



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Alves de Araújo Puschel, Vilanice; Costardi Ide, Cilene Aparecida; Corrêa Chaves, Eliane  
Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar -  
condições de aplicabilidade

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2005, pp. 203-212

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023799014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar - condições de aplicabilidade\*

*Psychosocial instrument to approach person and family in home care - conditions of applicability*

*Instrumento para el abordaje psicosocial del individuo y familia en la asistencia domiciliaria - las condiciones de aplicabilidad*

Vilanice Alves de Araújo Püsche<sup>1</sup>, Cilene Aparecida Costardi Ide<sup>2</sup>, Eliane Corrêa Chaves<sup>3</sup>

**RESUMO:** Na Assistência Domiciliar (AD), o modelo clínico e hospitalar tem sido hegemônico. A abordagem psicossocial mostra-se necessária para os problemas identificados no âmbito domiciliar. Este artigo tem como objetivos: apresentar um instrumento de abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar e mostrar as condições de aplicabilidade do modelo psicossocial no domicílio, a partir da utilização desse instrumento. Esse instrumento foi aplicado pelas participantes de um curso de capacitação para a AD numa abordagem psicossocial, em pessoas doentes e familiares que estavam recebendo o cuidado no domicílio. Verificou-se que este é viável, porém à onipotência própria da clínica se sobrepõe uma impotência quase absoluta de raciocínio clínico-psicossocial. Há necessidade de validação desse instrumento e da composição de um campo de pesquisa significativo para a qualificação do ensino e da prática assistencial na AD.

**Descriptores:** Serviços de assistência domiciliar; Enfermagem familiar; Psicologia social

**ABSTRACT:** In Brazil, the clinical model has predominated in Home care (HC). A psychosocial approach is necessary for problems identified in the home environment. The objectives of this paper were to present a psychosocial approach instrument for HC patients and their families and to describe the applicability of the psychosocial model using this instrument. The instrument was applied to HC patients and their families by home healthcare professionals who were participating in a HC course. We observed that it was feasible, although clinical reasoning took precedence over psychosocial reasoning. This instrument must be validated and new research must be carried out to qualify its use in teaching and HC.

**Keywords:** Home care services; Family nursing; Psychology, social

**RESUMEN:** En la asistencia domiciliaria (AD) el modelo clínico y hospitalario ha sido hegemónico. El abordaje psicosocial muestra que es necesario para los problemas identificados en el ámbito domiciliario. Este artículo tiene como objetivos: presentar un instrumento de abordaje psicosocial al individuo y a la familia en la asistencia domiciliaria y mostrar las condiciones de aplicabilidad del modelo psicosocial en el domicilio a partir de la utilización de ese instrumento. El instrumento fue aplicado, por las participantes de un curso de capacitación para la AD con abordaje psicosocial, en personas enfermas y familiares que estaban recibiendo el cuidado en el domicilio. Se verificó que éste es viable, sin embargo la omnipotencia propia de la clínica se sobrepone a una impotencia casi absoluta de raciocinio clínico-psicosocial. Hay necesidad de validar el instrumento y de la composición de un campo de investigación significativo para la calificación de la enseñanza y de la práctica asistencial en la AD.

**Descriptores:** Servicios de atención de salud a domicilio; Enfermería de la familia; Psicología social

\* Artigo extraído da tese de doutorado de PÜSCHEL V.A.A. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competência psicosociais para a assistência domiciliar. Escola de Enfermagem da USP, 2003.

<sup>1</sup> Enfermeira. Professor Doutor. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (ENC) da EEUSP . E-mail: vilanice@usp.br.

<sup>2</sup> Enfermeira Professor Titular ENC-EEUSP.

<sup>3</sup> Enfermeira. Professor Doutor ENC-EEUSP.

## INTRODUÇÃO

A **Assistência Domiciliar** é um atendimento multiprofissional ao indivíduo e à família, que acontece em cenários e contextos peculiares, que se configura enquanto elemento e produto de dinâmicas familiares e que pressupõe competências ampliadas para uma intervenção clínica e psicossocial, conforme demandas próprias, de modo a resgatar e a promover a saúde e a potência de vida, dentro das melhores expressões possíveis.

A assistência domiciliar (AD) é uma realidade na atualidade. Em nossa tese de doutorado<sup>(1)</sup>, já se identificou que os sistemas de conceitos de profissionais que atuam na área têm como referência o modelo clínico-hospitalar. Esse modelo tem sido hegemônico no que se relaciona ao cuidar de um ser biologizado e apreendido numa perspectiva fisiopatológica.

