

ESTUDO DE CASO COM BASE NO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

Annanda Fernandes de M. B. Batista (1); Larissa Leal Lopes (2); Erika Acioli Gomes Pimenta (3); Jaqueline Queiroz de Macedo (4)

(1) *Universidade Federal da Paraíba*, annanda.fernandes@gmail.com

(2) *Universidade Federal da Paraíba*, larissa_lopez_3@hotmail.com

(3) *Universidade Federal da Paraíba*, erikacioli@gmail.com

(4) *Universidade Federal da Paraíba*, jaquelineqmac@gmail.com

Resumo: Introdução: O objetivo deste estudo de caso descrever a implementação do cuidado centrado na família e a evolução do familiar cuidador após a implementação desse cuidado de enfermagem. Metodologia: O estudo de caso foi realizado durante atividades práticas de disciplina da graduação, em hospital escola. Resultados e discussão: Durante as atividades, prestou-se assistência ao binômio criança-cuidador (mãe) durante dois dias consecutivos. Nesse período foi implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Em todas as etapas do cuidado foram realizadas ações de cuidado que contemplasse as necessidades psicobiológicas e psicossociais do binômio, com base em um plano de cuidados centrado da família. Conclusão: Com a implementação de um cuidado prestado com base no modelo centrado na família, ocorreram mudanças imediatas no comportamento da acompanhante em relação às demandas de cuidado com a criança. A atuação do enfermeiro com o binômio mãe-criança, juntamente com a equipe multidisciplinar foi deveras relevante. Ademais, a criação de vínculos entre acadêmicos, profissionais de Enfermagem e equipe multiprofissional de saúde com a mãe pôde gerar um ambiente no qual a cuidadora sentiu-se mais amparada, segura, confiante e forte para enfrentar a condição de saúde do seu filho.

Palavras – chave: cuidador; cuidado; família; enfermagem.

INTRODUÇÃO

A enfermagem apresenta como ponto principal do seu regimento o cuidar, e nela se baseia a Sistematização da Assistência a Enfermagem. Como base da prática proposta pela profissão, o cuidado é composto pela objetividade – o desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e a subjetividade – relacionada à criatividade, sensibilidade e intuição para realizar uma ação sobre o outro (SOUZA et al., 2005). Além disso, o cuidado deve estar focado na promoção da saúde, prevenção de doenças e na recuperação do paciente, família e comunidade incluindo antecedentes (necessidades, conhecimento, sensibilidade, integração, escuta e interesse), assim como atributos (amor, zelo, consciência, solidariedade e ética) e consequentes (satisfação, bem estar, confiança, cura, saúde, conforto e mudança de estilo de vida) (VALE; PAGLIUCA, 2011).

A humanização e o cuidar devem agir juntas para que a enfermagem atue de forma integral. De acordo com Waldow e Borges (2011), a humanização é o ser humano em seus atos considerando o próprio na sua forma integral, natural, consciente, racional e sensível. Humanizar é perceber e utilizar a unicidade do indivíduo. Dessa forma, a humanização é a base do cuidado transformado-o em uma ação personalizada da assistência de enfermagem, pois considera

a individualidade e peculiaridade do paciente e sua família.

O cuidado e a humanização devem estar presentes na assistência prestada à criança e à sua família de forma que a equipe de enfermagem venha a entender suas condições biopsicossociais e espirituais de forma holística. O cuidado centrado na família e na criança baseia a assistência na ideia que a família e a criança estão interligadas, de modo que o que afeta a família afeta a criança e vice-versa. À vista disso, o cuidar deve ser inerente ao binômio: criança – família (ROETS; ROWE-ROWE; NEL, 2012). Por conseguinte, este cuidado será imprescindível na pediatria, pois no processo saúde-doença a família deve estar presente, por direito, no processo de internação. Devendo sua presença poder ser participativa no cuidado, e concomitantemente também ser assistida pela equipe, para que esse cuidado à criança pela parte familiar seja preservado.

