p>Visita domiciliária realizada pela enfermeira e A. Social. Encontrava-se em casa com a esposa a almoçar.</p> <p>A esposa refere sentir-se melhor nas últimas semanas e que o marido “também vai benzinho” (sic).</p> <p>O Sr. R. está agora hipertímico, mas sem outras alterações relevantes. Discurso coerente, mantém rotinas diárias, ginástica, fisioterapia, idas à biblioteca. Cumpre terapêutica conforma esquema. Vai amanhã à consulta do Dr. Bernardino.</p>	Observ. Entrev.	<p>Avaliação do familiar e do utente Avaliação actual do familiar Avaliação da saúde do familiar Avaliação do utente Humor Discurso AVD's Seguimento em consulta</p>
R5d 01062 010	<p>Planeada VD mas foi internado ontem (31/5), por ideias de suicídio verbalizadas à irmã que o levou ao S. Urgência.</p> <p>NOTA: Alta a 2/6. Saiu com irmã e esposa. Aparentemente há alguma reactividade / conflito com a irmã??</p> <p>Combina-se VD para 8/6/2010, será marcada consulta médica nos próximos 15 dias.</p>		<p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p>Planeamento Próxima VD</p>
R5e 08062	<p>VD não realizada. Está novamente internado na CP IV. Fez TS por ingestão medicamentosa por</p>		Recolha de

010	<p>discussão com a irmã.</p> <p>PLANO: Discussão de caso em equipa para preparação de alta. Intervenção familiar?</p>		<p>informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p>Planeamento</p> <p>Envolvimento da família nos cuidados</p>
R5f 29062 010	<p>Visita realizada pela enfª e A. Social. O Sr. R. não está em casa. Segundo a esposa foi ao café e “dar as voltas dele” (sic). Desde que regressou a casa (+- 15 dias) parece ter estado compensado, segundo a esposa, “dorme bem, anda bem disposto, está melhor” (sic). Tentamos procurar a irmã para discutir situação e plano mas não está no domicílio nem atende o telefone...</p> <p>Voltamos na próxima semana. Planeiam ir de férias para o Algarve (de autocarro) mas só em Agosto.</p>	Entrev.	<p>Avaliação do utente</p> <p>Colheita de dados através do familiar</p> <p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Intervenção</p> <p>Contactos/Envolviment o da família nos cuidados</p> <p>Planeamento</p> <p>Próxima VD</p>
R6	<p>Sr. De 35 anos com vários internamentos no CHPL, até 2005. de 2005 a 2009 seguimento em consulta sem internamento.</p> <p>Internamento em Outubro de 2009, diagnóstico de esquizofrenia residual (é acompanhado desde os 17 anos). Alta a 17 de Novembro de 2009 (ver nota de alta). Manterá acompanhamento na consulta externa com a Dra M. J. e terapêutica depot IM 3/3 semanas (Haldol Dec. 200mg + Fluf. Dec 1cc IM) per os.</p> <p>Solicitada VD ocasional para acompanhamento da situação. Família (pais) apoiante, asseguram administração da terapêutica.</p> <p>Mãe encaminhada para grupo de famílias de doentes psicóticos e feito pedido para a APERCIM para ocupação do P.</p> <p>Planeada VD mensal. Próxima em Dez09 em data a combinar.</p>		<p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p>

R6a 15122 009	<p>Contacto / visita à APERCIM / Dra Casimira. Refere que recebeu pedido para o Paulo mas ao qual não pode dar resposta “não há vagas” (sic).</p>		Intervenção Contacto com estruturas da comunidade
R6b 29122 009	<p>Visita domiciliária realizada pela Enfª B.P., Dra. C.L. e Enfª A. (estágio da especialidade).</p> <p>O P. encontrava-se em casa, com a mãe. Aparentemente calmo, bem disposto. Não verbaliza alterações do pensamento ou da percepção, não aparenta. A mãe refere “ele lá vai tendo as coisas dele (...) mas agora tem estado bem (...) se não fosse o álcool...” (sic). Questionado sobre os consumos acaba por assumir que compra “minis à sra. que passa aqui com a carrinha” (sic). Aparentemente tira dinheiro à mãe... A D. I. mantém uma atitude protectora em relação ao filho e desdramatiza estes supostos roubos. Se a mãe fala, de algum modo, tipo queixa, o P. é reactivo, eleva o tom de voz e desmente a mãe. Tem pouca critica quando confrontado com este comportamento, e parece estar muito próximo da mãe. Com o pai, trabalha de vez em quando. “O meu marido tem a fábrica ali em cima e o P. vai para lá aos bocadinhos ajudar o pai” (sic).</p> <p>Sem grande motivação aparente para se ocupar / trabalhar, tem um sofá na garagem onde passa algum tempo, a fumar, e onde bebe às escondidas.</p> <p>Alerto para risco de incêndio e cuidados de higiene. Por insistência nossa vai despejar o cinzeiro e arruma um pouco o espaço. A mãe mantém permissividade e protecção, “eu depois é que arrumo tudo (...) mas o que é que se há-de fazer?...” (sic).</p>	<p>Entrev.</p> <p>Observ.</p> <p>Entrev.</p>	<p>Avaliação do utente Comportamento Discurso Humor Pensamento e percepção</p> <p>Avaliação actual do familiar Consumos de tóxicos</p> <p>Avaliação familiar Relação familiar</p> <p>Gestão de conflitos Avaliação do utente Limites e regras</p> <p>Critica</p> <p>Relação familiar Ocupação</p> <p>Situação laboral e financeira Motivação</p> <p>Intervenção Ensino sobre prevenção de acidentes Ensino sobre arrumação e higiene</p>