A abordagem do indivíduo e família, assim como a ação dos profissionais que atuam no domicílio, mostram o quanto ainda existe de vazio teórico-instrumental para que sejam apreendidas as expressões de vida e de saúde/doença que permeiam o universo domiciliar onde se dará o cuidado. No contexto domiciliar, cada indivíduo doente e sua família apresentam modos peculiares de conceber a vida, a saúde e a doença; de expressar pensamentos e sentimentos, valores e crenças; de relacionar-se; de atribuir significados aos eventos da vida cotidiana. Apreender essas expressões com instrumentos advindos do modelo hospitalar, é uma tarefa difícil, árdua e muitas vezes infrutífera, pois os profissionais não conseguem ampliar a abordagem para além da dimensão clínica.

Desse modo, o vazio teórico-instrumental se dá pela necessidade de se construir um corpo de conhecimentos e uma competência para atuar no domicílio, apoiados em outras disciplinas como a psicologia, a sociologia, a filosofia, a educação, dentre outras, que fundamentem uma ação profissional ampliada para além da clínica. Nesse sentido, a abordagem psicossocial mostra-se necessária e muitas vezes resolutiva para os problemas que podem ser ou são identificados no âmbito domiciliar.

Considera-se que o cuidar no domicílio tem um significado mais abrangente, pois se inscreve no território do outro (pessoa doente e família); tem um sentido peculiar que é pautado em um novo corpo (doente), que requer novos rituais (novas estratégias para lidar com a doença); há necessidade de ampliar a dinâmica interativa (familiares, equipe de saúde), refazer o cotidiano (abalado pela doença) e modificar espaços e papéis sociais (dos grupos no domicílio), além da necessidade de reconsiderar os novos papéis e resgatar as potencialidades de vida.

É no grupo familiar que o indivíduo se inscreve, se manifesta, se apropria do seu estilo de vida, dos seus *habitus* e se coloca no mundo como um corpo multidimensional.

O corpo multidimensional é ao mesmo tempo material e energético, racional e emocional, sensível e mensurável, pessoal e relacional, real e virtual<sup>(2)</sup>.

A existência do doente e da família, enquanto seres investidos da condição intransferível de construir, atribuir significados e produzir investimentos singulares no seu projeto vital, projetando formas peculiares de gerar e de atender demandas relativas à sua saúde e ao seu viver<sup>(3)</sup> é condição fundamental na abordagem psicossocial. Além disso, a família compreendida como “um sistema sócio-cultural aberto”, tem uma estrutura em que

cada integrante possui um papel, um lugar significativo, não inter-cambiável, próprio e legítimo<sup>(4)</sup>.

Por outro lado, o que é

intercambiável é a expectativa do papel, esta não é fixa, de modo que não existe – o protetor – que nunca será protegido.

Nesta possibilidade de troca de papéis, reside a “dinâmica e saúde do sistema familiar”<sup>(5)</sup>. Neste sentido, o envolvimento da família no tratamento dos pacientes no domicílio, remete à necessidade da construção de um campo teórico e do desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde no âmbito domiciliar.

Assim, considerar o indivíduo como ser, autor e ator da sua própria vida, a família como grupo em constante interação e com um dinamismo que lhe é próprio e o profissional com conhecimento, habilidades e instrumentos próprios para atuar no cenário domiciliar constitui-se no eixo comum da abordagem psicossocial.

Considerando-se esses aspectos, surge um questionamento: como abordar o indivíduo e a família no contexto domiciliar, de modo a apreendê-los numa dimensão ampliada para além do aspecto clínico, considerando a dimensão psicossocial? Para responder a esse questionamento, foi construído um instrumento específico aplicado por profissionais de nível superior, com experiência na assistência domiciliar, que fizeram um curso de capacitação para a assistência domiciliar, numa abordagem psicossocial, que representou um dos objetivos de uma tese de doutorado<sup>(1)</sup>.

Portanto, esse trabalho tem por objetivos: apresentar um instrumento de abordagem psicossocial ao indivíduo e à família na assistência domiciliar e mostrar as condições de aplicabilidade do modelo psicossocial no domicílio utilizando-se esse instrumento.

## INSTRUMENTO PARA A ABORDAGEM PSICOSSOCIAL NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Levar em conta a abordagem de indivíduo e família é considerar que o profissional deve instrumentalizar-se tanto para conhecer e compreender o dinamismo do indivíduo e da família, quanto para poder adequar estratégias, compor parcerias, intervir e avaliar a intervenção.

