

ANÁLISE DO PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR UTILIZANDO O MODELO CALGARY

1

MONTEFUSCO Selma Rodrigues Alves¹
BACHION Maria Márcia²

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

De acordo com Wright e Leahey (2002) a enfermagem tem o compromisso de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Existem muitas evidências que a família assume um significado especial para o bem-estar e a saúde de seus membros, assim os enfermeiros devem considerar a família dos pacientes como parte integrante da unidade de cuidado. O termo doença crônica é definido por Silva et al (2002) como doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado. Frente ao exposto, imerge a necessidade de avaliar e intervir junto à família das pessoas durante o processo de hospitalização, independente de qual seja sua alteração de saúde. Sabemos que não existe um modelo de avaliação que contemple todos os fenômenos da família. Contudo, Wright e Leahey (2002) citam a necessidade da adoção de uma estrutura conceitual clara, ou mapa da família. Isto encoraja a síntese de dados, a fim de serem identificadas às forças e os problemas da família, constituindo um plano de tratamento útil e sistematizado. O modelo Calgary envolve Avaliação (MCAF) e Intervenção (MCIF) na Família e constitui uma estrutura multidimensional que possui três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Estas subcategorias permitem que a avaliação de cada família seja diferenciada. Nem todas as subcategorias precisam ser avaliadas em uma primeira reunião com a família e algumas nunca precisarão ser avaliadas. O modelo baseia-se em um fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudança (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

O objetivo deste estudo é analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem identificados em famílias de pacientes internados na clínica médica de um hospital

¹ - Enfermeira, aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG, bolsista CNPq.

² – Professora titular, Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG.

escola. Acreditamos que este estudo contribuirá para que possamos nos preparar para desenvolver a assistência tanto para o paciente quanto para suas famílias.

Além disso, Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar a elaboração de políticas públicas favorecendo a integralidade e resolubilidade do cuidado de enfermagem atendendo aos pressupostos do SUS.

Trata-se de estudo descritivo que foi desenvolvido junto a 12 famílias de pessoas que estão internadas em enfermarias do setor de clínica médica em um hospital escola de Goiânia – Go durante o período de janeiro a abril de 2006. Foram incluídas famílias que estavam acompanhando pacientes no período estipulado para a coleta de dados e que concordaram em participar mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas e observações múltiplas, mediante a aplicação de um roteiro sistematizado, tendo como marco teórico o Modelo Calgary de Avaliação. O numero de encontros para a coleta de dados dependeu de cada caso. O paciente e seus familiares foram tomados como unidade participante da pesquisa. Para as entrevistas foi realizada a preparação das pesquisadoras para uso de categorias verbais facilitadoras da comunicação conforme proposta de Bachion *et al* (1998). Para rotular os Diagnósticos de Enfermagem identificados foram utilizados a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) de 2006. Os Diagnósticos de Enfermagem foram analisados quanto a sua distribuição (frequência simples). A discussão desses achados foi feita focalizando os títulos diagnósticos, seus fatores relacionados e características definidoras à luz do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção.

A idade dos familiares-informantes variou entre 28 e 45 anos. Já com relação aos pacientes, a idade variou entre 58 e 79 anos. No item grau de parentesco, a predominância foi das filhas. A função de cuidador foi exercida predominantemente pelas filhas dos pacientes.

Foram encontradas, nas 12 (doze) famílias incluídas no estudo, 12 (doze) categorias diagnósticas diferentes. Tensão Devido ao Papel de Cuidador, presente em 100% das famílias; Comunicação Verbal Prejudicada, presente em 75% das famílias, Manutenção do Lar Prejudicada e Processos Familiares Interrompidos, presentes em 66% das famílias. Obteve-se a média de 04 (quatro) diagnósticos por família, sendo que uma família obteve 07 (sete) diagnósticos, e outra 02 (dois). Dos diagnósticos identificados, 75% são classificados como diagnóstico real, mostrando o quanto essas famílias estão vulneráveis.