	<p>O Natal foi passado em família, tem boa relação com o irmão e os 4 sobrinhos. A mãe vai buscar as fotos dos 4 netos para mostrar e também as do P. “quando ele era bom” (sic).</p>  <p>Ambiente familiar aparentemente estável e apoiante para o P. Abordados os consumos de álcool, questões sobre a terapêutica e actividade laboral / ocupacional diária. Compromete-se em cumprir obrigações na fábrica do pai de forma mais constante.</p> <p>A mãe refere que não vai ao grupo de famílias “não tenho vida para andar para cá e para lá” (sic).</p> <p>A terapêutica IM é administrada no posto médico ali perto. Tem um cartão de registo, está actualizado.</p> <p>Combinamos visitas mensais.</p>	<p>Genograma</p>	<p>Avaliação familiar Relação familiar</p> <p>Agregado familiar Estrutura da família</p> <p>Relação familiar</p> <p>Intervenção Ensino sobre consumos de tóxicos Ensino sobre gestão do regime terapêutico Motivação para ocupação</p> <p>Avaliação familiar Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Avaliação do utente Gestão do regime terapêutico</p> <p>Planeamento Próxima VD</p>
<p>R6c 01032 010</p>	<p>Visita domiciliária realizada pela Enfª e A. Social.</p> <p>Tem estado relativamente bem embora a mãe refira que continua a beber. O P. desdramatiza e tenta mudar de assunto mas acaba por assumir que vai bebendo “de vez em quando” (sic). Humor eutímico, aparentemente mantendo delírio residual</p>	<p>Entrev. Observ.</p>	<p>Avaliação do utente Avaliação actual do familiar Perspectiva individual</p> <p>Humor Pensamento Discurso Percepção</p>

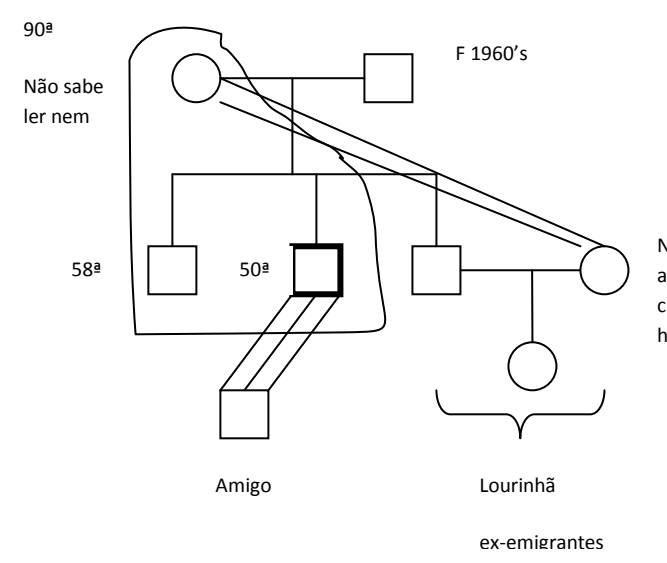
	<p>que tenta esconder e é difícil de avaliar mas que surge em fragmentos de discurso e em resposta a algumas questões directas “às vezes sinto umas coisas no corpo” (...) “penso que as outras pessoas pensam más coisas a meu respeito” (sic), interrogo a existência de alucinações auditivas, não me responde mas a mãe acena que sim... O pai está a trabalhar e apuro que muitas vezes se refugiará no trabalho por “não conseguir lidar com o P.” (sic). Ocasionalmente tem ido para perto do pai mas acaba por não trabalhar muito “canso-me com facilidade” (sic). É obeso e não faz vigilância regular de saúde. Reforço importância de ida ao médico de família, recomendo vigilância de TA e eventual rastreio cardiovascular (idade+peso+hábitos) ?? A mãe fica de tratar disso.</p> <p>Tem consulta com a Dra M.J.A. a 30 de Março.</p>		<p>Avaliação familiar Relação familiar Gestão de conflitos</p> <p>Ocupação</p> <p>Intervenção/Planeamento Ensino sobre hábitos de vida saudáveis Seguimento em consultas Vigilância de saúde Envolvimento da família nos cuidados</p>
<p>R6d 30042 010</p>	<p>Após consulta médica a 30 de Março fica com administração da terapêutica depot no domicílio para controle e maior supervisão (fazia numa clínica perto de casa). Faz Haldol Dec IM 200mg + Anatensol Dec 1f. de 3/3 semanas.</p> <p>VD realizada pela enfª, A. Social e enfª J.F. (estágio da especialidade). O P. encontrava-se em casa, com a mãe, como habitual. Questiona porque tem de fazer o injectável ali, esclareço os motivos e acata mas refere que não está “farto de injeções” (sic). Também não tem cumprido a medicação por os de forma regular, “às vezes faz-me muito sono” (...) “não vê as horas que são (11h) e só acordei agora...” (sic). Clarifico com a mãe que refere que o P. fica acordado até tarde na noite a</p>	<p>Entrev.</p>	<p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p>Avaliação/Intervenção Adesão ao regime terapêutico Ensino sobre gestão do regime terapêutico AVD's Consumos de tóxicos Sono</p>

	<p>fumar e ver televisão. Mantém consumos de álcool esporádicos e já não tenta esconder, dizendo, “eu posso beber uma mini de vez em quando (...) os comprimidos é que me fazem mal” (sic). A mãe fala de tratamento anterior que fez para a questão do álcool com pouco efeito. Volta a falar no outro filho e nos netos, a mostrar fotos de família, aparenta algum ressentimento (?) pela situação do P. mas continua a protegê-lo e quando abordo a questão de eventual agressividade, responde “a sra enfª também é mãe, não é?, sabe como é... aos filhos a gente põe-os debaixo da roda da saia” (sic).</p> <p>Administrada terapêutica depot sem intercorrências, combinado esquema de administração.</p>		<p>Avaliação familiar Relação familiar Perspectivas familiares</p> <p>Intervenção Administração terapêutica IM Ensino sobre gestão do regime terapêutico</p>
R6e 25052 010	<p>VD realizada pela enfª e A. Social. Estão à nossa espera. A mãe refere que tem andado “melhorzinho” (sic). O P. refere sentir-se bem, não verbaliza actividade delirante ou alucinatória embora aparente. Refere que tem ido mais vezes trabalhar par o pé do pai. Os sobrinhos também têm vindo e especialmente com o mais novo (por quem parece ter maior afinidade), tem desenvolvido algumas actividades.</p> <p>Administrado 200mg de Haldol dec. + 1f Anatenzol Dec IM, conforme prescrição. Refere dores lombares, ainda não foi ao médico de família...</p>	Entrev.	<p>Avaliação do utente Avaliação actual familiar Perspectiva individual</p> <p>Situação laboral e financeira Relação familiar</p> <p>Intervenção Administração terapêutica IM</p>
R6f 08062 010	<p>VD realizada pela enfª e A. Social. Está à nossa espera ao portão. Tenso, quando abordado refere “está tudo mal... é o raio da velha” (sic). Questiono o que se passa, desvia o assunto e encaminha-se para a garagem, solicita que lhe administre ali o</p>	Entrev. Observ.	<p>Recepção pelo utente Avaliação/Intervenção Comportamento Postura Discurso Humor Reacção emocional</p>