Nessa perspectiva de cuidado, o enfermeiro deve apresentar conhecimento necessário à execução da sua função e responsabilidade, conhecer os cuidados já prestados pela família, verificar a dependência mútua assim como propiciar escuta ativa dos familiares para ajudá-los a reorganizar suas emoções e a dinâmica familiar, (FORDHAM; GIBSON; BOWES, 2011; MIKKELSEN; FREDERIKSEN, 2011). Além disso, o

acordo de responsabilidade do cuidado deve ser previamente esclarecido para que a ação da família seja ativa nesse processo ao mesmo tempo em que recebe intervenções da equipe (BUTLER; COPNELL; WILLETTS, 2013). Nesse dualismo, em que a família é receptor e agente do cuidado, a construção de uma relação de confiança entre equipe – família – criança irá capacitar os familiares na continuidade dos cuidados para além do serviço de saúde, bem como na readaptação da dinâmica familiar, e expressão de emoções. Embora haja o cuidado centrado na família englobando todos os membros tanto em relação ao pais como irmãos, o cuidador da criança requer um cuidado mais minucioso. Segundo Canga, Vivar e Naval (2011), os cuidadores são as pessoas que mais passam tempo com a criança, se ausentando da família e alterando suas funções familiares podendo criar situações desequilibradas como problemas de convivência, perda da identidade, falta de apoio familiar e ausência de intimidade. Dessa forma, precisam ser vistos conforme suas necessidades de assistência para que sua capacidade de cuidador e seu bem estar físico, mental sejam mantidos. Ademais, o enfermeiro necessita observar e avaliar quais os estressores (frustração, impaciência, dor, raiva, ressentimento, ansiedade, depressão, distúrbio do sono, reclusão social e agitação) sinais e

sintomas que influenciam a sobrecarga do cuidador (GROSE et. al., 2013; CHADDA, 2014). Uma vez que detectar precocemente esses fatores indica acelerar a reabilitação da criança, preservar os laços e o equilíbrio da dinâmica familiar.

A implementação do cuidado centrado na família e na criança com ênfase também no cuidador poderá ser realizado a partir do Processo de Enfermagem, método aplicado na Sistematização da Assistência de Enfermagem que promove uma dinamização da assistência e utiliza conhecimentos técnico-científicos para realizar assistência ao paciente, família e comunidade.

As intervenções planejadas e sua implementação pode trazer resultados favoráveis ao cuidador. Ações que minimizem os efeitos negativos da internação, acomodação adequada como privacidade e leito confortável, suporte psicológico e social, informações adequadas, compartilhamento de responsabilidades, incentivo à participação família assim como envolvimento na dinâmica hospitalar ajudam a diminuir estressores sobre o cuidador (MIKKELSEN; FREDERIKSEN, 2011; TURNBULL; PETTY, 2013; FORDHAM; GIBSON; BOWES, 2011).

O objetivo desse presente estudo de caso é descrever a implementação do cuidado centrado na família e a evolução do familiar

cuidador após a implementação desse cuidado de enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo de caso realizado em ambiente hospitalar durante atividades práticas de disciplina do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

A problemática apresentada refere-se ao binômio criança-mãe no qual Artur apresenta Paralisia Cerebral e está internado há quatro meses com quadro de Pneumonia e Insuficiência Respiratória. Este estudo está foi previamente aprovado pelo CEP/UFPB (protocolo 222/09), havendo a mãe acordado e assinado o TCLE. Por questões éticas algumas informações foram alteradas como período do cuidado e nomes do binômio, além de outras referentes à disciplina, ocultadas.

Diante das necessidades do membro familiar diretamente responsável pelo cuidado, elaboramos um plano de cuidados, seguindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que foi aplicada ao binômio criança-mãe. Este plano foi elaborado com base no cuidado centrado na família, o qual busca alcançar as necessidades ampliadas de saúde, na perspectiva de alcançar a pessoa em sua

complexidade biopsicosocial (MIKKELSEN; FREDERIKSEN, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artur, nove anos, sexo masculino, cor parda, natural de uma cidade do interior da Paraíba, reside atualmente na capital devido a necessidade de acompanhamento de saúde contínuo e complexo, encontrando-se longe do apoio familiar. A família é composta pela mãe, pai e Artur, filho por decisão do casal. A renda familiar é proveniente do pai, pois a mãe cuida exclusivamente do filho. Durante a gestação não foi detectado nenhuma anormalidade, porém na 38ª semana, a mãe começou a perder líquido amniótico, sendo encaminhada para a maternidade da sua cidade. Nesta ocasião o profissional responsável não realizou nenhum procedimento e a orientou a esperar a dilatação para o parto normal, segundo relato da mesma. Posteriormente, a criança nasceu com hipóxia e cianótica devido a grande perda do líquido amniótico e amadurecimento rápido da placenta acarretando a Paralisia Cerebral.

Artur está internado há quatro meses por apresentar diagnóstico de Pneumonia e Insuficiência Respiratória. Em dezembro de 2015 foi colocada uma sonda via gastrostomia. No primeiro dia de intervenção, Artur passou a manhã dormindo influenciado

por medicações utilizadas para o exame de tomografia computadorizada. Marcela (sua mãe) estava bastante cansada e agitada, e tentava acordar Artur para que a noite eles tivessem um sono contínuo.