A estratégia privilegiada para se promover a concretização da prática dialógica, capaz de

apreender os modos de subjetivação que favoreçam as bases materiais e simbólicas para a constituição de diferentes modos de ser sujeito, vivenciando tanto o adoecimento quanto os investimentos na mobilização possível da expressão de vida<sup>(3)</sup>,

foi introduzir a consulta profissional através de um Instrumento de Abordagem Psicossocial à Pessoa Doente e à Família (Anexo). Esse instrumento, composto de três partes, foi construído baseando-se em Ide e Chaves<sup>(3)</sup>.

A primeira parte refere-se à **Abordagem à Família**, com informações relacionadas:

- À identificação e à composição do grupo familiar (item 1);
- À caracterização do grupo familiar: descrição da família, funcionamento e descrição da vivência da experiência com a doença, além da descrição da dinâmica familiar, agregando as dimensões de relacionamento, distribuição de responsabilidades e de atividades domésticas, desempenho profissional dos membros, economia doméstica, descanso e lazer (item 2);

A segunda parte tem como foco a **Abordagem à Pessoa Doente**, relacionada:

- À identificação e à caracterização da pessoa doente: a singularidade do ser humano que está doente (quem é a pessoa, como se descreve, aspectos da sua vida, o significado da doença), as mobilizações advindas da situação de doença, além da avaliação da dinâmica de reação à experiência da doença e da dinâmica familiar (item 3).

Na terceira parte têm-se a **avaliação e a intervenção profissional** que é pautada:

- pela avaliação clínica (item 4);
- pelo julgamento clínico (item 5);
- pela proposta de intervenções - contrato terapêutico (item 6);
- pelo acompanhamento da pessoa e da família – evolução e novas propostas de intervenção (item 7).

O **Contrato Terapêutico** constitui-se em elemento de suma importância no modelo psicossocial de abordagem ao indivíduo e à família, que para nós significa um acordo formal entre as partes (profissional, pessoa

doente e família), no sentido de explicitar direitos, deveres e responsabilidades frente a um programa assistencial em implementação no domicílio.

Esse Contrato Terapêutico tem algumas etapas a serem cumpridas, quais sejam:

- Partir da avaliação clínica e psicossocial, assim como do julgamento (da própria pessoa e do profissional);
- Promover a conciliação de prioridades;
- Planejar conjuntamente, elegendo o foco, as ações, as estratégias, o tempo, os papéis, os critérios de avaliação (de ação e de resposta);
- Implementar as ações conjuntamente acordadas;
- Avaliar as ações e as respostas;
- Propor novas intervenções (se necessário).

Aplicando-se o Instrumento de Abordagem Psicosocial da Família e da Pessoa Doente, o profissional de AD terá apreendido todo um acervo de informações para propor uma intervenção psicossocial a cada indivíduo/família. Em todo domicílio que esse profissional adentrar, terá uma abordagem diversificada para uma **intervenção diferenciada e individualizada**, essa é a finalidade da aplicação desse instrumento.

## AS CONDIÇÕES DE APLICABILIDADE DO MODELO PSICOSSOCIAL NO DOMICÍLIO

Uma das atividades a serem implementadas pelas profissionais que participaram do curso de capacitação para a AD, numa abordagem psicossocial, consistiu na aplicação de três instrumentos de abordagem à pessoa doente e ao familiar que estavam recebendo a assistência domiciliar.

Conforme foram orientadas, todas as participantes esclareceram aos indivíduos e ao familiar o objetivo da aplicação do instrumento e perguntaram se poderiam participar. Para aqueles que concordaram, foi agendado um dia específico, a fim de se fazer a consulta. No dia agendado, a consulta foi feita em local reservado, de forma a manter a privacidade do entrevistado e o sigilo das informações. Tanto a pessoa doente quanto o familiar entrevistado assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe ressaltar que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e que todas as participantes do curso também assinaram o TCLE.

Assim, em outubro de 2003, contou-se com quinze instrumentos preenchidos e que foram analisados. Para as participantes do curso, as famílias se envolveram durante a aplicação do instrumento, assim como as pessoas doentes. A avaliação desses entrevistados foi que a aplicação do instrumento permitiu: “insights”, tais como o da percepção da sua atuação junto ao doente; o da mudança de comportamento, pois houve reorganização

familiar para dividir responsabilidades, diminuindo, assim, a sobrecarga de trabalho para um dos membros; o da identificação do que a doença causou na dinâmica familiar, dentre outros.

Para as participantes do curso, as facilidades para a aplicação do instrumento foram estas: é um instrumento claro, completo; tem um ritmo que não invade a privacidade da pessoa; permite à pessoa e ao familiar se conhecerem; possibilita a intervenção de forma mais assertiva; faz com que se abandone a queixa principal e se volte para outras questões; tem caráter provocativo, pois leva o outro à reflexão e à reação; são feitas com o embasamento teórico fornecido pelo curso; envolve-as com a família e com a pessoa doente; permite que, ao visualizar o diagrama, a pessoa entenda o significado daquilo que está dizendo.