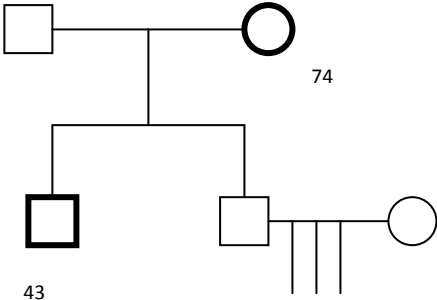
	<p>injectável. Pergunto pela mãe, diz que está em casa mas não a quer chamar. Mantém tensão evidente, agressividade latente. O olhar é fixo, desafiador. Cumpre o injectável e parece querer que vamos embora mas insisto em falar com a mãe e vai chamá-la cabisbaixo. A D. A. surge à porta referindo “não vos ouvi chegar” (sic), apresenta equimose periorbital esquerda, o P. imediatamente refere que foi um acidente e a mãe confirma: ele estaria na casa de banho e terá dado um pontapé na porta que atingiu a mãe na face. Questiono sobre outros acidentes, o P. é evasivo e a mãe desdramatiza, continua numa atitude protectora. Avalio possibilidade de ida ao hospital para consulta caso se mantenha instabilidade, o P. é receptivo, parece até envergonhado quando confrontado com a situação mas a crítica é diminuta. Insisto com a mãe sobre história de agressividade, acaba por contar vários outros episódios ao longo dos anos. Avalio situação de saúde da mãe (patologia cardíaca). Questiono sobre o pai e intervenções nestas alturas mas a mãe refere “o meu marido está velho e muito doente ... não tem mão nele” (sic). Abordo questão do irmão e relação com o P., não parece ser solução. Volto a insistir no contacto com a médica mas para já a mãe recusa, dizendo “isto são dias, depois passa” (sic). Voltamos a relembrar contactos telefónicos e procedimentos em caso de urgências. O P. parece mais receptivo a internamento acabando por referir “não me sinto bem...” (sic).</p>		<p>Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Administração de terapêutica IM</p> <p>Avaliação familiar Avaliação da situação familiar actual Avaliação da saúde do familiar</p> <p>Colheita de dados Antecedentes de agressividade</p> <p>Relação familiar Gestão de conflitos</p> <p>Intervenção Confrontação Clarificação</p> <p>Avaliação familiar/Intervenção Avaliação de situação de saúde do familiar</p> <p>Relação familiar Envolvimento da família nos cuidados Intervenção/Planeamento Programação de internamento Apoios Seguimento em consultas e VD</p>
R6g	VD realizada pela Enfª e A. Social. O P. está mais	Entrev. Observ.	Avaliação do utente Comportamento

29062 010	<p>tenso, reactivo e verbalmente agressivo. Delirante, sente “umas coisas no corpo” (sic), acha que o filho mais novo do irmão é muito parecido consigo e que as pessoas da terra andam a falar sobre isso (pensa que é filho dele???). A mãe nega outras agressões físicas mas reafirma que as verbais são permanentes. O pai sai de casa o mais possível porque não consegue fazer nada. A mãe solicita ajuda, no sentido do P. tratar o problema do álcool. Volto a falar no internamento ao qual o P. continua a parecer receptivo mas a mãe não o quer levar à urgência, porque não quer que seja visto por outro médico. Fazemos contacto com a Dra M.J.A. e podem ir ao S. urg. ter com ela na próxima semana. Informo a mãe dos riscos de esperar mais uma semana mas mostra-se ambivalente em levá-lo mais cedo. O P. com bastante renitência acaba por aceitar a terapêutica IM, não tem cumprido a medicação per os “para poder beber (...) porque assim não faz mal” (sic). Maioritária ausência de critica embora aceite o internamento mas parece ser porque, habitualmente, encontra lá conhecidos e até gosta do pavilhão e “fico longe da velha durante uns tempos” (sic). Esta díade mãe-filho é extremamente complicada de gerir!! Voltamos a relembrar contactos e procedimentos.</p>		<p>Humor Discurso Pensamento Percepção</p> <p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Avaliação familiar Relação familiar Organização de tarefas Intervenção/Planeamento Apoios Seguimento/Encaminhamento Perspectivas familiares Contacto com a médica assistente</p> <p>Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Administração terapêutica IM Avaliação do utente Adesão ao regime terapêutico Perspectivas individuais Critica Aceitação de cuidados</p> <p>Relação familiar</p> <p>Intervenção Apoios, contactos Ensino sobre gestão/controlo de situações de agressividade</p>
R7a 01032 010	<p>Visita domiciliária realizada pela Enfª B.P., Dra. C.L., após referenciação no internamento</p> <p>O Sr. F. encontrava-se em casa, recebeu-nos ao</p>	Entrev.	Avaliação do utente

	<p>portão. Refere que se sente muito mal, repete insistentemente precisar de internamento, tento clarificar os motivos mas o discurso é repetitivo centrado em queixas físicas e pouco cedente a argumentação. Não avalio sintomatologia psiquiátrica relevante, eventualmente alguma tristeza. Encaminho para médico de família, diz “estou farto de lá ir mas ele diz para ir à psiquiatra. Queixas abdominais e gástricas, abdómen volumoso...</p> <p>A mãe surge no pátio mas rapidamente a manda para casa, não conseguimos falar com a sra. É idosa e apresenta algumas dificuldades na deambulação, postura curvada. Hipoacúsia aparente. O Sr. F. refere “a minha mãe está muito bem, eu é que não posso continuar assim” (sic).</p> <p>Aceita futuras visitas mas tem o objectivo do internamento...</p>	Observ.	<p>Situação actual Discurso Pensamento Humor Crítica</p> <p>Sintomatologia</p> <p>Intervenção Encaminhamento para vigilância médica</p> <p>Avaliação familiar Relação familiar Envolvimento da família nos cuidados Avaliação de saúde do familiar</p> <p>Planeamento Seguimento Próxima VD</p>
R7b 06042 010	<p>VD realizada pela enfª e A. Social. Está em casa com a mãe, ficamos à porta mas permite que a mãe participe da conversa. Mantém queixas físicas, reclama dos médicos não prestarem atenção. Apuramos que pretende reforma, refere que “já não consigo voltar para os bombeiros, era muito cansativo” (sic) (era auxiliar nos transportes de doentes...). É a mãe que vai às compras de táxi (tem 90 anos e várias dificuldades), é ela quem faz tudo em casa, nem o F., nem o irmão ajudam. O irmão é pintor (?) e raramente está em casa. Ausência completa de crítica para situação da mãe, mantendo exigências e queixando-se...Não aceita dividir tarefas nem auxiliar a mãe... Solicita apoio social. Quanto à</p>	Entrev.	<p>Avaliação/Intervenção Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Avaliação do utente Avaliação actual individual</p> <p>Organização de tarefas no domicílio</p> <p>Relação familiar</p> <p>Crítica</p> <p>Motivação Apoios sociais</p>