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

Para o diagnóstico de Tensão do papel de cuidador, os fatores relacionados mais freqüentes foram: Responsabilidades referentes às 24 horas de cuidado, 100%; cuidador é mulher, 100%; falta de apoio (adequado), 83,3%; ambiente físico inadequado para o cuidado, 83,3%; imprevisibilidade da situação de cuidados, 50% e imprevisibilidade do curso da doença, 50%.

Vimos que muitos cuidadores reclamavam da pouca ajuda da família e amigos. No entanto, este fato parece estar relacionado também a relutância do cuidador em solicitar ou aceitar ajuda, mantendo-se “independente”. Essa atitude pode estar relacionada a várias causas como medo de que esse ato represente sinal de fracasso ou inadequação; medo e ansiedade em abandonar o paciente em casa, sem atendimento, tornando-se susceptível ao agravamento da doença; medo que a pessoa morra, ou ainda a superproteção e excessos de cuidados, em tentativa de minimizar sentimentos de culpa pelas ações ou negligências.

O diagnóstico de Comunicação Verbal Prejudicada nas famílias estudadas teve como fator relacionado mais significativo com escore de 88.8%, as barreiras psicológicas (falta de estímulo), e característica definidora significativa com 88.8%, *a dificuldade para atingir o padrão esperado de comunicação interpessoal no contexto da família*.

Pode-se caracterizar um grupo familiar como um “todo dinâmico” conforme Littlejohn (1988) onde uma mudança no estado de qualquer subparte modifica o estado de todas as outras subpartes. As relações familiares decorrem da interação entre seus membros. Essa interação é regida por regras que ditam seus comportamentos comunicativos. Acreditamos que nas famílias com disfunções, as interações acontecem de forma superficial, principalmente devido à falta de comunicação efetiva, decorrente da falta de fluidez e transparência das mesmas. Percebemos que mesmo nas famílias onde seus membros referem relacionarem-se bem, existem alguns assuntos que não são discutidos, ou são colocados como “é preciso em um momento propício”.

No Diagnóstico de Enfermagem Processos familiares interrompidos, o fator relacionado mais freqüente foi o de Alteração do estado de saúde de um membro da família, 87,5%; seguido de Troca dos papéis na família, 62,5%; e as características definidoras que mais apareceram foram Mudanças na participação na resolução de problemas 87,5%, Mudança na participação na tomada de decisão e Mudanças nas tarefas designadas 62,5%. Em todas as famílias, independente da sociedade, cada membro da família ocupa determinada posição, sendo orientado por papéis. Stanhope (1999) refere que estes papéis não são mais do que as expectativas de comportamento, de direitos e obrigações que estão associados a uma dada posição na família ou grupo social. Soares (2003) salienta que aos papéis atribuídos é ideal que exista flexibilidade assim como a possibilidade de troca ocasional desses papéis, por exemplo, quando um dos membros não possa desempenhar o seu papel, outro membro da família assumirá a posição. Wright e Leahey (2002) referem que a mudança em um membro afeta todos na família. A família é capaz de gerar um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade como se estivesse em constante alteração. Essa família é capaz de, com a mudança de papéis, reorganizar-se ou reequilibrar-se de modo diferente do anterior. Normalmente, a família e seus membros individuais precisam ser

auxiliados no sentido de deslocar de uma perspectiva linear da situação para uma visão de maior interação, mais recíproca, mais sistêmica.

Manutenção do lar prejudicada teve como fator relacionado mais freqüente a doença de membro da família, 100%; organização do lar insuficiente, 75%; finanças insuficientes, 62,5%; e as características definidoras mais significativas foram membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável 62,5%; membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa, 62,5%; membro da família sobrecarregado (filha), 62,5%; e descrição de crise financeira, 37,5%; a manutenção do lar prejudicada está relacionada principalmente a doença do membro da família, pois em decorrência desta doença os outros membros da família precisam rever os papéis, fazendo com isso um rearranjo para resolver as suas necessidades, focando principalmente o cuidado ao membro adoecido. Goldner (1988 – in WRIGHT e LEAHEY, 2002) refere que o gênero é um princípio fundamental de todos os sistemas familiares, levando-se em conta que as tarefas domésticas e de cuidado são desempenhados na maioria das vezes pela figura feminina. Robinson (1998) refere que as diferenças e sobrecarga de papéis podem ser fontes significativas de estresse familiar, verificando ainda uma participação tensa em famílias onde o doente crônico se tornou um membro indesejável, dominador e poderoso. Refere ainda ser evidente que as mulheres – esposas, mães e filhas nestas famílias – sejam as responsáveis pela proteção diária, 24 h por dia.