As dificuldades para aplicar o instrumento foram: a retração da pessoa quando ela não estava disposta a se abrir; a disponibilidade de tempo do profissional para essa aplicação; o nível cultural da pessoa dificultando a compreensão das perguntas; a necessidade de dar um retorno às pessoas; o não saber julgar, levantar hipóteses e propor intervenções psicossociais (pelo profissional que aplicou o instrumento).

Do referencial teórico-metodológico desenvolvido no curso, segundo as participantes, o que foi utilizado durante a realização da consulta profissional foi a abordagem empática; o não trazer respostas prontas, mas sim perguntar ao outro; o olhar e o compreender a dinâmica familiar; o estabelecimento de vínculo; o atentar-se para os sentimentos que vão aflorando no decorrer da entrevista; a compreensão do contexto e das suas mensagens; a maior sensibilidade às informações, à comunicação não-verbal; a visualização dos problemas que antes não conseguiam visualizar se não fosse o instrumento e a capacidade de enxergar outras formas de atuar junto à família.

O que se verificou, após a devolução dos instrumentos e do novo contato feito com as participantes do curso, quando se solicitou que fizessem uma avaliação a respeito da aplicação do instrumento, foi assim mencionado:

É um instrumento altamente aplicável. Inova o modelo de AD, pois saímos da posição de cuidadores clínicos, focados na doença, para o de terapeuta. Amplia o foco de enxergar só o que está ruim.

É bastante válido para entender o contexto familiar no *home care*. Hoje tenho uma compreensão melhor da família que estou prestando atendimento. O instrumento é direcionado não para o problema, mas para a estrutura familiar.

Qualquer profissional pode aplicar. Quanto mais diversificado na área da saúde, melhor, pois permite várias percepções da saúde...

O instrumento proporciona maior aproximação entre o profissional e o doente/família. Muitas vezes acredito que possa ser o **meio** de aproximação.

O doente sente-se mais importante para a equipe/profissional, sente que há um interesse pela sua pessoa, sua vida e não apenas pela doença.

Tal avaliação demonstra o que um autor mencionou. Isto é, que

cada paciente [pessoa] e cada família possuem a chave para o cuidado de enfermagem [profissional] efetivo. Quando a confiança é esta-belecida, informações são proporcionadas, e a pessoa é encorajada a tomar parte ativa na maximização de sua capacidade de funcionamento; [...] você abre a porta à satisfação do paciente [pessoa] e à eficiência do cuidado à saúde<sup>(5)</sup>.

Através da realização da consulta profissional, conseguiu-se obter dados significativos, compondo indicativos expressos a seguir:

- A operacionalização da consulta profissional foi viável. O tempo de realização maior (uma hora e trinta minutos) decorreu preliminarmente do seu caráter inédito, induzindo à insegurança, ao estranhamento, às dificuldades de agilizar a abordagem, a avaliação, a aproximação dos julgamentos e o esboço do contrato; da necessidade de esclarecimentos inerentes tanto às precauções éticas quanto às especificidades da participação do doente e do familiar; da disponibilização de tal tempo para a expressão e para o diálogo, dentre outros fatores passíveis de ampliar a duração, o sentido e a abrangência das informações.
- Os dados obtidos evidenciaram: uma avaliação clínica consistente na perspectiva do enfoque ao sintoma e aos investimentos procedimentais específicos; uma dificuldade em identificar/valorar/atribuir significado e encadear informações relativas à dimensão psicossocial, retratando a incompletude da formulação desse pensamento. Havia conteúdos passíveis de ancorar o aprofundamento compreensivo necessário à formulação de hipóteses que foram pouco considerados, problematizados, articulados, rerepresentados.
- Uma postura investigativa restrita às primeiras impressões/informações por mais contraditórias que fossem, parecendo apontar para dificuldades relativas: à apreensão/valorização de dados significantes para além dos convencionais (condições clínicas); à pouca percepção de signos, de pistas, de indicativos de funcionalidade/dinâ-

micas interacionais, considerando a pessoa doente, seu contexto, suas relações; à dificuldade de agir dialogicamente, manifestando impressões, solicitando reconsiderações, ampliando espaços e perspectivas interativas.