	<p>medicação diz que é um amigo que toma conta, parece ser uma pessoa em quem confia mas dá poucas informações a seu respeito, não permite que o contacte-mos mas a mãe confirma este relacionamento. A sra apenas conta com o apoio da nora que vive na Lourinhã e, semanalmente, passa lá para lhe dar banho...</p>  <p>90ª Não sabe ler nem</p> <p>F 1960's</p> <p>58ª</p> <p>50ª</p> <p>Amigo</p> <p>Lourinhã</p> <p>ex-emigrantes</p> <p>Nora apoia a sogra nos cuidados de higiene</p> <p>Tem consulta a 13/4/10. Médico de família – Dr. Henrique - Venda Pinheiro</p>	<p>Genograma</p>	<p>Gestão do regime terapêutico Outros relacionamentos</p> <p>Avaliação familiar Relação familiar</p> <p>Agregado familiar Antecedentes familiares História familiar Relação familiar Outros relacionamentos Apoios</p> <p>Próxima consulta</p>
R7c 18052 010	<p>O Sr. F. não se encontrava em casa. Ao regressar ao hospital fomos informados que tinha estado na consulta externa aos gritos e a exigir consulta e internamento. Dra M.J.A. encaminhou para o s. urgência mas recusou e terá voltado para casa.</p>		<p>Recolha de informação (Pós-visita)</p>
R7d 25052 010	<p>VD realizada pela enfª e A. Social. Está em casa sozinho, a mãe foi às compras...</p> <p>Abordamos ida ao hospital na semana passada, refere que continua a sentir-se mal e que nós não ajudamos, precisa de ficar internado, embora apenas refira que é porque não pode trabalhar e lá distrai-se mais...</p>	<p>Entrev.</p>	<p>Avaliação do utente e família Organização de tarefas no domicílio</p> <p>Perspectiva individual</p>

	<p>Quanto ao comportamento tido na consulta, desvaloriza e apenas refere que queria que a Dra o internasse...</p> <p>Não apuro sintomatologia depressiva mas mantém discurso de incapacidade, insiste na reforma.</p>		<p>Crítica</p> <p>Sintomatologia</p> <p>Motivação</p>
<p>R8a</p> <p>13102</p> <p>009</p>	<p>Visita realizada pela Enfª B.P., Dra. C.L. e Enfª A.D. (estágio da especialidade).</p> <p>A D. M.L. não se encontrava no domicílio. O marido aguardava a nossa visita referindo que o filho e a esposa estavam na fazenda e que podíamos lá ir em seguida.</p> <p>Convida-nos a entrar em casa, “é humilde e não está muito arranjada mas é o que se pode (...) com eles os dois... (...) isto aqui é o meu quarto” (sic). Sorridente, abre os braços e mostra um espaço pequeno com apenas uma cama e uma cadeira mas arranjado e limpo. O resto da casa está dividido para a esposa e o filho. O quarto do filho está fechado à chave, “porque ele não quer que a gente lá vá (...) tenho ali uma chave para quando é preciso. Habitação própria, com poucas condições de habitabilidade, espaços pequenos e algo mal conservados. Tem saneamento básico, gás e electricidade. Tal como os quartos, também os espaços de comida estão separados para cada um dos três. É a D. M.L. que cuida da casa “no essencial” (sic), apesar do aparente deficit de capacidades que já apresentará (pelo discurso do marido), cuida dos seus espaços e dos do filho. O Sr. C. trata dos seus espaços e da sua comida, é ele que faz as compras.</p> <p>Sobre a esposa refere que, há muitos anos</p>	<p>Entrev.</p> <p>Observ.</p>	<p>Recepção pelo familiar</p> <p>Avaliação familiar e do utente</p> <p>(Colheita de dados através do familiar)</p> <p>Avaliação actual do familiar</p> <p>Situação actual</p> <p>Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Avaliação do domicílio</p> <p>Condições habitacionais gerais</p> <p>Divisão de espaços</p> <p>Organização de tarefas familiares</p> <p>Tipo de habitação</p> <p>Conservação da habitação</p> <p>Avaliação familiar</p> <p>Organização de tarefas familiares</p> <p>Relação familiar</p> <p>Avaliação actual do</p>

	<p>“ainda a consegui levar lá ao hospital, a uma consulta” (sic), nunca foi internada, “já me habituei a ela e às coisas dela, são muitos anos sabe” (sic), estão casados à quase 60 anos.</p> <p>Eles estão os dois na fazenda, “vamos lá ver se a deixam falar com eles” (sic).</p> <p>Acompanha-nos a pé até ao terreno que a família tem e trabalha, fica junto à casa do outro filho, “esse é muito certinho (...) nunca teve problemas como o irmão (...) trabalha, tem uma esposa que é uma maravilha, a minha nora (...) tenho três netos” (sic).</p>  <p>A mãe está no meio do terreno, fica com um ar irritado quando nos vê, pragueja com o marido, insulta-o, pergunta o que fazemos ali, quem somos, não fica mais calma quando lhe explico. Claramente desconfiada, delirante, discurso centrado em questões de carácter persecutório, com o marido, connosco, com as mulheres da terra. Quando abordada especificamente foge ao assunto, muda de tema, é difícil acompanhar o discurso. Diz que o I. está no barracão a descansar. A porta está fechada à chave e a mãe diz que ele é que a tem, sorri... parece divertir-se com a situação, protege o filho. Já era</p>	<p>Genograma</p> <p>Observ. Entrev.</p>	<p>familiar</p> <p>Relação com família alargada Local de residência Recursos Situação laboral e financeira História familiar Relação familiar</p> <p>Relação familiar Gestão de conflitos Aceitação de cuidados</p> <p>Intervenção Esclarecimentos/Atualização das informações Avaliação da utente Humor, pensamento, discurso, percepção, crítica</p>
--	---	---	--