No primeiro contato com os discentes, a mãe expôs que não queria que o cuidado do filho fosse realizado por estudantes, devido a reincidência de questionamentos já realizados por outros estudantes/residentes do hospital. Assim, não permitiria nenhum contato, perguntas ou cuidados além dos mínimos necessários prestado pelos profissionais do serviços. A insatisfação por não conseguir dormir, sem previsão de alta hospitalar e por ouvir comentários depreciativos sobre o estado de saúde de seu filho “como se ele não fosse uma criança” agravava essa situação. Foi observado o sentimento de culpa da mãe em relação ao parto e atual estado do filho. E ainda a preocupação sobre o futuro estado do filho e os cuidados mais complexos, pois provavelmente seria feito uma traqueostomia para que houvesse a possibilidade de alta hospitalar, a qual foi realizada semanas após o final do nosso estágio.

O relacionamento conjugal do casal estava instável. Aliado a isso, quando o pai o acompanhava, a criança demonstrava sinais de desconforto, tendo em vista que o mesmo não tinha o hábito de realizar os mesmos cuidados que a mãe, quando estão em casa.

Dessa forma, a mãe não se sentia confortável em alternar os turnos com o marido, aumentando sua sobrecarga. Através do modelo de cuidado centrado na família (WATT et al., 2011) buscamos estabelecer uma relação de respeito entre a família e a equipe de saúde (em que nos incluíamos). Inserido nessa perspectiva, elaboramos um plano de cuidados para a mãe de modo a reduzir na medida do possível, seu desgaste e favorecer melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida para cuidar melhor da criança, bem como contribuir para melhor vínculos entre esses. A seguir apresentamos o plano de cuidados elaborado segundo Tannure e Pinheiro (2013) e implementado:

Diagnósticos de Enfermagem NANDA	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Padrão de sono perturbado evidenciado por responsabilidade de cuidar de outras pessoas, interrupções e ambiente desfavorável.	Relatará sono melhorado. Relatará descanso e melhor disposição.	- Detectar a existência de fatores que interferem no sono. Determinar a intensidade e a duração dos problemas Ouvir os relatos de qualidade do sono. Avaliar os sinais físicos de fadiga. Melhorar o ambiente, assegurar privacidade, aumentar o conforto físico, facilitar o relaxamento,

		aumentar a duração do sono.
Processos familiares disfuncionais relacionado à dinâmica familiar alterada	Relatará que compreende a dinâmica da dependência mútua. Buscará suporte psicológico e social.	- Avaliar os fatores contribuintes e os problemas coexistentes. Ajudar a família a modificar comportamentos destrutivos. Promover o bem estar.
Paternidade prejudicada evidenciada por dificuldade de interação entre o pai e a criança.	Verbalização da expectativa da função do pai. Aceitação da situação presente. Demonstrar vínculos e comportamentos apropriados à paternidade.	- Avaliar os fatores causadores e contribuintes para o comportamento da criança diante do pai. - Promover o desenvolvimento das habilidades necessárias à paternidade.
Risco de tensão do papel de cuidadora relacionado ao estresse e falta de descanso do cuidador.	Buscará e receberá suporte familiar no cuidado ao filho.	-Realizar interação terapêutica. -Fornecer suporte emocional diante do desgaste físico e mental. -Avaliar fatores que afetam situação atual. -Promover reunião em família junto com equipe para estabelecer suporte no

		cuidado.
Enfretamento defensivo evidenciado por culpa e recusa de ajuda.	Reconhecerá as áreas de preocupação e estresse. Demonstrará aceitação a ajuda.	- Determinar o nível de ansiedade. – Observar a interação com a equipe. -Avaliar condições físicas e emocionais. -Estabelecer relação terapêutica de confiança entre equipe (profissionais e estudantes) e família. -Estabelecer com a equipe regras e responsabilidades e adotar sentimento de respeito. -Realizar interação terapêutica com o intuito de diminuir sentimento de culpa.

Após a realização das intervenções à cuidadora, foi observado a abertura gradativa da mesma que se apresentou mais disponível aos discentes, do que aos profissionais do serviço. Dessa forma, o cuidado direto à criança começou a ser implementando a partir do momento que a confiança entre a mãe e os discentes foi sendo reestabelecida.