- Um elenco de condutas prescritivas compondo um contrato terapêutico ainda não incorporado em seu significado e sua função, incluindo a explicitação de limites e papéis. Isso denota um vazio tanto no raciocínio psicosocial, quanto na implementação de intervenções psicossociais, o que leva à constatação de que não houve a acomodação de um novo referencial, no tempo curto, portanto não foi formado um conceito verdadeiro<sup>(6)</sup>, da aplicação de um modelo psicossocial. Tal fato demonstra a necessidade de trabalhar mais os dados levantados na aplicação do instrumento com as participantes do curso, possibilitando, assim, a problematização/articulação desses dados e a sua utilização para o desenvolvimento de uma competência psicossocial no âmbito domiciliar, ressignificando, assim, os dados à luz do modelo psicossocial, num tempo maior.

- Em síntese, houve a percepção da incompletude da internalização do processo, na medida em que os eventos resultantes não evidenciaram novos sistemas de ação junto à pessoa no contexto e na dinâmica familiar, considerando-se as diferentes etapas e dimensões da abordagem clínico-psicossocial. É possível considerar que as participantes estariam transitando entre as etapas de reconstrução da atividade externa (à proposta do curso) e a transformação desses esquemas em processos intrapessoais, sem acomodá-los aos esquemas de pensamento e de ação pregressos, projetando iniciativas ainda incipientes de reformulações. Nesse sentido, a reconstrução interna da operação externa precisaria de novos investimentos passíveis de potencializar a incorporação pretendida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades e as contradições identificadas na aplicação do Instrumento nos remetem à necessidade de reorganizar a programação do curso de capacitação para a assistência domiciliar numa abordagem psicossocial, tentando considerar em operacionalizações futuras, novos tempos e estratégias, com ênfase no acompanhamento sistematizado, necessário aos processos de construção de novos referenciais de prática, enquanto processo de reformulação cultural que exige permanência e individualização.

Essa apreciação permite, ainda, considerar que as bases teórico-instrumentais da abordagem assistencial promove superações passíveis de romper tradicionais dicotomias, agregando uma meta interacional imprescindível à qualificação do cuidado.

Entretanto, convive-se com a noção do limite relativo às condições de ocorrência da prática assistencial

mediada por premências e por um imediatismo passíveis de comprometer as transformações desejadas. Dialeticamente, nessa construção de sentido residiria um aliado potencial: sobreviver ao mercado pressupõe a incorporação de diferenciações de prática, de abordagem, de veículo, de resultados.

Ficou evidente que à onipotência própria da clínica se sobrepõe uma impotência quase absoluta de raciocínio clínico-psicossocial. O ouvir e expressar-se sensivelmente, o não julgar, o ter como referência o cliente e suas circunstâncias, transformou-se em ausência de perspectiva profissional. Não houve expressões de questionamentos, no sentido de apurar a compreensão, recompor a avaliação, articular informações, apresentar hipóteses. Os julgamentos e as condutas ficaram restritos aos preceitos procedimentais, levando em consideração algumas opções preferenciais. O contrato terapêutico, considerando a dimensão das experiências avaliadas, não se efetivou, restringindo-se a prescrições.

Assim, a primeira barreira, ou seja, a ampliação do foco de forma a perceber e envolver o conjunto (pessoa doente, familiar, profissional) na avaliação e tomada de decisão, parece ter sido uma etapa incorporada aos conceitos e ações profissionais, porém o raciocínio psicosocial não se constituiu, evidenciando um descompasso entre os referenciais e sua primeira expressão operacional.

A análise desse resultado pode ser realizada sob múltiplas perspectivas. Uma primeira nos remete ao caráter inovador da abordagem, o que efetivamente pressupõe maior tempo e mais investimentos no sentido do reforço e do acompanhamento do grupo. Mais do que acrescentar conteúdos, cabe ampliar situações de aprendizagem capazes de mobilizar conceitos e práticas, reforçando princípios, re-alinhando o uso dos instrumentos e estratégias do modelo, potencializando-se a expressão de um raciocínio psicossocial e de uma competência relacional imprescindíveis à aplicação do referencial.

Essa constatação nos remete ao desafio de considerar o proposto, identificando limites e perspectivas no seu arcabouço, ampliando possibilidades de validação passíveis de compor um campo de pesquisa significativo para a qualificação do ensino e da prática assistencial, inclusive na assistência domiciliar.

## REFERÊNCIAS

1. Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar. [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
2. Najmanovich D. O sujeito encarnado: limites, devir e incompletude. Cad Subjetividade 1997; 5(2):309-28.