	<p>perceptível pelo discurso do pai que a díade mãe-filho era muito forte, embora o I. também seja próximo do pai... É difícil a comunicação com a D. M.L., a comunicação verbal difere da não verbal e o discurso é por vezes desconexo, difícil de acompanhar.</p> <p>Observamos um vulto deitado mas pode ser só roupa, chamamos, insistimos mas sem sucesso. Combinamos passar noutra altura.</p> <p>O Sr. C. parece mais receptivo a receber-nos regularmente (tendencialmente e ao longo dos anos foi perceptível que as decisões finais são dele, embora a família tenha um funcionamento muito próprio, em que é difícil a aceitação dos processos de doença, em que se protegem uns aos outros apesar dos diferentes registos de organização e funcionamento).</p>		<p>Relação família nuclear</p> <p>Discurso, pensamento</p> <p>Intervenção/Planeamento Visitas futuras Seguimento</p> <p>Avaliação familiar Perspectivas familiares Envolvimento nos cuidados Relação familiar</p>
<p>R8b 20122 009</p>	<p>Visita realizada pela Enf^a B.P., Dra. C.L. e Enf^a A.D. (estágio da especialidade).</p> <p>Desta vez estão os três em casa...</p> <p>A D^a M.L. mantém-se desconfiada, sai e entra em casa, olha fixamente. Mantém discurso delirante “são elas... essas mulheres que aí andam (...) eu sei, ouço tudo” (sic) e fugidio na abordagem directa, nada receptiva a intervenções... Continua a referir que o marido é o culpado. Ele ri-se e ela acaba por o fazer também! Parecem estar habituados a este registo de funcionamento.</p> <p>Acabam por estar connosco, no pátio, os três, de uma forma mais receptiva. Aceitam novas visitas. O Ildefonso tem consulta no final de Janeiro, voltaremos depois...</p>	<p>Observ. Entrev.</p>	<p>Recepção pelo utente e família Avaliação da utente Comportamento Discurso Pensamento</p> <p>Avaliação familiar Relação familiar Gestão de conflitos</p> <p>Intervenção/Planeamento Seguimento Próxima VD</p>
<p>R8c</p>	<p>VD realizada pela enf^a B.P. e Enf^a A.M. (estágio da</p>		

<p>09032</p> <p>010</p>	<p>especialidade).</p> <p>Estivemos com o filho em casa e viemos ter com a Sra. à fazenda. Desta vez recebe-nos melhor. Chama-me à parte e começa a contar o mal que o marido e as vizinhas lhe têm feito. Claramente delirante, alucinada, não aceita qualquer ida ao médico referindo que já uma vez esteve no Júlio de Matos e a amarraram e injectaram, acrescentando “não vê o que fazem ao meu filho?” (sic). Contraponho apelando para que se recorde da última vez que ele foi internado, como estava nessa altura e como está agora. Instalo a dúvida!! Mas não desarma no discurso. Não insisto, apesar de tudo temos feito progressos e já verbaliza... Mantém-se funcionante nas AVD’s, aparente ligeira melhoria na relação com o marido ??</p>	<p>Entrev.</p> <p>Observ.</p>	<p>Avaliação da utente Comportamento Discurso Pensamento Percepção Crítica</p> <p>Intervenção/Avaliação Aceitação de cuidados Orientação para realidade</p> <p>Avaliação da utente e familiar AVD’s Relação familiar</p>
<p>R8d</p> <p>08062</p> <p>010</p>	<p>VD realizada pela Enfª e A. Social. Estão todos em casa. Somos bem recebidos.</p> <p>A família matem o padrão habitual de funcionamento, hoje o pai já cozinhou coelho para ele, a mãe ainda vai fazer o almoço dela e do filho. Funcionantes como habitual sem grandes questões... O casal chega mesmo a brincar com algumas expressões e expressam afecto um pelo outro. Ambiente muito agradável.</p> <p>A D. M. L. fala espontaneamente sobre as vozes, referindo “eu sou uma antena (...) vem tudo aqui parar” (sic). Continua a recusar consulta, dizendo “eu já vivo com isto à tantos anos... e nem pensem que volto para aquele hospital” (sic). Como dorme mal “por causa da barulheira” (sic), pego por aí no intuito de a podermos ajudar a dormir melhor.</p>	<p>Observ.</p> <p>Entrev.</p>	<p>Recepção pelos utentes e familiar</p> <p>Avaliação familiar Relação familiar</p> <p>Organização de tarefas AVD’s</p> <p>Avaliação/Intervenção Discurso Pensamento Percepção</p> <p>Padrão de sono</p>