Ao dividirmos as responsabilidades do cuidado à criança com sua mãe, ela obteve mais horas de descanso e recreação, houve um acordo de dependência mútua que permitiu o banho no leito, a prevenção de úlceras por pressão com uso de lençóis entre os membros inferiores e no braço esquerdo e mudança de decúbito a cada quatro horas, a hidratação da mucosa oral, a limpeza nas mucosas nasais, oxigenoterapia, administração da dieta, medicação pela gastrostomia e aferição dos sinais vitais, exame físico.

Outros profissionais como assistente social e psicologia também foram envolvidos no cuidado para que houvesse um cuidado social e emocional mais individualizado e especializado para modificar a situação familiar presente. O acompanhamento e incentivo para que a dinâmica família se mantenha está sob responsabilidade da equipe multiprofissional de saúde. Precisa-se entender a dinâmica e os laços familiares antes e depois da doença na família, sobretudo a doença crônica, pois sentimentos e vínculos podem ser modificados a partir das demandas de cuidado que emergem no cotidiano do cuidado (GORODZINSKY et al., 2013).

Os cuidados realizados trouxeram melhorias na qualidade de vida da criança e no cuidador. Segundo Wei et al. (2012), o planejamento do cuidado focado no cuidador a partir das suas

necessidades pode diminuir os efeitos negativos que este pode exercer sobre a criança. À vista das observações realizadas após as intervenções na cuidadora, a barreira antes existente entre ela, a equipe e os estudantes foi desfeita não influenciando mais negativamente nos cuidados da equipe na criança. Entretanto, o processo de enfermagem deve ser realizado em ambas criança- cuidador, e dessa forma alcançar cada membro familiar que tenha relação com a criança. Assim, será um cuidado mais especializado e individualizado levando em consideração cada estresse, sinais e sintomas de desgaste e cada tipo de dinâmica familiar.

CONCLUSÃO

A atuação do enfermeiro no processo saúde/doença e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem com o binômio mãe-paciente, juntamente com toda equipe multidisciplinar que atua no serviço de saúde, é de importante relevância. Somando-se a isso, o modelo de cuidado, dando prioridade a família, atendendo suas particularidades, fez com que o plano de cuidados traçado fosse alcançado com mais facilidade.

Ademais, a criação de vínculos e empatia na relação entre acadêmicos de enfermagem e profissionais com a mãe de filho portador de Paralisia Cerebral pôde gerar um ambiente no

qual ela sentiu- se mais amparada para enfrentar a condição de saúde do seu filho.

REFERÊNCIAS

BUTLER, A.; COPNELL, B.; WILLETTS, G. Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. **Journal Clinical Nursing**, v.23, p.15-16,2013.

CANGA, A.; VIVAR, C.G.; NAVAL C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. **Anales Sis San Navarra**, v.34, n.3, 2011.

CHADDA, R. Caring for the family caregivers of persons with mental illness. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 56, n.3, p.221, 2014.

FORDHAM, L.; GIBSON, F.; BOWES, J. Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services. **Child: Care, Health and Development**, v.38, n.5, p. 647-653, 2011.

GORODZINSKY, A. Y et al. Adolescents' Perceptions of Family Dynamics When a

Sibling Has Chronic Pain. **Children's Health Care**, v.42, n.4, p. 333-352, 2013.

GROSE, J., FROST, J., RICHARDSON, J., SKIRTON, H. Using meta-ethnography to understand the emotional impact of caring for people with increasing cognitive impairment. **Nursing and Health Science**, v.15, p.113-123, 2013.

MIKKELSEN, G.; FREDERIKSEN, K. Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v, 67, n.5, p. 1152-1162, 2011.

ROETS, L.; ROWE-ROWE, N.; NEL, R. Family-centred care in the paediatric intensive care unit. **Journal of Nursing Management**, v.20, n.5, p.624-630, 2012.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em Enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n. 2, abr./jun. 2005.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TURNBULL, V.; PETTY, J. Evidence-based thermal care of low birthweight neonates. Part

two: family-centred care principles. **Nursing Children and Young People**, v.25, n.3, p. 26-29, 2013.

VALE, E. G., PAGLIUCAI, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.64, n.1, p. 106-13, 2011.

WALDOW, V.R., BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista Enfermagem**, v.24, n.3, p. 414-8, 2011.

WATT, L. et al. Family-centred care: a qualitative study of Chinese and South Asian immigrant parents' experiences of care in paediatric oncology. **Child: Care, Health and Development**, v.39, n.2, p. 185-193, 2011.

Wei, Y. et al. Support groups for caregivers of intellectually disabled family members: effects on physical-psychological health and social support. **Journal of Clinical Nursing**, v.21, n.11-12, p. 1666-1677, 2012.