3. Ide CAC, coordenadora. Plano regional de desenvolvimento de estratégias psicossociais para a promoção da saúde do adulto em situações de risco. [projeto de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP/FAPESP; 2002.
4. Minuchin S, Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
5. Alfaro-Lefreve R. Aplicação do processo de enfermagem: Um guia passo a passo. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
6. Vigotski LS. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

## ANEXO 1

### INSTRUMENTO DE ABORDAGEM PSICOSSOCIAL DA FAMÍLIA E DA PESSOA DOENTE

#### ABORDAGEM À FAMÍLIA

##### 1. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

###### Familiar

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

###### 1.1 Composição da família:

Número	Idade	Sexo	Papel ou função	Ocupação	Escolaridade	Naturalidade	Religião
1							
2							
3							
4							
5							

Obs.: Marcar com um X quem é o cuidador (se familiar) ou especificar o cuidador \_\_\_\_\_

###### 1.2 Composição da família ampliada:

##### 2. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DO GRUPO FAMILIAR

###### 2.1 Como o(a) sr.(a) descreve a sua família? (convivência, papéis, identidade, autoridade/poder, afetividade, valores, regras)

###### 2.2 Descreva a experiência atual (como está sendo; como estão se organizando, articulando; quais as dificuldades; quais as estratégias usadas, participação dos membros; situação do doente nesse contexto)

###### 2.3 Como o(a) sr.(a) analisa essa vivência familiar?

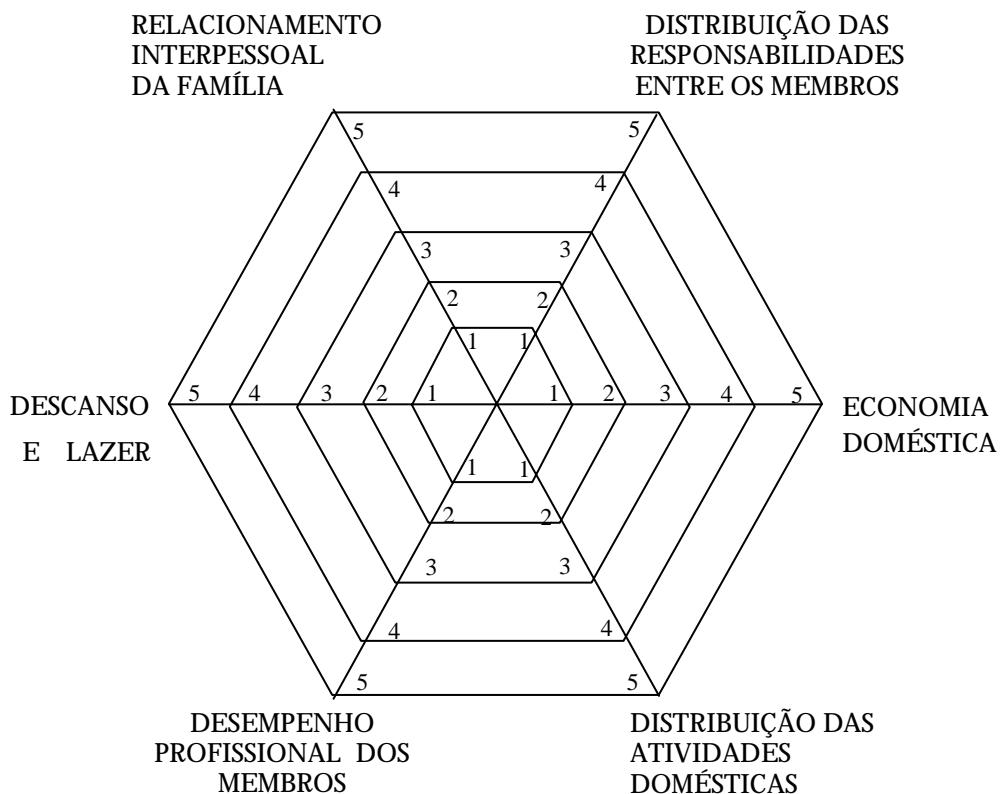
###### 2.4 Descreva um dia no cotidiano da sua família

### 3. AUTODIAGNÓSTICO DA DINÂMICA FAMILIAR

3.1 O que funciona bem na sua família?

3.2 O que não funciona bem na sua família?

3.4 Diagrama da Dinâmica Familiar (Adaptado do Hexágono de Kertesz\*)



3.5 Olhando tudo isso, aponte as situações a serem modificadas, por ordem de prioridade

1 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
2 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>
3 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>

3.6 O(a) sr.(a) observa se há relação entre a condição de convívio familiar e a evolução do seu familiar doente?

Obs.: Tempo gasto nesta entrevista: \_\_\_\_\_

\* França ACL, Rodrigues AV. Stress e Trabalho. Guia básico com abordagem psicosomática. São Paulo (SP): Atlas; 1997. (p.116).  
 Ponto zero: significa: carência total, descuido severo;  
 Ponto um: pouquíssima atenção;  
 Ponto dois: um pouco melhor, mas insuficiente;  
 Ponto três: aceitável;  
 Ponto quatro: satisfatório;  
 Ponto cinco: ótimo.