	Hesita mas volta a dizer “não obrigada” (sic). Também o marido mostra alguma protecção como faz com o filho e reforça “ela é assim há tantos anos, já estamos habituados” (sic).		Relação familiar Envolvimento da família nos cuidados
R9a 20102 009	<p>OBJECTIVOS: Registo de evolução em ambulatório. Acompanhamento / apoio familiar.</p> <p>DESCRIÇÃO: Visita domiciliária realizada pela Enf^a B.P., Dra. C.L., após referenciação no internamento</p> <p>O P. estava ainda deitado, foi a mãe que nos recebeu ao portão. Vivem os dois, numa casa pequena, a precisar de alguns arranjos e em condições de higiene algo deficitárias. A mãe é idosa e é ela quem arruma a maior parte das coisas em casa, quem cozinha e limpa. O P. diz que não se sente ainda bem, “estive no hospital aquele tempo todo, mesma...” (sic). “Penso coisas esquisitas (...) matar a minha mãe, comer o sol, rasgar a lua, engolir os carros” (..) “Sinto estas coisas a subirem por mim a cima (...) deixo de ver (...) e depois dão-me ataques” (sic). A mãe confirma estes “ataques”, referindo “tenho de lhe pôr um pau na boca para ele não morder a língua” (sic). Aparentam ser crises epilépticas (fez EEG no internamento sem alterações). A mãe administra-lhe injeções de Akineton. Não estão prescritas mas pede-as ao médico (particular, de família???). Argumentação sem efeito contra esta administração indiscriminada. O regime terapêutico per os também está</p>	Entrev. Observ.	<p>Objectivos: Avaliação diagnóstica do contexto domiciliário Registo de evolução Manutenção de acompanhamento Apoio familiar</p> <p>Recepção pelo familiar Avaliação do domicílio Condições habitacionais Tipo de habitação Estado de conservação Avaliação familiar e do utente Organização de tarefas Avaliação da saúde do familiar</p> <p>Discurso Pensamento Percepção Avaliação actual do familiar</p> <p>Avaliação/Intervenção /Planeamento Ensino sobre gestão do regime terapêutico Envolvimento da família nos cuidados Seguimento em consulta Vigilância de saúde</p>

	<p>confuso... Entre medicamentos da mãe e do P., tentamos colocar alguma ordem no assunto. Parecem compreender. O P. repete o discurso sobre o que sente e mostra uma cama dizendo “foi aqui nesta cama que eu fiz aquilo à galinha e nunca mais fiquei bom” (sic). Já não acredita ter gripe das aves mas todas as outras sensações corporais e queixas somáticas estão mantidas, como no internamento. Tem higiene descuidada, passa grande parte do tempo deitado, refere não se sentir capaz de ajudar a mãe... Á noite, dorme mal, tentamos organizar uma eventual rotina diária, diz que sim mas não é consistente. Aceita futuras visitas e até agradece porque como tem medo de ir a Lisboa assim sempre “mando recados para o sr. Doutor e escuso de lá ir” (sic)...</p>		<p>Avaliação do utente Sintomatologia</p> <p>Avaliação/Intervenção Higiene</p> <p>Padrão de sono Ocupação</p> <p>Planeamento Seguimento Próxima VD</p>
<p>R9b 26012 010</p>	<p>Visita domiciliária realizada pela enfermeira e A. Social.</p> <p>Tem estado aparentemente melhor, auxilia mais a mãe nas tarefas caseiras, consegue ir de bicicleta ao pão e outras pequenas compras. Tem uma irmã que vive relativamente perto e que, ocasionalmente, leva outras compras.</p> <p>Mantém discurso sobre a galinha e as sensações corporais, cumpr mais correctamente o esquema terapêutico mas continua a fazer as injeções de Akineton, dadas pela mãe. Ainda fazem referência aos “ataques” mas são, agora menos frequentes (no último mês não teve nenhum...).</p> <p>Ligeiramente mais cuidado na higiene e vestuário.</p> <p>A mãe continua a recorrer às ladainhas religiosas para nos abençoar a todos, parece</p>	<p>Entrev. Observ.</p>	<p>Avaliação do utente Estado geral Organização de tarefas</p> <p>Relação familiar</p> <p>Apoios</p> <p>Sintomatologia</p> <p>Gestão do regime terapêutico Envolvimento da família nos cuidados</p> <p>Higiene e vestuário</p>

	fazê-lo com frequência ao P...		
R9c 09032 010	<p>VD realizada pela enfª B.P. e Enfª A.M. (estágio da especialidade).</p> <p>Mãe e filho estão no anexo do quintal a conversar. Muito bem dispostos. O P. está arranjado e cuidado, fica algo “ vaidoso” com os nossos comentários, arranjando-se e penteando-se em frente a um espelho. Tem cumprido medicação, compromete-se em ir à consulta a 16/3. A mãe refere que ele tem estado melhor, “até ajudou a pintar a casa” (sic). Receptivos a contar histórias passadas... Referem que a mãe teria sido “uma mulher com poderes milagrosos” (sic). A sra descreve alguns “feitos”, na altura que o marido era vivo e o P. confirma que vinham pessoas de todo o lado para serem recebidas pela mãe. Delirante?? Cultural?? “Não tenho poderes especiais, só peço a nosso sr. que faça o bem recair sobre vós” (sic) e exemplifica colocando as mãos sobre as nossas cabeças. O P. sorri e diz “oh, mãe, não faça isso, que ainda pensam que é maluca” (sic). Falam do tempo em que o pai era vivo (já faleceu há vários anos – morte súbita?). Apesar de viverem modestamente têm posses e terrenos que estão alugados para serem cultivados, conseguem outras formas de rendimento além das pensões. A irmã tem passado pouco lá por casa. “Somos só nós os dois (...) quando eu morrer o que é que vai ser dele?...” (sic). Têm tido visita frequente “dum rapaz que por aí aparece a pedir comida” (sic). Não percebemos bem quem seja mas têm-lhe dado não só comida como dinheiro. Alertamos</p>	Observ. Entrev.	<p>Avaliação do utente Estado geral Higiene e vestuário Gestão do regime terapêutico Seguimento</p> <p>Avaliação familiar História familiar Relação familiar Avaliação actual do familiar</p> <p>Avaliação familiar/de recursos Situação laboral e financeira</p> <p>Relação familiar</p> <p>Outros relacionamentos</p> <p>Intervenção/Avaliação Ensino sobre prevenção de riscos / acidentes</p>