Em nosso estudo, percebemos que em todas as famílias o cuidado é prestado pelas mulheres, onde as mesmas referem cansaço e estresse. Outra dificuldade dos cuidadores na atenção aos pacientes e na manutenção do lar é evidenciada pela falta de tempo e dinheiro para os gastos com remédios, alimentação específica e outros materiais para a manutenção da saúde.

As mudanças no estilo de vida provocadas pela presença de uma doença muitas vezes estão associadas a alterações estruturais na dinâmica familiar. Como refere Silva (2002), na medida em que arcar com despesas relacionadas ao tratamento medicamentoso, exames laboratoriais, deslocamento para unidades de saúde, entre outros, representa alterações orçamentárias para mais, pois a maioria dos brasileiros não possui recursos financeiros para cobri-las. Quando falamos de doenças crônicas, essa realidade representa despesas contínuas passando a fazer parte do orçamento familiar. Essa situação complica quando a pessoa doente é a provedora da família ou o cuidador principal.

Dos 12 diagnósticos de enfermagem identificados 75% são reais e 25% de risco. Com relação aos domínios da NANDA (2006) os diagnósticos de enfermagem foram predominantes no domínio psicossocial principalmente na classe papéis e relacionamentos.

Os diagnósticos de enfermagem também foram agrupados nas categorias de avaliação do Modelo Calgary onde tivemos 66% de diagnósticos na categoria funcional.

A presença destes Diagnósticos de Enfermagem nos mostra que essas famílias realmente precisam da intervenção da enfermagem principalmente porque estão sensibilizados e muitas vezes não conseguem ou demoram reencontrar o equilíbrio necessário para enfrentar as adversidades advindas da presença de um membro adoecido. Observou-se que as famílias tanto reproduzem padrões culturais como

também usam estratégias particulares, de acordo com seu próprio funcionamento para dar conta desta tarefa.

Velho (1989) chama a atenção para a família atual, que aparentemente se apresenta à primeira vista como nuclear, mas na verdade está imersa numa rede de relações entre as mais diversas formas de família, num complexo sistema de interdependência, que é fundamental para sua sobrevivência e equilíbrio, embora tal rede, na maioria das vezes, possa parecer invisível. Esta rede inclui parentes, amigos e vizinhos e se revela fortemente atuante em praticamente todos os momentos da vida, mas se torna vital, principalmente, nos momentos de crise.

Os dados apontam para a qualidade do relacionamento familiar, o papel desempenhado pelo cuidador principal e pelo paciente.

Percebemos a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a unidade familiar e elaboração de metodologia que propicie a avaliação da participação da família na atenção aos seus membros.

Palavras-chaves: família, diagnóstico de enfermagem, modelo Calgary.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Processo de Enfermagem. Aplicação do Modelo Conceitual**. 4ª ed., St. Louis (Missouri): Mosby, 1996.

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

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

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (org). **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004**. Trad. Cristina Correia. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul, 2005.

ORTNER, S. B. Está a Mulher para o Homem assim como a natureza para a cultura? Em Rosaldo, M. Z. & Lamphere, L. (Coord.). **A mulher, A cultura e a sociedade (Coleção o Mundo, Vol. 31)**. (Ankier, C. & Gorenstein, R., Trad.). (pp.95-121). Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1978) 1979.

SILVA, L. F. *et al.* Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo (SP), v.15, n.1, p. 40-47, jan.-mar 2002.

VELHO, G. **Família e subjetividade**. Em *Subjetividade e solidariedade: uma experiência de geração*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1989

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**. Um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca, 2002.