## ABORDAGEM À PESSOA DOENTE

### 4. CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DOENTE

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

### 5. AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL DA PESSOA DOENTE

**5.1** Como o(a) sr.(a) se descreve?

**5.2** Como é a sua vida (cotidiano, hábitos, relacionamentos, ocupação, vida associativa, papel no grupo familiar)? [antes da situação atual]

**5.3** Como o(a) sr.(a) se percebe nesta situação atual?

**5.4** O que está ajudando o(a) sr.(a) a passar por esta situação?

**5.5** O que está dificultando o(a) sr.(a) passar por esta situação?

### 6. AUTODIAGNÓSTICO DA PESSOA DOENTE

**6.1** O que funciona bem na sua saúde?

**6.2** O que não funciona bem na sua saúde?

**6.3** Qual o seu nível de satisfação e por quê?

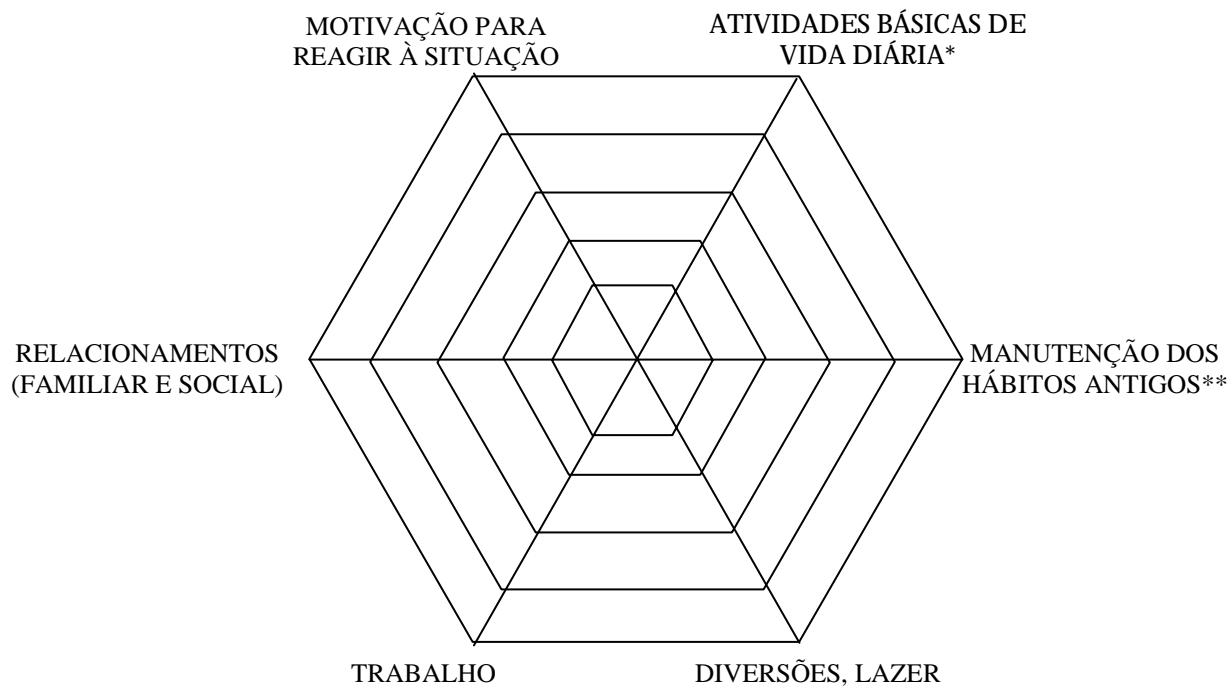
**MS** -Muito Satisffeito   **S**-Satisffeito   **PS**-Pouco Satisffeito   **I**- Insatisffeito

- **com seu autocuidado** ( )MS ( )S ( )PS ( )I Porque
- **com o cuidado da sua família para com o(a) sr.(a)** ( )MS ( )S ( )PS ( )I Porque
- **com o cuidado dos profissionais para com o(a) sr.(a)** ( )MS ( )S ( )PS ( )I Porque

**6.4** Que relação o(a) sr.(a) estabelece entre a sua condição atual e:

- o convívio familiar?
- o atendimento profissional?