	<p>para alguns riscos, não valorizam. O P. refere que “aqueles pensamentos que eu tinha de fazer mal à minha mãe, já não tenho” (...) “nunca mais fico bom depois daquilo que fiz à galinha, pois não?” (sic).</p> <p>Começa a ficar impaciente porque ficou de ir buscar a bicicleta que pôs a arranjar... Vamos acompanhá-lo ao portão e segue pela estrada fora. Mais desenvolto a andar e com melhoria na interacção com outras pessoas.</p>		
<p>R9d</p> <p>18052</p> <p>010</p>	<p>Soubemos por telefonema de uma vizinha do falecimento da mãe do P. a 4/5/2010. Tentámos contactar a irmã sem sucesso. Visita domiciliária realizada pela enfermeira e A. Social.</p> <p>O P. surge rapidamente ao portão, começa a chorar, fala da morte da mãe, conta os pormenores, foi ele que a encontrou... (terá falecido subitamente, enfarte??, não pediram autópsia). O P. está mais desorganizado, mais inquieto, tenso, com maior verbalização das queixas somáticas, dos pensamentos bizarros. A casa está muito suja e desarrumada. A irmã combinou com ele passar uma vez por semana para ajudar a limpar e arrumar e terá dito que iria falar com uma instituição para lhe trazerem comida diariamente. Agora tem sido a madrinha (?) e uma vizinha que lhe dão comida. Tem várias panelas com restos espalhadas pela cozinha. Conseguimos novos contactos da irmã. Tem passado os dias “lá em cima com o rapaz do milho” (sic), diz que é um amigo que conheceu no hospital mas pela descrição não reconheço... “São dois irmão, o T. e o P....” (sic). Às vezes</p>	<p>Entrev.</p> <p>Observ.</p>	<p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p>Avaliação do utente Situação actual</p> <p>Estado geral Sintomatologia</p> <p>Condições habitacionais Apoio social Outros relacionamentos interpessoais Avaliação familiar Relação familiar Organização de tarefas familiares</p>

	<p>come lá. Parece que lhes dará dinheiro...</p> <p>Proponho internamento para tentar organizar apoios. Aceita referindo que “já tinha ido à urgência no dia depois da morte da minha mãe mas não me quiseram internar” (sic). A vizinha dá-lhe “uns comprimidos para eu conseguir dormir bem” (sic). Não sabe quais são... Combinamos falar com vizinha e irmã e programar internamento para breve!</p>		<p>Intervenção/Planeamento/Avaliação</p> <p>Programação de internamento</p> <p>Organização de apoios, acompanhamento</p> <p>Gestão do regime terapêutico</p> <p>Contactos com familiares / pessoas significativas</p>
<p>R10a</p> <p>29122</p> <p>009</p>	<p>Solicitada por: Médico Assistente</p> <p>OBJECTIVOS: Não comparência à consulta.</p> <p>Avaliação domiciliária</p> <p>DESCRIÇÃO: Visita domiciliária realizada pela Enf^a e A. Social.</p> <p>O Sr. E. encontrava-se no domicílio. Recebeu-nos adequadamente e convidou-nos a entrar. Refere ter-se esquecido da consulta e já ter dado conta da falha mas ainda não ter telefonado para remarcar.</p> <p>Vive sozinho, em habitação pequena, à beira da estrada principal, mantida em más condições de higiene. Cozinha cheia de lixo, com electrodomésticos estragados e, maioritariamente, avariados. Tem um filho que ocasionalmente o visita mas refere “ele tem vergonha de mim, vem cá poucas vezes” (sic). Não tem outros familiares próximos. Recebe alimentação do Centro de Dia e coloca várias questões relacionadas com subsídios e apoios à A. Social. Apresenta deficitário estado de higiene e vestuário, refere passar os dias sentado no sofá a ver televisão, o chão está cheio de cinzeiros cheios e de sujidade... Diz não ter forças para limpar.</p>	<p>Entrev.</p> <p>Observ.</p>	<p>Objectivos:</p> <p>Avaliação diagnóstica do contexto domiciliário</p> <p>Gestão do regime terapêutico</p> <p>Manutenção de acompanhamento</p> <p>Avaliação do utente</p> <p>Situação actual</p> <p>Avaliação do domicílio</p> <p>Condições habitacionais</p> <p>Limpeza e higiene da habitação</p> <p>Estado de conservação da habitação</p> <p>Avaliação do utente e familiar</p> <p>Relação familiar</p> <p>Apoios sociais</p> <p>Higiene e vestuário</p> <p>Ocupação</p> <p>Estado geral</p>

	<p>Humor deprimido e algo lentificado.</p> <p>À porta tem o carro parado, cheio de sacos e artigos vários, “eram de quando eu vendia na feira” (sic), não sabe o que lhes há-de fazer...</p> <p>Tem cumprido terapêutica, apesar de parecer que ocasionalmente altera o esquema conforma entende necessário...</p> <p>Combino marcar nova consulta e informá-lo.</p>		<p>Humor</p> <p>Actividade</p> <p>Gestão do regime terapêutico</p> <p>Planeamento</p> <p>Seguimento em consulta</p>
<p>R10b</p> <p>01032</p> <p>010</p>	<p>Visita domiciliária realizada pela enfermeira e A. Social.</p> <p>Tem cumprido consultas e terapêutica mas mantém adinamia e anedonia. Quer ficar no hospital, solicita internamento. Clarificamos motivos e, aparentemente, sente-se bem no internamento, tem amigos, comida e roupa, sente-se melhor. Exploramos hipóteses de actividades na zona de residência. Não é receptivo. Discurso repetitivo em torno das incapacidades. Mantém habitação em deficitárias condições de higiene, assim como ele próprio. Suspeito de consumos de álcool mas nega veementemente. O carro ainda está no mesmo sítio e nas mesmas condições, já foi avisado pela polícia para resolver a situação. O filho tem passado ocasionalmente e ter-se-á oferecido para o ajudar a arrumar, tentamos motivá-lo para o mesmo dando exemplos. Não quer! Continua a pedir apoios e subsídios.</p>	<p>Entrev.</p> <p>Observ.</p>	<p>Avaliação/Intervenção</p> <p>Sintomatologia</p> <p>Situação actual</p> <p>Apoios sociais</p> <p>Clarificação</p> <p>Recursos</p> <p>Ocupação</p> <p>Discurso</p> <p>Estado de conservação e higiene da habitação</p> <p>Relação familiar</p> <p>Organização de tarefas no domicílio</p>
<p>R10c</p> <p>06042</p> <p>010</p>	<p>VD realizada pela Enf^a e A. social. Situação sem quaisquer alterações. Já falámos com o filho mas refere ser incapaz de ajudar. Propomos novas hipóteses de actividades mas só quer internamento permanente. Não tem critérios nem idade para Lar...</p>	<p>Entrev.</p> <p>Observ.</p>	<p>Avaliação/Intervenção</p> <p>Situação actual</p> <p>Envolvimento da família nos cuidados</p>

R10d 11052 010	<p>VD realizada pela Enfª e A. social. A habitação aparenta ligeira arrumação e está ligeiramente mais arranjado. O filho terá passado e ajudado.</p> <p>Tirou o carro mas não as coisas, limitou-se a mudá-lo para as traseiras da rua. Mantém registo de discurso habitual, repetitivo, centrado nas ideias de desvalorização e de ruína, incapacidade. Não apuro ideacção suicida embora pareça deprimido. Tem cumprido medicação. Na próxima semana tem consulta.</p>	Entrev. Observ.	<p>Avaliação do utente, familiar e do domicílio Condições habitacionais Relação familiar Organização de tarefas familiares</p> <p>Sintomatologia Discurso Humor Gestão do regime terapêutico</p>
R10e 08062 010	Situação estacionária. Por decisão de equipa e não adesão a qualquer proposta, suspendemos visitas domiciliárias.		
R11a 30042 010	<p>Solicitada por: Dra C.L. (após contacto com a segurança social da zona de residência e a pedido da psicóloga que acompanha o caso)</p> <p>DESCRIÇÃO: Visita realizada pela Enfª B.P., Dra. C.L., Enfª J.F. (estágio da especialidade) e Dra S.T. (psicologia da S.S. de Mafra).</p> <p>Encontramos a psicóloga no centro de Mafra conforme combinado. Solicita a nossa ajuda para ir a casa da S., perceber de que forma está a ser feito o acompanhamento médico (???). Após este contacto inicial avalio não perceber porque precisa da nossa ajuda mas conforme estava combinado vamos ao domicílio.</p> <p>A S. está em casa com as filhas. Habitação própria, em bom estado de conservação, limpa e arrumada, espaçosa e arejada. A S. apresenta humor eutímico, refere que tem cuidado da casa e das filhas, tem o apoio da mãe. Optou por fazer acompanhamento em Torres Vedras porque “tenho</p>	Observ. Entrev.	<p>Recolha de informação prévia (Preparativos da visita)</p> <p>Avaliação do domicílio Condições habitacionais</p> <p>Avaliação da utente/familiar Relação familiar Envolvimento da</p>

	<p>lá uma psicóloga com quem tenho muito boa relação e a médica também me conhece há mais tempo (...) o Dr. M. tinha deixado isso ao meu critério e já lhe tinha dito isto” (sic). A psicóloga que nos acompanhou não precisava de mais nenhuma informação e, efectivamente, não é uma situação para o nosso apoio domiciliário...</p>		<p>família nos cuidados Apoios Seguimento</p>

Anexo III – Grelha descritiva de temas e sub-temas de interesse

AVALIAÇÃO	Avaliação do utente	Aceitação de cuidados
		Actividade
		Alimentação
		Antecedentes familiares
		Antecedentes pessoais
		Apoios sociais
		Apreciação pessoal
		Avaliação actual do familiar
		Avaliação do estado mental
		Actividades de vida diárias
		Comportamento, atitude, postura
		Consumos substâncias tóxicas
		Crítica
		Cuidados de higiene pessoal
		Cumprimento de regime terapêutico
		Gestão do regime terapêutico
		Estado geral
		Vestuário
		História da doença actual
		História passada
		Integridade cutânea
		Limites e regras
		Local de punção
		Motivação
		Ocupação
		Organização de tarefas
		Outros relacionamentos
		Padrão de sono
		Perspectivas futuras
		Recursos
		Relação com família do cônjuge
		Relação com família de origem
		Resolução de problemas
		Responsabilização pelos cuidados
		Seguimento (consultas)
		Situação laboral
	Avaliação familiar	Aceitação de cuidados
		Agregado familiar
		Antecedentes familiares
		Dinâmica familiar
		Envolvimento da família nos cuidados
		Estado de saúde do familiar
		Fratria
		Gestão de conflitos
		Gestão do regime terapêutico
		História familiar
		Organização de tarefas familiares
		Perspectivas futuras
		Relação com famílias de origem / família alargada
		Relação família nuclear
		Responsabilização pelos cuidados
	Avaliação do domicílio	Situação actual
		Condições habitacionais
		Divisão de espaços
		Estado de conservação da habitação
		Limpeza e higiene da habitação
		Local de residência
	Avaliação de recursos	Tipo de habitação
		Condições financeiras
		Condições habitacionais (capacidade de conservação da terapêutica)
		Despesas
		Meios de deslocação
		Recursos para realização de cuidados de higiene
		Sintomatologia

Descrição de temas e sub-temas identificados nos registos de enfermagem

INTERVENÇÃO	Aceitação de cuidados
	Actividade laboral
	Administração de terapêutica intra-muscular
	Apoios sociais
	Clarificação
	Confrontação
	Contacto com a médica assistente
	Contacto/Visita a estruturas da comunidade
	Contactos
	Contactos com familiares / pessoas significativas
	Encaminhamento para vigilância médica
	Ensino sobre arrumação e higiene
	Ensino sobre consumos de tóxicos
	Ensino sobre gestão do regime terapêutico
	Ensino sobre gestão/controle de situações de agressividade
	Ensino sobre hábitos de vida saudáveis
	Ensino sobre hábitos de vida saudáveis ao familiar
	Ensino sobre prevenção de acidentes
	Ensino sobre prevenção de riscos / acidentes
	Ensinos sobre vigilância de saúde
	Envolvimento da família nos cuidados
	Envolvimento da família nos cuidados
	Esclarecimentos / Actualização das informações
	Escuta activa
	Gestão do regime terapêutico
	Manutenção de acompanhamento (na ausência de visita domiciliária)
	Mobilização de recursos
	Motivação
	Ocupação
	Organização de apoios, acompanhamento
	Orientação para realidade
	Padrão de sono
	Programação de internamento
	Proposta de apoio/resolução de problemas
	Reforço comportamento
	Relação familiar
	Resolução de problemas
	Responsabilização pelos cuidados
	Seguimento (consultas)
PLANEAMENTO	Apoio
	Conservação dos medicamentos
	Contactos
	Envolvimento da família nos cuidados
	Gestão do regime terapêutico
	Manutenção de acompanhamento (na ausência de visita domiciliária)
	Ocupação
	Programação de internamento
	Responsabilização do familiar pelos cuidados
	Seguimento em consultas
	Seguimento em visita domiciliária

Descrição de temas e sub-temas identificados nos registos de enfermagem (cont)