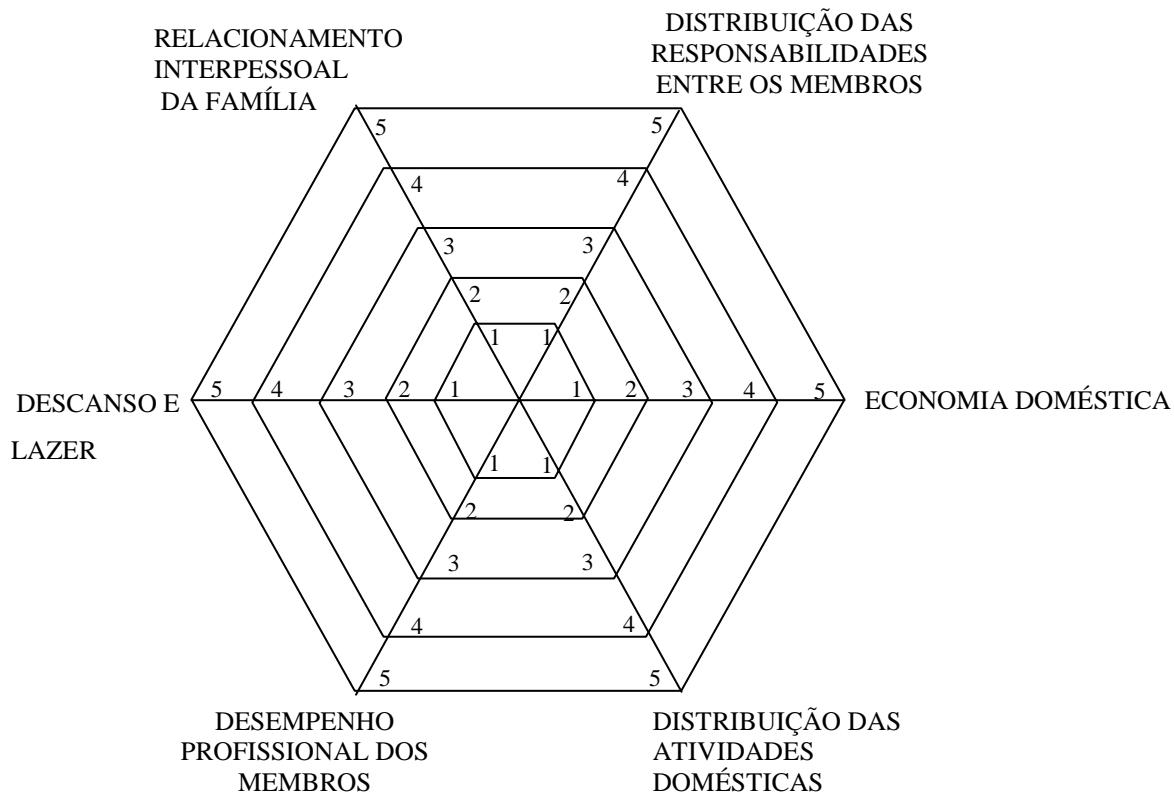
### 6.5 Diagrama da Dinâmica de Reação à Situação Atual (1)



\* Atividades Básicas de Vida Diária relacionam-se às atividades de autocuidado, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, deambular, controlar as eliminações urinárias e intestinais

\*\* Hábitos relacionam-se a: dieta, sono e repouso, vida sexual, e atividades físicas

### 6.6 Diagrama da Dinâmica de Reação à Situação Atual (2)



**6.7** De tudo isso, aponte as situações a serem modificadas, por ordem de prioridade

<b>DIAGRAMA 1</b>	<b>DIAGRAMA 2</b>
1 <sup>a</sup>	
2 <sup>a</sup>	
3 <sup>a</sup>	
4 <sup>a</sup>	
5 <sup>a</sup>	
6 <sup>a</sup>	

Obs.: Tempo gasto nesta entrevista: \_\_\_\_\_

### **AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL DO GRUPO PELO PROFISSIONAL**

#### **7. AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL**

**7.1** Situação clínica atual da pessoa doente

**7.2** Situação psicossocial atual da pessoa doente e da família

**7.3** Avaliação do autocuidado

**7.4** Exame físico dirigido (demandas manifestas e desvios identificados)

**7.5** Percepção profissional do ambiente físico, social e cultural

#### **8. JULGAMENTO CLÍNICO E PSICOSSOCIAL**

**8.1** Apresentação das hipóteses diagnósticas (individuais e familiares)

**8.2** Validação pelo indivíduo doente e pela família

**8.3** Confluência das prioridades

#### **9. PROPOSTA DE INTERVENÇÕES - CONTRATO TERAPÊUTICO**

(Foco, Estratégias, Papéis, Tempo de aplicação, Resultados esperados)

#### **10. ACOMPANHAMENTO DE PESSOA/FAMILIAR**

**7.1** Evolução

**7.2** Novas propostas de intervenção